

Diplomarbeit

**Unterstützung von Lifestyle- Änderungen mit Hypnose
im kardiovaskulären Bereich**

eingereicht von

Harald Hofer

Geb.datum: 10.07.1985

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Innere Medizin,
Klinischen Abteilung für Kardiologie**

unter der Anleitung von

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

Ort, Datum Graz, am 16.07.2013

(Unterschrift)

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, am 16.07.2013

Unterschrift

Danksagungen

Mein Danke gilt zu vielen Menschen als sie hier alle zu erwähnen.

Zuerst meinem Betreuer, Univ.- Prof. Dr. med. univ. Robert Gasser, PhD. Danke für Deine Unterstützung während dieser Arbeit, für Deine Geduld mit meinem Schreibrhythmus, deinem Unterricht im SSM, der mir die Begeisterung für die Hypnose entfachte und danke für meine Nussallergie.

Ich danke allen Studenten in meiner SSM- Gruppe. Die gemeinsame Leidenschaft für die Hypnose werde ich nie vergessen.

Ich danke allen die vor mir waren. Denn diese Arbeit steht auf den Schultern von Großen vieler Fächer, die unermüdlich und mit Begeisterung in den Augen erforschen, was der Mensch ist und wie er sich verändert.

Ich danke meiner Familie, meiner Mutter, und auch meinem Vater, dass sie mir diese Ausbildung, dieses Studium, dieses Leben ermöglichten.

Ich danke Mag. Pharm. Nina Gruber für all ihren guten Zuspruch und neue Perspektiven für die Hypnose.

Und ich danke Herrn Mathias Zinkl, der mir seit Anbeginn unserer Freundschaft hilft, das was ist zu hinterfragen und mich auf allen Reisen begleitet.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen.....	ii
Zusammenfassung.....	vi
Abstract.....	viii
1 Einleitung.....	1
2 Material und Methoden.....	2
3 Unterstützung von Lifestyle- Änderungen mit Hypnose im kardiovaskulären Bereich.....	3
3.1 Kardiovaskuläre Erkrankung(en) (Cardio- vascular diseases CVDs).....	3
3.1.1 Definitionen.....	3
3.1.2 Formen.....	3
3.1.3 Gründe für Prävention.....	4
3.1.4 Ansatzpunkte für Prävention.....	8
3.1.4.1 Tabak- Konsum.....	8
3.1.4.2 Ernährung.....	9
3.1.4.3 körperliche Bewegung/Sport.....	12
3.1.4.4 (psychosozialer) Stress.....	13
3.1.4.5 Weitere Risikofaktoren.....	15
3.1.5 Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen.....	19
3.1.6 Mögliche Präventionsformen.....	21
3.2 Hypnose.....	23
3.2.1 Was ist Hypnose?.....	23
3.2.1.1 Induktion.....	25
3.2.1.2 Suggestion.....	26
3.2.1.2.1 Wachsuggestionen.....	27
3.2.1.3 Trancezustand.....	28
3.2.2 Hypnose im kardiologischen Bereich.....	30
3.2.2.1 Warum Hypnose.....	30
3.2.2.2 Literatursichtung.....	30
3.2.2.2.1 Rauchen/Tabakkonsum.....	31
3.2.2.2.2 Ernährung.....	36
3.2.2.2.2.1 Diabetes.....	38
3.2.2.2.3 Bewegung.....	39
3.2.2.2.4 (psychosozialer) Stress.....	42
3.2.3 Relevante Formen für klinische Interaktionen.....	47
3.2.3.1 Rapport.....	48
3.2.3.1.1 Adhärenz.....	48
3.2.3.1.1.1 Was ist Adhärenz.....	48
3.2.3.1.1.2 Warum ist Adhärenz wichtig.....	49
3.2.3.1.1.3 Entstehung und Zusammensetzung der Adhärenz.....	50
3.2.3.1.2 Was ist Rapport.....	51
3.2.3.1.3 Techniken.....	52
3.2.3.1.3.1 Verbal.....	53
3.2.3.1.3.1.1 Meta- Modell der Sprache.....	53
3.2.3.1.3.1.2 Wahrnehmungssysteme.....	56
3.2.3.1.3.1.3 Aktives Zuhören.....	58
3.2.3.1.3.1.4 Kontrollierter Dialog.....	58
3.2.3.1.3.2 Non- Verbal.....	59

3.2.3.1.3.3 Weiterführende Aspekte der Rapportbildung.....	60
3.2.3.1.3.3.1 Pacing und leading.....	60
3.2.3.1.3.3.2 Yes- Setting.....	61
3.2.3.1.3.3.3 „5-4-3-2-1- Methode“.....	64
3.2.3.2 Entspannungstrance.....	66
3.2.3.2.1 Basis für Trance.....	66
3.2.3.2.2 Therapieform – Safe place.....	67
3.2.3.2.2.1 Defintion.....	67
3.2.3.2.2.2 Allgemeines Formulieren.....	67
3.2.3.2.2.3 Anker.....	68
3.2.3.2.2.4 Beispiel.....	71
3.2.3.3 Geschichten	85
3.2.3.3.1 Einstreutechnik.....	86
3.2.3.3.1.1 Indirektes assoziative Fokussieren.....	86
3.2.3.3.1.2 Indirektes ideodynamisches Fokussieren.....	86
3.2.3.3.2 Gemeinplätze.....	87
3.2.3.3.3 Metaphern.....	87
3.2.3.3.4 Beispiel.....	88
3.2.3.4 Ideomotorische Signale.....	108
3.2.3.4.1 Was sind ideomotorische Signale?.....	108
3.2.3.4.2 Validität.....	109
3.2.3.4.3 Aufbau des Kommunikationsnetzes.....	110
3.2.3.4.4 Reframing.....	111
3.2.3.4.5 Variationen.....	112
3.2.3.4.5.1 „7- Stufen- Reframing“.....	112
3.2.3.4.5.2 Die „20 Fragen Methode“ – ein retrospektiver Ansatz (167)...	113
3.2.3.4.5.3 Progressiver chronologischer Ansatz (167).....	114
3.2.3.4.6 Abschluss.....	114
3.2.3.4.7 Beispiel.....	115
4 Diskussion.....	126
5 Literaturverzeichnis.....	127

Zusammenfassung

Einleitung:

Die Hypnose hat sich in den letzten Jahrzehnten, durch unablässige, wissenschaftliche Evaluierung zu einem anerkannten, psychotherapeutischen Zweig entwickelt.

Diese neue Position soll einer Evaluierung dienen, ob durch Hypnose relevante Änderungen im Bereich der Lebensstil- Parameter durchgeführt werden können, um die Behandlung von Herz- Kreislauf- Erkrankungen effektiver zu gestalten bzw. zu komplementieren.

Methoden und Materialien:

Zur Evaluierung der Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose im kardio- vaskulären- Erkrankungsbereich wurde eine ausführliche Literaturrecherche, sowohl bei verfügbaren Internetportalen und Büchern (virtuell und materiell), durchgeführt.

Weiter flossen Erfahrungswerte des Verfassers aus dem durchgemachten SSM 22, Ausbildungseinheiten durch das „NoLimits“- Therapieinstitut sowie diverse sportliche und extrem- sportliche Kommunikationsbereichen, in die Arbeit ein.

Ergebnisse:

Durch die durchgeführte Recherche kam folgende Strukturierung zustande:

Zuerst erfolgte eine Recherche und Darstellung der Bedeutung von kardiovaskulären Erkrankungen in der heutigen Medizin und Evaluierung der Bedeutung von Lebensstilfaktoren für die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung sowie Prävention derselbigen Erkrankungen.

Anschließend wurden Grundeigenschaften der Hypnose, ihre einzelnen Parameter sowie die wichtigsten, potentielle Anwendungsformen recherchiert und aufgelistet. Jeder Punkt enthält ein hypothetisches Beispiel um die einzelnen Mechanismen detaillierter zu beschreiben sowie mögliche Anwendungen zu demonstrieren.

Diskussion:

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, wie grundlegende Erkenntnisse und Strategien aus der Hypnose auf viele Ebenen des medizinischen Personalspektrums zu einer effizienteren Behandlung führen könnten.

Abstract

Introduction:

Hypnosis has been awarded the status of a acknowledged psychotherapy through careful scientific research. Through this new position should commence a evaluation, if and how Hypnosis can aid or facilitate lifestyle- changes with cardio- vascular diseases and/or make the known treatment of those more effective.

Methods and materials:

To evaluate all the possible implementations of hypnosis in the spectrum of cardio- vaskular- diseases, a thorough search of literature, using both the internet as well as books (virtual or actual), was executed.

Also made experiences of the author in the SSM22 of the Medical University of Graz, lessons of the “NoLimits”- Institute and private experiences in the field of communication in sports and adrenalin- sports found their way into this work.

Results:

Through the described research the following structure emerged:

First a research of the importance of cardio- vascular- diseases in modern medicine was made, including the significance of lifestyle- factors for the development, course, treatment and prevention of the former mentioned.

Afterward the basic components of hypnosis, including the most important, potential implementations were researched and listed. Each component contains a hypothetical example, both to explain the mechanisms further and to describe possible ways of implementing it into the clinical routine.

Discussion:

In this work it could be demonstrated how a basic knowledge of and simple strategies from hypnotherapy can lead to more efficient treatments through all the spectrum of medical personal.

1 Einleitung

„Die Hauptaufgabe des Kreislaufes liegt in der Versorgung jeder Zelle mit Sauerstoff und Nährstoffen sowie im Abtransport von Metaboliten und Stoffwechselwärme. Die Erfüllung dieses intensiven Stoffaustausches setzt regelrechte Verhältnisse voraus: im Herzen als Pumpmotor des Kreislaufes, im Gefäßsystem als Verteilersystem (Arterien, Venen, etc.) und als Bestandteil der Transitstrecke vom Blut zur Zelle (Kapillarsystem).“ (1)

Kardiovaskuläre Erkrankungen (auch „cardio-vascular disease“ oder CVD in der englischen Sprache) haben in ihrem Ausmaß in den letzten Jahrzehnten so stark zugenommen, dass erstmals nicht-übertragbare Erkrankungen in ihrem Auftreten vor den infektiösen (=übertragbaren) Erkrankungen liegen. (2) Sie sind, direkt oder indirekt, die führende Ursache von vorzeitigen Todesfälle sowie Entstehung von Produktivitätseinschränkenden Behinderungen in den westlichen Industrieländern. (3)

Sowohl die Entstehung, die Entwicklung bis hin zur Beendigung (= Behinderung in irgendeiner Form bis hin zum Tod) als auch die Therapie der CVD sind eng mit Lebensstil- Parametern verknüpft. (4)

Diesen, relativ neuen medizinischen Problemen, steht die Hypnose gegenüber, ein Werkzeug um den menschlichen Bewusstseinszustand zu verändern das so alt ist wie die menschliche Wahrnehmung selbst, rituelle Tänze und schamanistische Rituale und das seit Milton Ericksons Zeit (Beginn des 20. Jahrhunderts) (5) eine Renaissance erlebt hat.

Heute dient sie primär als Sparte der Psychotherapie. Doch die, in genau dieser Anwendung demonstrierten, Potentiale, menschliches Verhalten zu erkennen und, wenn nötig, Möglichkeiten zur Veränderung zu geben, könnten, laut Meinung des Autors, Verbesserungen in den klinischen Alltag einbringen.

Hypnose als Werkzeug zur persönlichen Veränderung, Verhaltensmodifikation kann einen bedeutenden Beitrag dazu zu leisten, in verschiedenen Stufen der Prävention bzw.

Behandlung einzugreifen und ein Entwickeln, Fortschreiten/Verschlechtern bzw. Neuauftreten einer CVD positiv zu beeinflussen.

2 Material und Methoden

Die für diese Literaturrecherche benötigten Unterlagen wurden in zwei Bereiche unterteilt: der kardiologische Teil der Informationen stammt überwiegend aus online- Quellen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (kurz: ESC), der American Heart Association, Gesellschaften für Kardiologie, der WHO sowie aus diesen Quellen resultierende Literatur. Weiter wurde Bücher via „Google Scholar“ und Artikel via „PubMed“ und „MeSH“ und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek der Medizinischen Universität Graz recherchiert. Ebenfalls zur Anwendung kamen fachspezifische Unterlagen aus dem Modul „M26 – Zirkulation, Regulation und Ersatz“ der Medizinischen Universität Graz sowie Fachbücher zu dem Thema.

Für das Gebiet der Hypnose kamen primär einschlägige Fachbücher, in virtueller und materieller Form, zum Einsatz.

Zu einem geringeren Anteil Literaturrecherche via „Google Scholar“, „Google books“ sowie „PubMed“ und „MeSH“.

Persönliche Erfahrungen des Verfassers belaufen sich auf das Spezielle Studienmodul 22 an der Medizinischen Universität Graz, auf eine Teilweise Ausbildung durch das „NoLimits“- Institut in Graz, multiple abgeschlossene Ausbildungen im Fitnesstrainerbereich inklusive Klienten- Kommunikation.

3 Unterstützung von Lifestyle- Änderungen mit Hypnose im kardiovaskulären Bereich

3.1 Kardiovaskuläre Erkrankung(en) (Cardio- vascular diseases CVDs)

3.1.1 Definitionen

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind all jene Erkrankungen die das Herz und die Gefäße (Arterien, Venen, Kapillaren) mit etwaige, primär oder sekundär, interagierende Organe (Leber, Nieren, etc. wie z.B. Hypertensive Nierenkrankheit) betreffen.

Hierbei handelt es sich um (eine) chronische Erkrankung(en) die sich über einen längeren Zeitraum im Leben entwickelt und zum Zeitpunkt der Symptomentwicklung bereits in einem fortgeschrittenen Stadium ist/sind. (6)

„Ursächlich ist ein schleichender Umbauprozess im Bereich der Gefäße, der schlussendlich in Gefäßwandversteifung, Arteriosklerose, Herzinsuffizienz und Nierenschädigung mündet“ (7), die Genese wird als multifaktoriell (arteriosklerotisches Geschehen infolge von entzündlichen Prozessen der Gefäßwände, Hypertonus, etc.) angesehen.

Auch kann es zu einer Manifestation der chronischen Erkrankung in einem akuten Event wie, Infarkt, Insult, etc. kommen. Die Anzahl der Todesfälle dieser beiden häufigsten Manifestationsformen wurde im „fact sheet Nr. 317“ der WHO, publiziert im September 2012 (8), mit 7,3 Millionen für die koronare Herzkrankheit und 6,2 Millionen für den Insult im Jahr 2008 angegeben. Die Anzahl der Gesamttodesfälle aus dem Spektrum der kardiovaskulären Erkrankungen belief sich auf geschätzte 17,3 Millionen weltweit.

Bis 2030 wird ein Anstieg auf ca. 25 Millionen pro Jahr erwartet.

3.1.2 Formen

(Laut ICD 10) (9)

- [100-102] Akutes rheumatisches Fieber (Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung, Rheumatisches Fieber mit Herzbeteiligung, etc.)
- [105-109] Chronische rheumatische Herzkrankheiten (z.B. Rheumatische Mitralklappen- Krankheiten, Rheumatische Aortenklappenkrankheiten, etc.)

- [110-115] Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (z.B. Essentielle (primäre) Hypertonie, Hypertensive Herzkrankheit, Hypertensive Nierenkrankheit, etc.)
- [120-125] Ischämische Herzkrankheiten (z.B. Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt, sonstige akute ischämische Herzkrankheit, etc.)
- [126-128] Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (z.B. Lungenembolie, sonstige pulmonale Herzkrankheiten, etc.)
- [130-152] Sonstige Formen der Herzkrankheit (z.B. akute Perikarditis, akute und subakute Endokarditis, nicht- rheumatische Mitralklappen-Krankheiten, etc.)
- [160-169] Zerebrovaskuläre Krankheiten (z.B. Subarachnoidalblutung, intra- zerebrale Blutung, etc.)
- [170-179] Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (z.B. Atherosklerose, Aortenaneurysma und -dissektion, sonstige periphere Gefäßkrankheiten, etc.)
- [180-189] Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert (z.B. Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis, Pfortaderthrombose, sonstige venöse Embolie und Thrombose, etc.)
- [195-199] Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (z.B. Hypotonie, Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert, etc.)

3.1.3 Gründe für Prävention

Unter Prävention versteht man „vorbeugende Maßnahmen, um ein unerwünschtes Ereignis oder eine unerwünschte Entwicklung zu vermeiden. Ganz allgemein kann der Begriff mit „vorausschauender Problemvermeidung“ übersetzt werden.“ (10)

Die spezifischere Krankheitsprävention wird als „die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der Bevölkerung“ definiert. „Die zentrale

Strategie ist, die Auslösefaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder ganz auszuschalten.

Prävention ist ethisch-normativ und ökonomisch begründet. Individuelles Leid soll so weit wie möglich verhindert, die Lebensqualität der Menschen verbessert und das Leben selbst verlängert werden. Gleichzeitig soll Prävention die ökonomischen Lasten für dann unnötig gewordene Krankenbehandlungen verringern.“ (11)

Weiter kann noch in verschiedene Präventionsformen (= Interventions- Zeitpunkt) unterschieden werden (11):

- Primordialprävention: Ziel hierbei ist es das Auftreten von Risikofaktoren für eine Erkrankung zu vermeiden. (staatliche Bewegungsprogramme an Schulen, Aufklärung über gesunde Ernährung, etc.)
- Primärprävention: setzt vor dem Entstehen der Krankheit, z.B. bei Risikogruppen, gesunde Menschen ohne Krankheitssymptome (z.B. Impfungen, Sport- Programme an Schulen, Vorsorgeuntersuchung, etc.)
- Sekundärprävention: setzt im Frühstadium der Erkrankung an. Ziel ist es den beginnenden Krankheitsprozess zu erkennen, durch gesetzte Maßnahmen zu verlangsamen, zum Stillstand zu bringen, akute Krankheitsentwicklungen an ihrer Chronifizierung zu hindern. (z.B. Vorsorgeuntersuchung in Österreich, andere Massen- Screenings bei Brust-, Darm- und Prostatakrebs, Präventionsprogramme für Kinder mit bereits erfolgtem Drogenkontakt, etc.)
- Tertiärprävention: setzt nach einer Akutbehandlung bzw. Manifestation der zu Grunde liegenden Erkrankung an. Ziel ist es Rückfälle und Folgeschäden zu vermeiden. Zielgruppe sind chronisch Kranke und in Rehabilitation- befindliche Menschen. (Bsp. sind Verhinderung eines Nierenversagen bei Diabetes mellitus Typ II, Rehabilitationsverfahren)
- Quartärprävention: Ziel ist das Verhindern von unnötiger Medizin bzw. einer Übermedikalisierung.

Anhand der oben angeführten Definitionen ist ersichtlich, dass unter Prävention nicht nur die landläufig- bekannten Themen wie „Vermeidung von Risikofaktoren bzw. Erkrankung“ zu verstehen sind, sondern auch Therapie bei Erkrankten. In diesem Sinne soll hier auch bei „Prävention“ vom kompletten Spektrum von der Vermeidung, Erkennung, Behandlung und Verhindern des Wiederauftretens gesprochen werden.

„Die größte Epidemie der Menschheit: koronare Herzerkrankungen haben enorme Proportionen erreicht und betreffen immer jüngere Menschen. In den nächsten Jahren wird sie zur größten Epidemie werden, die die Menschheit jemals gegenüber gestanden ist, außer wir sind in der Lage den Trend, durch gezielte Forschung über ihre Ursache und Prävention, umzukehren.“ (6) Sie, die CVDs, sind aktuell die Ursache für mehr Todesfälle als jede andere Ursache weltweit. Speziell für vorzeitige Todesfälle (=Todesfälle vor dem 75. Lebensjahr für westliche Industrieländer) lassen sich 42% bei Frauen und 38% bei Männern auf CVDs zurückführen. (Wodurch die CVDs die häufigste Ursache für einen vorzeitigen Tod bei Frauen sind.) „Schätzungen zufolge betrug die finanzielle Belastung der Gesundheitsfürsorgesysteme durch diese Krankheiten im Jahr 2006 knapp 110 Milliarden Euro. Dies bedeutet pro Kopf 223 Euro pro Jahr und entspricht etwa 10 % der Gesamtausgaben für die Gesundheitsfürsorge in der EU.“ (12) „In Österreich hat die soziale Krankenversicherung im Jahr 2007 rund 464 Millionen Euro für Medikamente zur Behandlung des Herz-Kreislauf-Systems ausgegeben. Das entspricht in etwa 20% der gesamten Medikamentenkosten.“ (13) Mit der, von der „American Heart Association“ (AHA), prognostizierten Steigerung der Fälle aus dem Jahre 2010 (Kostenpunkt: 450 Milliarden Dollar pro Jahr) von +17% an Erkrankungen bis zum Jahre 2030 würde es zu einer Verdreifachung (auf ca. 1 Trillion Dollar pro Jahr) der medizinischen Kosten für die Behandlung der Hypertonie, KHK sowie des Insult kommen. (14)

Weiter kommt es durch CVDs auch zu einer sogenannten „Massen- Behinderung“: durch höhere Überlebensraten der plötzlichen Manifestation (Infarkt, Insult, etc.) auf Grund von immer besserer Akutversorgung und dem immer jüngerem Patientengut, gibt es immer mehr und länger Überlebende von Manifestationen der chronischen Erkrankung mit bestehenden Einschränkungen in der Produktivität.

Dies resultiert in einer Zunahme von „DALYs“ (Disability- Adjusted Life- Years; „Mit DALY soll nicht nur die Sterblichkeit, sondern auch die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Krankheit erfasst werden und in einer Maßzahl zusammengerechnet werden.“) (3, 15), und somit in einer sekundären Mehrbelastung der Volkswirtschaft nach der Manifestation.

Trotz inhärenter Fehleranfälligkeiten der Kosten- Nutzen- Analyse und des Kostenvergleiches von Akut- Therapie vs. Prävention bei CVDs (fragliche Abschätzbarkeit nach Präventionsmaßnahmen für einen oder mehrere durch Auftreten/Hinzukommen neuer Risikofaktoren) wird die Prävention als sinnvoll bzgl. Einsparungen für Gesundheitssysteme und Verbesserung der Lebensdauer und -qualität der Betroffenen angesehen. (14)

Das Spektrum der kardiovaskuläre Erkrankungen ist eng mit Lebensstil- Faktoren verknüpft, speziell dem Tabak- Konsum, ungesundem Essverhalten, körperlicher Inaktivität sowie psychosozialem Stress. Laut WHO wäre durch eine Modifikation dieser oben genannten Faktoren eine Reduktion der Mortalität um bis zu $\frac{3}{4}$ möglich bzw. zeigt sich bereits in bisher durchgeführten Studien (IMPACT- Modells: basierend auf der Information über Veränderung der Risikofaktoren und Behandlungen, welche aus Studien bzgl. Effektivität von verschiedenen Behandlungsmethoden gewonnen wurde, kann durch dieses Modell auf Einfluss von Alter und Geschlecht geschlossen werden.), dass >50% der Änderungen (hier Abnahmen) der Mortalität bei CVDs auf Änderungen in den relevanten Lebensstilfaktoren (Rauchen (hier = Rauch- Stop), Blutdruck (<140/90 mmHg) und Blut-Cholesterin (< 190mg/dL)) zurückzuführen sind, ca. 40% auf Änderungen/Verbesserung der Therapie.

Weiter publizierten Capewell und O'Flaherty dass durchgeführte Änderung auf individueller- und gesellschaftliche Ebene rasch Änderungen der Mortalität bewirken. Diese neuen Findungen stehen im Gegensatz zu traditionellen Ansichten, dass dies nur im Zeitrahmen von Jahrzehnten oder mehr möglich ist. (16) Dadurch ist die Argumentation bzgl. menschlicher und ökonomischer Aspekte die für Prävention spricht, laut NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) als eindeutig positiv zu bewerten.

Im Zentrum der Aussage (17) stehen:

- Kostenersparnisse bzgl. vermiedener CVD- Akutmanifestationen
- Vermeidung der Entstehung von sekundären Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Pulmonalerkrankungen, diverse Krebsformen
- Kostenersparnisse in Hinblick auf Medikation, Arztbesuche
- sekundäre Ersparnisse bzgl. verringertem Produktivitätsverlustes wegen Krankenständen, verringerten Auszahlungen zur Unterstützung von Erkrankten,

verminderte Kosten für Frühpensionen wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, etc.

- verbesserter Qualität und Länge des Lebens

3.1.4 Ansatzpunkte für Prävention

Bereits 2007 wurde in einer „Aussage zur Gesundheit“ (health statement) publiziert, (anerkannt in ihrer Aussage von den EU- Ländern sowie den USA), durch welche Charakteristika gesunde Menschen durchschnittlich klassifiziert werden können (6):

- Nicht- Raucher
- angemessene körperliche Aktivität; mindestens 5x 30min pro Woche mit moderater Intensität
- gesundes Essverhalten
- Vermeidung von exzessivem Stress.
- kein Übergewicht
- Blutdruck unter 140/90 mmHg
- Blut- Cholesterin unter 5mmol/l (190mg/dL)
- normaler Glukose- Metabolismus

3.1.4.1 Tabak- Konsum

Laut den ESC Richtlinien zur Prävention (6) ist Tabak- Konsum in all seinen Formen (Zigarette, Pfeife, Zigarre, Wasserpfeife, etc.) ein signifikanter Risikofaktor für CVDs. (Die Untersuchungen und Statistiken sind zum größten Teil auf den Konsum von Zigaretten erstellt.) Hierbei existiert für alle Formen ein direkter Zusammenhang zwischen Dosis und Risiko. (18) Auch für Passiv- Raucher trifft die Dosis- Risiko- Beziehung zu: ein Nicht- Raucher mit einem rauchenden Lebenspartner hat ein um 30% erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. (19)

Tabakkonsum ist assoziiert mit KHK, ischämischen Insult, PAVK, abdominalem Aortenaneurysma, etc.. Das relative Risiko für einen Myokardinfarkt ist für Personen >60Lj verdoppelt, für Personen <50Lj fünffach höher als für Nicht- Raucher. Über 50% der vermeidbaren Sterbefälle bei Rauchern sind auf Tabak- Konsum zurückzuführen.

Wodurch Rauchen das artherosklerotische Risiko erhöht, ist bisher nicht vollständig verstanden, nur durch Untersuchungen und Erfahrung belegt, dass das Auftreten von artherosklerotischen Veränderungen und folgenden thrombotischen Ereignissen durch Rauchen gefördert wird.

Vermutet werden Rauch- assoziierte Veränderungen der endothelialen Funktion, oxidative Prozesse, Thrombozyten- Veränderung, Fibrinolyse, erhöhte Entzündungswerte, Modifizierung von Lipiden sowie vasomotorischer Aktivität. (20, 21, 22, 23)

Freie Radikale, genauer reaktive Sauerstoff- Moleküle, die im inhalierten Tabak- Rauch und den zugesetzten Chemikalien enthalten sind, können zu einer Oxidation von dem im Plasma zirkulierenden Low- Density- Lipoproteinen führen. Diese oxidierten LDLs setzen, durch vermehrte Monozyten- Adhäsion, einen Entzündung in der Intima der Gefäßwände in Gang. Dadurch kommt es zu einem vermehrten Auftreten artherosklerotischer Veränderungen. (6)

Weiter wurde auch festgestellt dass 1) die Veränderung nach Rauch- Stop relativ schnell vollständig bzw. teilweise reversibel sind (24, 25) und 2) dass diese Vorteile für alle Risiko- bzw. Altersgruppen gelten. (6)

Das selbe gilt nicht für eine alleinige Dosis- Reduktion (z.B. weniger Zigaretten pro Tag oder jedem anderen Zeitraum). Deshalb kann dies (weniger zu konsumieren) nicht als Alternative zum Rauch- Stop empfohlen werden.

3.1.4.2 Ernährung

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology, ESC) deklariert eine gesunde Ernährung als Eckstein der Prävention von CVDs und definiert eine solche folgendermaßen (6):

- gesättigte Fette <10% des gesamt- aufgenommenen Kalorienmenge (erreichbar unter Ersatz durch ungesättigte Fettsäuren)
- Trans- Fettsäuren <1% der Gesamtkalorienmenge, generell so wenig wie möglich, vor allem jene aus prozessierten Lebensmitteln sind zu vermeiden; vorhandene bevorzugt aus natürlichen Lebensmitteln
- <5g Salz/Tag
- 30-45g Ballaststoffe/Tag; aus Gemüse, Früchten, etc.
- 200g Früchte/Tag (2-3 Mahlzeiten)

- 200g Gemüse/Tag (2-3 Mahlzeiten)
- mindestens 2x/Woche Fisch, davon einmal ein öliger Fisch
- Alkoholkonsum sollte <20g/Tag (2 Gläser) für Männer und <10g/Tag (1 Glas) für Frauen sein.

Ernährung übt einen Einfluss auf CVDs, ihrem Verlauf/ihrer Progression und das Risiko für diese aus. Mehrere andere Risikofaktoren wie Blut- Cholesterin- Spiegel, Blutdruck, Körperkomposition/Körpergewicht, Diabetes mellitus Typ 2 werden auf Basis der Ernährung bedeutend mit-reguliert.

Auch das Krebs- Risiko ist in weiterer Folge beeinflusst. Dieses fällt unter jene Vorteile und präventiven Effekte einer gesunden Ernährung die nicht primär via Blutdruck, Blut- Cholesterin, etc. zu messen sind, aber ebenso essentiell für die langfristige Gesundheitsentwicklung, Wohlbefinden und Produktivität der Menschen sind.

Essentielle Nährstoffe, speziell bzgl. des CVD- Risikos sind (6)

- Fettsäuren (überwiegend wirksam auf Lipoprotein- Level): für präventive Maßnahmen spielt das Fettsäuren- Profil eines Lebensmittel eine bedeutendere Rolle als der Gesamt- Fettgehalt. Hier wird ein Übergang durch Reduktion von gesättigten Fettsäuren hin zu mehrfach- ungesättigten (positivere Effekte auf LDL- Level, nur bedingt auf HDL- Level) Fettsäuren empfohlen. Studien zeigen keine Vorteile wenn gesättigte Fettsäuren zugunsten von Kohlenhydraten oder einfach- ungesättigte Fettsäuren ausgetauscht werden. Letztere haben jedoch einen positiven Einfluss auf die Blut- HDL- Cholesterin- Werte.

Die (mehrfach-) ungesättigten Fettsäuren können weiterhin in n3 (überwiegend Fett und Fisch- Öle) und n6 (überwiegend pflanzlich) Gruppen eingeteilt werden. Die n3- Gruppe zeigte sich nicht effektiv im Senken der Blut- Cholesterin- Spiegel jedoch im Senken der Mortalität der KHK sowie, zu einem geringeren Grad, des Insult. (26, 27)

Empfehlungen für die Gesamtmenge an Cholesterin das pro Tag über die Nahrung aufgenommen werden soll werden von der ESC nicht gegeben.

- Mineralien: In der DASH- Studie wurde eine Dosis- Wirkungs- Beziehung zwischen Salz(NaCl)- Reduktion und Blutdruck- Senkung nachgewiesen. (28) Salz- Reduktion um 1g/Tag resultiert in Hypertoniker in einem Abfall des Durchschnittsblutdruckes um ca. 3,1 mmHg und 1,6 mmHg bei Normotonikern. Laut einer amerikanischen Studie aus dem Jahre 2010 (29) würde eine Reduktion

des Salzkonsums von 3g/Tag zu einer Reduktion der Inzidenz von koronaren Herzerkrankungen um 5,9- 9,6%, des Insult um 5,0-7,8% und der Todesfälle beider Ursachen um 2,6- 4,1% in den USA führen.

- Vitamine: Für frühere Ergebnisse bzgl. der positiven Auswirkungen von Vitamin A und E ob ihrer antioxidativen Wirkung konnten in aktuelleren Ergebnissen nicht bestätigt werden. (30) Für Vitamin D gibt es derzeit keine aussagekräftigen Ergebnisse bzgl. positiver Effekte auf CVD und ihre Prävention. Frühere epidemiologische Untersuchungen lassen diese jedoch vermuten und so sind weitere Untersuchungen nötig. (6)
- Ballaststoffe: Diese reduzieren das Risiko für CVDs, wobei der Mechanismus noch nicht vollständig geklärt ist. Bekannt ist jedoch dass es durch Ballaststoffe zu einer Reduktion der post- prandialen- Glukose- Antwort kommt. (31)

In den letzten Jahren fand, durch fortlaufende Forschung und vermehrte Erkenntnis, ein Wechsel weg von der Ebene der einzelnen Wirkstoffe hin zur Symbiose der Stoffe in ihre natürliche Vorkommen statt. Dies resultierte in einem Fokus auf diätetische Muster bzw. Ernährungsweisen. Der Vorteil in dieser Betrachtungsweise liegt in dem inhärenten Realismus in Bezug auf das menschliche Leben (Nahrung essen vs. Pillen mit Einzelwirkstoffen schlucken) sowie in der Möglichkeit, „das volle präventive Potential einer Ernährung zu betrachten“. (6)

Besonderen Fokus hat hier die mediterrane Ernährungsweise erhalten: ein Verhältnismäßig hoher Anteil an Früchten, Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, Fisch und ungesättigten Fettsäuren kombiniert mit moderatem Alkoholkonsum (überwiegend roter Wein) sowie geringem Konsum von (rotem) Fleisch und Milchprodukten. Hier konnte in vielen durchgeführten Studien sowie einer 2010 erschienen Meta- Analyse bewiesen werden, dass diese Ernährungsweise eine signifikante Reduktion der Mortalität durch CVDs nach sich zog. (32)

Ein großer Fokus für die Zukunft wird darin liegen, die Erkenntnisse bzgl. einer gesunden Ernährung der Bevölkerung, dem einzelnen Menschen/Patienten nahezubringen und helfen, umzusetzen.

3.1.4.3 körperliche Bewegung/Sport

Die Vorteile einer regelmäßigen (2,5-5h/Woche bei moderat- intensiver und bis zu 1-1,5h/Woche bei intensiver) körperlichen Aktivität (z.B. Radfahren, Wandern, Laufen, Schwimmen, Langlaufen, Stiegensteigen, Gartenarbeit, etc.), wie niedrigere Mortalität, niedrigere Anzahl sowie Schwere von kardiovaskulären Akutmanifestationen von kardiovaskulären Erkrankungen, wurden in zahlreichen Studien festgestellt. (33, 34) Dies gilt sowohl für bereits manifestierte CVDs als auch für Menschen mit einem Risikoprofil. Bei letzteren kommt es proportional (Verlauf einer Dosis- Wirkungs- Kurve) zur durchgeführten Menge und Intensität der körperlichen Aktivität zu einer Erniedrigung der Wahrscheinlichkeit, in einem gegebenen Zeitraum zu erkranken bzw. zu versterben. (33, 34, 35, 36) Außerdem ist bei niedrig- Risiko Patienten für KHK körperliche Aktivität hinsichtlich des klinischen Status, der myokardialen Perfusion, mindestens so effektiv wie derzeit verwendete Medikation und mit weniger Komplikationen assoziiert wie invasive Verfahren wie z.B. Perkutane Koronar- Intervention (PCI). (37)

Für bereits manifestierte CVDs (wie z.B. bei Patienten mit chronischem Herzversagen wegen links- ventrikulärer Funktionsstörung) zeigte sich Bewegung, wie oben spezifiziert, als Lebenserwartungs- steigernd und die Zeit bis zur erneuten Aufnahme in ein Krankenhaus wurde signifikant erhöht. Für Patienten mit ischämischer Ätiologie kam es bei Adhärenz zu einem Trainingsprogramm zu einer deutlichen Verbesserung der Prognose. (38)

Deshalb werden körperliche Aktivität und das aerobe Kreislauftraining als essentiell in der primären und sekundären, nicht- medikamentösen Prävention eingestuft.

Die Tatsache dass $\leq 50\%$ der Menschen in Europa regelmäßig sportlich aktiv(aerobe Freizeitaktivitäten) sind (39,40), macht diesen Risikofaktor zu einem, mit sehr hohem Verbesserungspotential.

Die Gesundheits- fördernden Mechanismen einer regelmäßigen Bewegungsstrategie die, in der Intensität und Volumen dem Patienten angepasst ist und mit dem Trainingszustand die Intensität zunehmend steigert, sind unter anderem,

- einer verbesserten Fähigkeit Sauerstoff zur Energiegewinnung zu verwerten (41)
- einem verminderten Sauerstoffbedarf des Myokard für die selbe Menge an externer Arbeit und dadurch vermindertem Risiko für Myokard- Ischämie (42)
- vergrößertem Durchmesser koronarer Gefäße und Verbesserung der endothelialer Funktion durch verstärkte Inanspruchnahme bei Anstrengung (43)

- verschiedenste anti- thrombotische Effekte wie vermehrtes Plasmavolumen, reduzierte Blutviskosität, verminderte Thrombozytenaggregation, und verbesserte thrombolytische Fähigkeiten sowie vermindertes Risiko für arhythmische Vorkommnisse durch Verbesserung der autonomen Balance. (44)

Bei einer durchgeführten Meta- Analyse mit Männern mittleren Alters die, in der Mehrzahl der Fälle, bereits einen Myokardinfarkt hinter sich hatten, an stabiler Angina pectoris litten, bereits einen CABG (= „coronary artery bypass graft“, Koronarer Bypass- OP) bzw. eine perkutane, transluminale, koronare Angioplastie durchgeführt hatten, kam man zu dem Ergebnis, dass die Durchführung eines Herz- Kreislauf- Training- basierenden Rehabilitationsprogramms zu einer effektiven Reduktion der Mortalität führt. (45)

Körperliche Inaktivität ist ein Risikofaktor für CVDs. (46, 47) Deshalb muss im Zentrum der Prävention und Behandlung das, an den Patienten und die verfügbare Leistungsfähigkeit, angepasste Trainingsprogramm stehen. Auch bei schwer- kranken Patienten zeigt sich eine durchgeführte Bewegungsstrategie als hilfreich, um so lange wie möglich die autonome Lebensfähigkeit zu erhalten bzw. die, mit schweren Erkrankungen assoziierte, Depression zu vermeiden. (48)

3.1.4.4 (psychosozialer) Stress

Robert Sapolsky schreibt in seinem Buch „Why Zebras don´t get Ulcers“ dass „wir Menschen lange und gut genug leben und intelligent genug sind, um alle möglichen Stress- reichen Ereignisse rein in unserem Kopf zu generieren.“ (49) Er erklärt weiterhin, dass für viele Wesen auf dieser Welt die Stress- Antwort den gleichen Mechanismen folgt: in Antizipation von muskulärer Aktionen (wegen primitiv- konditionierten Stressoren wie z.B. Bedrohung durch größere Raubtiere, etc.) kommt es zu einer vermehrten Freisetzung von Energie in Form von Glukose und Fettsäuren und Inhibition von Speicherung. Diese Energie wird durch erhöhte Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz schneller zu den benötigten Stellen transportiert. Weiter werden nicht benötigte Systeme wie Verdauung, Wachstums- und Sexualprozesse (Hormone, etc.) sowie Immunreaktionen und -vorgänge signifikant reduziert. Zusätzliche Effekte sind, z.B., Stress- induzierte Analgesie, Veränderungen in sensorischen Wahrnehmungen der Außenwelt und korrespondierenden Erinnerungen, etc.. Diese Stressreaktion ist perfekt für akute Reaktionen auf unmittelbare Bedrohungen (siehe oberes Beispiel).

Für Menschen wird diese Stress- Kaskade jedoch nicht nur bei tatsächlicher Bedrohung ausgelöst, bereits die Antizipation einer möglichen Bedrohung kann dies auslösen. (Wie Sapolsky kommentiert, durchaus sinnvoll wenn man sich 5 gewaltbereiten Menschen alleine in der U- Bahn gegenüber sieht; unpraktisch und langfristig gefährlich/ungesund wenn es sich um Stressoren handelt die nicht eintreten bzw. nicht verändert werden können).

Speziell für das kardiovaskuläre System beschreibt Sapolsky folgenden Ablauf: durch chronische Aktivierung der Stressachse (bzw. auch mangelnde Deaktivierung durch verminderte Parasympathikus- Aktivität) kommt es zu einer chronischen Erhöhung des Blutdruckes. Dies belastet speziell das Kapillarsystem, Arteriolen und Venolen (alle kleinen Blutgefäße), die auf den erhöhten Druck zum Schutz der eigenen Integrität mit einer Verstärkung der muskulären Schicht (Lamina muscularis) reagieren. Dies wiederum erhöht, durch die Versteifung der Gefäßwände, den intravasalen Druck und somit den Gesamt- Blutdruck. Dies führt wieder zu einer weiteren Versteifung der Gefäßwände, usw.. Außerdem werden durch den erhöhten intravasalen Druck die Bifurkationen der Gefäße (Wirbelbildung) verstärkt belastet und durch diese chronische Belastung und Abnutzung kommt es im Laufe der Zeit zu immer häufiger auftretenden Mikroverletzungen der Lamina intima und folgenden Entzündungsprozessen im Rahmen der Reparatur. Diese Entzündungsprozesse bieten Anhaftpunkte für Thromben, es kommt zur Plaque- Bildung und das Risiko für Loslösungen in dem, im Druck ansteigenden, Blutsystem, steigt. Als Konsequenzen kann es zu Verschlüssen bzw. Infarkten, (abhängig von der Thrombuslokalisation) sowohl in der Peripherie als auch im Herzen oder Gehirn kommen.

Außerdem bedingt der erhöhte Blutdruck einen stärkeren Rückfluss von Blut in das Herz, welches auf diese Druckbelastung ebenfalls mit einer Verdickung der Muskelschichten (Myokard) reagiert. Dies führt zu einer linksventrikulären Hypertrophie (zuerst konzentrisch, später übergehend in exzentrisch) und erhöhtem Risiko für Herzrhythmusstörungen, folgender Thromben- Bildung auf Grund von entstehender Turbulenzen durch veränderte hämodynamische Verhältnisse.

Die Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass durch psychologische Maßnahmen (psychosozialer) Stress gemanagt werden kann und es dadurch zu einer verbesserten Annahme von gesunden Lebensstilen bzw. Verhaltensweisen kommen kann. (6) Dadurch

wurden verschiedene Modi zur Verhaltens- Modifizierung, unter Zusammenarbeit von verbesserter Information zu gesunden Lebensstilen, psychologische Interventionen für psychosoziale Risikofaktoren und Coping- Strategien bei Erkrankung, als, von der WHO, sehr wichtige, Umsetzungs- bedürftige Empfehlung, deklariert. (6)

Unter den oben genannten Interventionsformen finden sich z.B. kognitive Verhaltenstherapie, Stress- Management- Programme, Meditation, autogenes Training, Biofeedback, Atemübungen, Yoga, muskuläre Entspannungstechniken (z.B. nach Jacobson) (50)

Diese oben genannten Therapien dienen nicht nur zur Behandlung von sekundären Risikofaktoren wie Stress, Depression, etc. (51). Es zeigte sich auch eine unabhängige Verminderung des CVD- Risikos und -Verlaufes durch Modifikation von physiologischen Risikofaktoren wie Blutdruck, etc. sowie Verbesserung der allgemeinen Befindlichkeit der Patienten. (50, 52, 53)

3.1.4.5 Weitere Risikofaktoren

Die weiteren, hier angeführten Risikofaktoren sind ebenso bedeutsam, leiten sich aber aus den bereits erwähnten ab. Deshalb werden sie hier in einem eigenen, gemeinsamen Unterpunkt kurz beschrieben.

- Körpergewicht: Körpergewicht, gemeinsam mit Diabetes mellitus Typ 2, sind die Ausnahmen in dem Trend der Reduktion in den Risikofaktoren in den letzten Jahren. Wo das Rauchverhalten, der Blutdruck und die Blutfette sich in eine positive Richtung entwickelt haben, stiegen Körpergewicht und Diabetes in ihrem Auftreten, ihrem Ausmaß, stetig an. Vor allem die Adipositas (Fettleibigkeit, BMI>30) breitet sich immer weiter aus, nicht nur bezogen auf die gesamten Zahlen weltweit, auch in den Altersschichten immer weiter hinein in die jüngeren Jahrgänge. Bei gleichbleibender Entwicklung von 2005 beginnend bis 2020 prognostizieren beispielsweise Studien für die USA eine Annullierung sämtliche Rauch- Stop- Maßnahmen durch die Zunahme der Adipositas. (54) Sowohl Übergewicht (BMI 25-29,9) als auch Adipositas sind mit einer erhöhten Mortalität, sowohl in Hinblick auf CVDs als auch allgemein, assoziiert. (55, 56, 57) Der optimale Bereich des BMI (=Spektrum mit der niedrigsten assoziierten Mortalität) ist dabei zwischen 20-25 kg/m², Darunter gibt es kein signifikant- erniedrigtes

Risiko mehr. (55, 56, 57, 58, 59, 60) Der Mechanismus der Risikoerhöhung wurde erst in den letzten Jahren erkannt, nachdem festgestellt werden konnte, dass das viszerale Fett nicht der lange geglaubte, passive Energiespeicher ist, sondern ein hormonell sehr aktives Gewebe bzw. Organ das eine große Menge von (nicht-)Peptid- Hormonen synthetisiert und in die Blutbahn freisetzt und so verschiedene Risikofaktoren beeinflusst: Insulin- Resistenz, erhöhter Blutdruck, erhöhte systemische Entzündung und prothrombotisches Geschehen, Albuminurie, Dyslipidämie (erhöhtes totales Cholesterin, erhöhtes LDL, vermindertes HDL, erhöhte Triglyceride, kleine-dichte LDLs, etc.) sowie kardio- vaskuläre und cerebro- vaskuläre Deformitäten (z.B. endotheliales Dysfunktion, Herzversagen, KHK, Vorhofflimmern, Insult, abnormale links- ventrikuläre Geometrie, usw.) (61)

- Blutdruck: Die Hypertonie/der Bluthochdruck wird als ein Hauptrisikofaktor für KHK, Herzversagen, cerebro- vaskuläre Erkrankungen, Nierenversagen und Vorhofflimmern klassifiziert. (62, 63) In weiterer Folge gibt es auch negative Korrelationen mit kognitiver Funktion und eine Assoziation von Hypertonie mit dem gehäuften Auftreten von Demenz. (64) Die Hypertonie wird derzeit in einem Bereich von $>140/90$ mmHg, ein optimaler RR- Wert als $120/80$ mmHg, als Zielbereich $<140/90$ mmHg (6) definiert. (Ein stetiges Ansteigen der Mortalität durch KHK und zerebralen Insult wurde aber bereits ab Blutdruckwerten von 115 mmHg systolisch und 75 mmHg diastolisch erhoben. (65)) Patienten mit erhöhtem Blutdruck ($>130/85$ mmHg) haben weiter eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, an anderen Risikofaktoren (Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, Insulinresistenz) erkrankt zu sein (6), weshalb hier bereits erhöhter Handlungsbedarf bzw. eine engmaschige Überwachung von Nöten sein kann. Die ESC empfiehlt in ihren Hypertonie- Richtlinien regelmäßige Kontrollen bei Hypertonikern von: Nüchtern-Plasma- Glukose und Triglyceride, gesamt- Cholesterin sowie separate LDL und HDL- Werte, Kalium- Spiegel, Werte für Harnsäure, Kreatinin sowie Kreatinin-Clearance oder die geschätzte GFR (ermittelt durch die „Modification of Diet in Renal Disease“ (MDRD)- Formel. (66) Ein Beginn einer pharmakologischen Therapie ist stark abhängig von bereits manifestierter CVD bzw. Nieren- oder anderem Organschaden, subklinischen Formen bzw. Präsenz von anderen Risikofaktoren. Grundsätzlich gilt, umso höher das Risiko im Blutdruckbereich bzw. das Gesamtrisiko, umso schneller muss eine therapeutische Intervention

erfolgen. Auch der sub- klinische Organschaden muss dabei im Hinterkopf behalten werden; diesen gilt es, durch einen adäquaten Therapiebeginn, so gut wie nur irgendwie möglich zu vermeiden. Derzeit wird von der ESC ein Therapiebeginn empfohlen bei: wiederholt- auftretende RR- Werte über 160-179/100-109 mmHg bzw. Grad 2 und 3 Hypertension, bei Grad 3 Hypertension (>180 mmHg systolisch und/oder >110 mmHg diastolisch), Grad 1 und 2 Hypertension (RR >140 mmHg systolisch und/oder >90 mmHg diastolisch) wenn das Gesamtrisiko sehr hoch ist. Bei Patienten mit Grad 1 oder 2 Hypertension mit nur moderatem Gesamtrisiko kann die pharmakologische Therapie für einige Wochen aufgeschoben werden, bei Hypertoniker der Klasse 1 ohne weitere Risikofaktoren kann mehrere Monate zugewartet werden, um Lebensstil-Änderungen durchzuführen und anschließend das Risiko neu zu evaluieren und wenn nötig eine Medikamenteneinnahme zu verordnen. Für Patienten mit hoch-normalen Blutdruck (130- 139mmHg systolisch und/oder 85-89mmHg diastolisch) und geringem bis moderatem Risiko bzw. keinen bisher aufgetretenen Komplikationen, diabetischen Manifestationen, etc. gibt es derzeit keine Ergebnisse die für eine frühe Anti- Hypertensive Medikation sprechen. Hier werden von der ESC nur engmaschige Blutdruckkontrollen und Lebensstil- Änderung empfohlen. Bei Patienten mit hoch- normalem Blutdruck und Diabetes mellitus gibt es keine Daten die eine Therapieinitialisierung verlangen. Ausnahme sind manifeste Organschäden die mittels Albuminurie, Proteinurie, etc. festgestellt werden. Bzgl. der Präparate- Wahl gibt es von Seiten der ESC keine Empfehlungen weil 1) in zahllosen durchgeführten Studien ermittelt wurde, dass die resultierenden Vorteile der Therapie in der Senkung des Blutdruckes an sich liegen, nicht im Modus (=Medikament) und 2) dass Thiazide und Thiazid- ähnliche Medikamente, Beta-Blocker, Calcium- Antagonisten, ACE- Hemmer sowie Angiotension- Rezeptor- Antagonisten den Blutdruck adäquat senken und somit das Risiko für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität signifikant senken. (6) Die Dauer der Therapie ist unbeschränkt. Endpunkt kann, beispielsweise, das Unterschreiten der prä- therapeutischen Werte sein. Lebensstil- Modifikationen sollten unabhängig vom restlichen therapeutischen Regime durchgeführt werden.

- Blut- Fette: Lipide sind in ihren verschiedenen Formen wie Cholesterin oder Triglyceride im Blut an verschiedene Apoproteine gebunden und formen so

Lipoproteine. Ihre Formen reichen von very- low- density- lipoproteins (VLDL, Lipoproteine mit sehr niedriger Dichte) zu low- density lipoproteins (LDL, Lipoproteine niedriger Dichte) bis hin zu high- density lipoproteins (HDL, Lipoproteine hoher Dichte). Diese Formen unterscheiden sich nicht nur in ihrer Rolle im Stoffwechsel und ihrer Zusammensetzung sondern auch in ihrem atherogenen Potential. HDLs werden als nicht- atherogen, sogar als atheroprotektiv klassifiziert, LDLs sind atherogen und gelten damit als individueller Risikofaktor für Atherosklerose und CVDs. VLDLs sind nicht atherogen, diese Triglycerid- reichen Moleküle können jedoch in hohen Konzentrationen Pankreatitis auslösen. (6) Besonders LDL ist in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt wenn es um Prävention geht. LDL transportiert im Normalfall den größten Teil des Cholesterins im Blut und zeigt in den meisten Fällen eine starke, positive Assoziation zwischen dem gemessenen Gehalt im Blut und dem Risiko an CVD zu erkranken. (6) Diese Dosis- abhängige Reduktion von LDLs im Rahmen von CVDs wurde in Meta- Analysen bestätigt. Ähnliches gilt für Triglyceride, jedoch nicht in einer solchen starken Ausprägung wie bei einer Hypercholesterinämie. (67) Therapieziele sind, von der ESC (6), für das Gesamt- Cholesterin mit $<5\text{mmol/L}$ ($\sim 190\text{mg/dL}$) und für LDL- Cholesterin $<3\text{mmol/l}$ ($\sim 115\text{mg/dL}$) festgelegt. Therapiestart ist wieder anhand des Gesamtrisikos zu planen: für asymptomatische Patienten mit niedrigem Risiko und/oder keinen Risikofaktoren- Veränderungen in Richtung Krankheit werden Kontroll- Untersuchungen mit erneuter re- Evaluierung in 5- Jahres- Intervallen empfohlen. Als primäre Therapieziele sollten LDL- und Triglycerid- Werte modifiziert werden. HDL- Cholesterin- Werte sollten, obwohl sie einen unabhängigen Risikofaktor darstellen, nicht erstes Ziel eine Modifikation sein. Zielbereich ist ca. $1,0\text{mmol/dL}$ ($\sim 40\text{mg/dL}$) bei Männern und ca. $1,2\text{mmol/dL}$ ($\sim 45\text{mg/dL}$) bei Frauen. Triglyceridzielbereich (nüchtern) ist $1,5\text{mmol/dL}$ ($\sim 150\text{mg/dL}$). LDL- Zielbereich ist $<3\text{mmol/l}$ ($\sim 115\text{mg/dL}$). Grundsätzlich gilt umso höher das Gesamtrisiko des Patienten, umso höher die resultierenden Vorteile durch eine Therapie. (6)

- Glukose- Metabolismus/ Diabetes mellitus: Bei einem eingeschränkten Glukosemetabolismus im Sinne eines Diabetes mellitus Typ II kommt es durch eine verminderte Insulin- Sensitivität der Körperzellen zu einem vermehrten

Verbleiben von Zucker im Blutstrom. Dies fördert unspezifische Entzündungsprozesse in den Blutgefäßen und führt auf lange Sicht zu atherosklerotischen Veränderungen. Kardiovaskuläre Komplikationen sind die führende Todesursache bei Patienten mit Diabetes mellitus. Es zeigte sich, dass eine aggressive Therapie von zusätzlicher Hypertonie und erhöhten Blut-Cholesterin- Werten zu einer signifikanten Reduktion der Mortalität führen können. Weiter ist die Verbesserung der glykämischen Kontrolle essentiell in der Prävention von mikrovaskulären diabetischen Komplikationen wie Retino-, Neuro- und Nephropathien. Hier wurde der Zielwert bei der HbA1c- Kontrolle von vormals $<7,00\%$ auf $<6,5\%$ (48mmol/mol) verringert. (6) Diese Werte zeigte sich in der „Action in Diabetes and Vascular Disease“- Studie (ADVANCE) über einen längeren Zeitraum (>40 Monate) und unter intensiver Betreuung und engmaschiger Kontrolle als bei über 11.000 Patienten erreichbar und führten zu einer deutlichen Verringerung der Anzahl von kardiovaskulären Ereignissen (Tod durch CVD- assoziierte Ereignisse, nicht- tödlicher Myokardinfarkt, nicht- tödlicher Insult) und mikrovaskulären Ereignissen (Neu- auftretend bzw. Verschlimmerung von Nephro- bzw. Retinopathie). (68) In einer durchgeführten Meta- Analyse der oben zitierten Daten sowie Ergebnissen von mehreren anderen Studien bestätigte sich der positive Einfluss auf nicht- tödliche Myokardinfarkte sowie KHK- assoziierte Events, jedoch konnten die Effekte auf die Gesamtmortalität bzw. Insult- assoziierten Events nicht bestätigt werden. (69)

3.1.5 Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen

Ansatzpunkte für eine effektive, Bevölkerungs- weite Prävention müssen bereits im Stadium der Primordial- Prävention an Schulen, Arbeitsplätzen, etc. durch den Staat und Unternehmen umgesetzt werden um effektiv zu greifen. Nur so können Erkrankungen bereits vor ihrem Entstehen durch vermeiden der Risikofaktoren bekämpft werden. In dieser Arbeit liegt der Fokus zuerst auf der Darlegung der folgenden Präventionsstufen und, später, der möglichen Implementation der Hypnose im therapeutischen Kontext.

- Allgemeinmediziner: Der Allgemeinmediziner hat sich als zentrales Element der Initiation, Koordination und langfristigen Behandlung von kardiovaskulären Patienten herauskristallisiert. (70) (Ausnahmen bilden akute Manifestationen ohne

Vorbehandlungen) Laut der europäischen Gesellschaft für Kardiologie liefert der Hausarzt über 90% der Konsultationen und stellt den Großteil der gesellschaftsmedizinischen Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, andere Screening-Verfahren, Monitoring von chronischen Erkrankungen sowie Nachbehandlungen und Kontrolluntersuchungen. (6)

- niedergelassener Kardiologe: Da die Akutversorgung in Krankenhäusern stattfindet, fällt dem niedergelassenen Kardiologen die Rolle eines Beraters zu. Speziell in Fällen bei denen seitens des Allgemeinmediziners Unklarheiten bzgl. Medikation und/oder Behandlung (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention; therapieresistente Erkrankung bzw. nicht- gelungene Lebensstil- Faktoren-Modifikation) bestehen. (71, 72)
- Krankenhaus: Die Aufgabe eines Krankenhauses liegt primär in der Akutversorgung, Adjustierung der fachärztlichen Therapie und Initialisierung der benötigten Therapie bzw. Rehabilitation. Jedoch zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Compliance, sowohl seitens der Patienten als auch der Allgemeinmediziner, bei Initialisierung strukturierter, Richtlinien- angepasster Behandlungs- und Präventionsprogramme (inkl. Checklisten, Patienten- Informationspakete, etc.; hier durchgeführten an einem Patientenkollektiv nach Bypass- Operationen) im Krankenhaus und empfohlener Fortführung außerhalb. (73) Noch liegen keine Ergebnisse vor, die beweisen, dass diese verbesserte Compliance auch in verbesserten Ergebnissen bei der sekundären Prävention resultiert. Hier könnte die Übernahme des therapeutischen Momentums durch vorbereitete und strukturiert- arbeitende Hausärzte und niedergelassene Kardiologen eine kritische Rolle spielen.
- (spezialisierte) Rehabilitationszentren: diese nehmen eine wichtige Rolle in der kausalen Patientenkette ein. Langzeit- Compliance bzgl. Medikamenteneinnahme und Lebensstilveränderung sind durch eine Patienten- Edukation, strukturierte Behandlung und häufigen Kontrolluntersuchungen signifikant beeinflussbar (heißt hier verbesserbar). (74) Auch im Vergleich einer erklärenden, nachhaltig stützenden, multi- faktoriellen und mit Verhaltenstherapie kombinierten Therapie mit einem konventionellen Ansatz zeigte sich, dass der erst- genannte Ansatz bessere Compliance bzgl. Medikamenteneinnahme, Lebensstil- Anpassung und Erhaltung erzeugte. Kardiovaskuläre Mortalität, nicht fatale Myokardinfarkte und zerebrale Insulte konnten um 33% vermindert werden, Herzkreislauf- Stillstand

plus nicht- fatale Myokardinfarkte um 36%, die gesamte Mortalität um 21%. (75)
Als ausschlaggebend für die Wirksamkeit des Ansatzes wurden eine intensive persönliche Behandlung mit engem und häufigen Patientenkontakt, sorgfältige individuelle Anamnese- Erhebung und klinische Untersuchung auch jenseits der kardiovaskulären Grunderkrankung (inkl. psychosozialer Anamnese und Evaluation von Co- Morbiditäts- Faktoren) definiert. Dieser langfristig- intensive Ansatz (höhere Anzahl an besuchten Einheiten seitens des Patienten) zeigte sich als Kosten- effektiver als bisher durchgeführte Ansätze. (76)

3.1.6 Mögliche Präventionsformen

Lebensstilveränderung spielen also eine große Bedeutung, in der Prävention, im Verlauf, in der Heilung. Trotzdem ist es schwierig, für viele Menschen fast unmöglich, solche Veränderungen durchzuführen.

Lebensstil ist eine Mischung aus genetischer Veranlagung, Umwelt- und sozialer Bedingungen die diese Veranlagungen fördern oder inhibieren und so zur Entwicklung persönlicher Verhaltensmuster des Patienten/der Patientin vor allem in der Jugend führen. Das Leben als Erwachsener trägt zur Erhaltung bzw. Förderung derselbigen bei. Diese Verhalten sind zwar höchst individuell aber auch mit sozialen und Bildungsschichten assoziiert. Verschlimmernd kann unterschiedlicher Rat aus verschiedenen populär- medizinischen Quellen und etwaigen Medien (Fernsehen, Radio, Zeitung, Internet, etc.) sein. (6)

Im Zentrum der Modifikation von Verhalten und des Therapieerfolges stehen 2 Dinge: Zielsetzung und Selbst- Beobachtung des gewählten Verhaltens. (76)

Einerseits müssen Ziele realistisch gewählt werden, andererseits der Patient über Mittel verfügen, den Fortschritt zu beobachten und verifizieren. Somit ist es zur Entwicklung eines realistischen Zieles seitens des Therapeuten wichtig bzw. wäre es optimal, den ganzen Patienten/die ganze Patientin zu betrachten, alle persönlichen Erfahrungen, Gedanken, Sorgen, Vorwissen und Umstände des täglichen Lebens so gut wie möglich in Erfahrung zu bringen. (6) (Bandler und Grinder nennen dies, in Bezug auf kognitive Funktionsweisen, Sichtweisen, Interpretationen der Sinneseindrücke das Erstellen einer Mappe der Wirklichkeit des Patienten (77, 78); Nur so kann garantiert werden, dass Patienten für sie größtmöglich- verständliche und relevante Informationen erhalten. Empfohlen werden solche Verhaltenstherapien besonders für Hochrisiko- Patienten sowie Patienten mit bereits manifester CVD. (79)

Durch die hoch- individuelle Natur der Hypnose, der großflächigen Anwendbarkeit, sowohl an dem Patientengut (80% der Population sind hypnotisierbar) (80) als auch seitens des durchführenden Personals (Hypnose als Werkzeug ist nicht beschränkt auf Ärzteschaft sonder kann in jeder Sparte des behandelnden Personals gelernt werden) stellt dieses Therapieverfahren ein großes Potential durch Verbesserung des therapeutischen Ergebnisses dar.

3.2 *Hypnose*

3.2.1 Was ist Hypnose?

„Alles, was fasziniert und die Aufmerksamkeit eines Menschen festhält oder absorbiert, könnte als hypnotisch bezeichnet werden.“ (81)

Der Überbegriff „Hypnose“ beschreibt den Vorgang bzw. das genauere Setting in dem mit Absicht ein veränderter Bewusstseinszustand, genannt Trance, erzeugt wird und umfasst heute mehrere Unterbereiche: die Induktion, Trance und Suggestion. (Hypnose wird allgemein als ein gemeinsamer Prozess eines Hypnotiseurs und eines Probanden/Patienten(-in) von der Autohypnose, in der eine Person alleine den Prozess durchführt, und einer Gruppenhypnose, in der eine oder mehrere Personen eine Gruppe in einen veränderten Bewusstseinszustand führt, abgegrenzt.)

Basis dieser Arbeitshypothese ist die Existenz zweier Systeme, dem Bewussten und dem Unbewussten. Diese Unterscheidung ist eine willkürliche um eine Beschreibung zu ermöglichen. In Realität ist der Übergang fließend und Anfangs- und Endpunkte nicht generalisierbar (d.h. von Mensch zu Mensch verschieden und auch individuell von Situation zu Situation wechselnd). (82)

Das Unbewusste (oder System 1 nach Daniel Kahneman (82)) ist in seiner physiologischen Funktion für alle auto- regulativen Prozesse zuständig die nicht der bewussten Kontrolle unterliegen (Herzfrequenz, Temperaturregulation, etc.). Seine psychologische Funktion ist die der Erhaltung und Aktualisierung der individuellen Sichtweise der Welt mit Definition der Grenzen/Parameter und somit der Definition des „Normalen“ bzw. „Möglichen“.

Dieses Modell der Wirklichkeit wird, wie Kahneman beschreibt, durch Assoziationen von Sinnesinformationen bzw. deren Interpretation gebildet, die Umstände, Aktionen und Ereignisse verbinden, die wiederholt gemeinsam auftreten. Diese „wiederholte Gemeinsamkeit“ führt zu einer Verstärkung der Assoziationen (durch repetitive Aktivierung der zugehörigen neuronalen Netzwerke) und diese kristallisieren sich als Struktur unserer Wirklichkeitswahrnehmung heraus. Diese Struktur bestimmt zu jedem Moment unsere Interpretation der Vergangenheit, die Wahrnehmung(sfähigkeit) in der Gegenwart und unsere Erwartungen für die Zukunft, denn für die „assoziative Maschine“ des Unbewussten/System 1 existieren nur aktive Ideen, sprich Information die aus dem Gedächtnis hervorgeholt worden ist. Informationen die nicht aktiviert wurden können nicht inkorporiert werden. (Nicht aktivierte Ideen, Zusammenhänge, etc. können aber

grundsätzlich kognitiv „vorhanden“ sein. Hier erfüllt das Gebiet der Suggestion eine wichtige Rolle um neue Richtungen für Assoziationen zu geben.) (82)

Manche Forscher wie Ernest Rossi sehen das Unbewusste als Metapher für rechts-hemisphärische Prozesse, deren volles Potential in der Trance freigesetzt weil die Kontrolle durch den bewussten Verstand (oder System 2) temporär vermindert wird. Dies ermöglicht ein Erfahrungslernen mit dem gesamten Repertoire an Verhaltensweisen die imaginiert bzw. aus dem Gedächtnis aktiviert werden können. Andere, wie Milton Erickson als prominentester Vertreter, sehen das Unbewusste als tatsächliche Entität, gleichwertig oder sogar wichtiger als das Bewusstsein, mit dem kommuniziert werden kann und das Veränderungen aktiv schaffen kann. (83)

Das Bewusste (oder System 2) sind willkürliche (als von mir gesteuert-, initialisiert-wahrgenommene) Aktionen, Gedanken die ein, je nach Komplexität und individueller Entwicklung, unterschiedliches Maß an Anstrengung erfordern. Die Werkzeuge des Bewussten sind Aufmerksamkeit und Erinnerung und mit diesen kann es seine Funktion als Kontrollinstanz durch Zweifel und Ungläubigkeit an den intuitiven Ideen- Konstrukten des Unbewussten durchführen. (82)

Durch die assoziative Natur des Unbewussten und bei nicht ausreichender Agilität des Bewusstseins kann es zu Lernschritten im Verhalten bzw. der Wahrnehmung der Realität kommen, die in erster Instanz zwar hilfreich sind (heißt hier das Überleben sichernd oder körperlich bzw. emotionalen Schmerz vermeidend), weiter jedoch Leid in allen Qualitäten (körperlich, emotional durch soziale Situationen, etc.) kreieren können.

Als Beispiel kann eine Person angeführt werden, die ein Auto beobachtet das von einer Brücke stürzt. Primär setzt der Überlebensinstinkt ein und aus der beobachteten Situation wird geschlossen, dass die Überlebenschance dieser Gefahr beim 100% liegt, wenn die Person diese Brücke nicht überquert. Ähnlich dem Konzept der Reizgeneralisierung aus der Verhaltenspsychologie (84) wird über den assoziativen Mechanismus des Unbewussten eine komplettes Spektrum an „gefährlichen“ Situationen generiert und dem Bewusstsein angeboten (Assoziation bedeutet dass alle Elemente des originalen Vorganges individuell miteinander in Verbindung gestellt werden; somit kann es zu Problemen im Kontext von Brücken, Autos bis zu spezifische Tageszeiten, etc. kommen). Dies kann soweit gehen, dass keine Brücke mehr überquert werden kann, da es zu massiven Angstreaktionen kommt. Dies löst das Problem des Überlebens des Brückenabsturzes, kriert jedoch eine Flut von Problemen und Kompensationsverhalten wenn es der Person anschließend nicht mehr möglich ist die Brücke zu überqueren. Hier muss das System 2 oder Bewusste

regulativ mit gelernten Coping- Mechanismen eingreifen bzw. im Rahmen einer Hypnotherapie das assoziative Netz des Unbewussten erweitert werden.

3.2.1.1 Induktion

Induktion wird jener Prozess genannt, der es ermöglicht von dem normalen Wachzustand in einen veränderten Bewusstseinszustand, die Trance, zu gelangen. Dieser Prozess kann im klassischen Setting mit einem Hypnotiseur und Probanden oder auch im Rahmen einer Selbst- oder Auto- Hypnose alleine durchgeführt werden.

Teilweise wird bei der Induktion auch von einer Verstärkung der Erwartungshaltung des Patienten , Zuordnung einer Rolle (im Kontext der Hypnose), etc. gesprochen. (137)

Verwendet werden z.B. (138):

- Fixationstechniken (Punktfixation, historisches Pendel, etc.)
- Entspannungstechniken (Atmung, Muskelanspannung und -entspannung), alle Formen der inneren sensorischen, perzeptuellen und emotionalen Erfahrung
- Imagination, Geschichten erzählen
- (Hand-) Levitation

Ziel ist es, die Aufmerksamkeit des Patienten zu fokussieren und so schrittweise auf wenige, innere Realitäten zu lenken. (137) Dieser veränderte Fokus bleibt auch im Trancezustand erhalten jedoch gestaltet sich die erste Phase oft als besondere Herausforderung, da hier die links- hemisphärischen Denkmuster mit Ängsten, Sorgen, Kontrollmechanismen, etc. noch vermehrt aktiv sind. Dies macht die Phase der Induktion hochgradig individuell und schwer generalisierbar und erhöht die Bedeutung der vertrauensvollen Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient.

Teil dieser Induktionsphase, aber auch der folgenden Suggestions- Phase, ist die Veränderung des Bewusstseinszustandes an sich. Dies ist, per Definition, schwer zu kategorisieren, da es sich um einen Prozess, nicht um einen Fixpunkt handelt. Nach bzw. während der Fixierung der Aufmerksamkeit werden, laut Erickson und Rossi (138) mehrere Modalitäten eingesetzt, um die Veränderung zu generieren:

- Schock, Überraschung, Unrealistisches und Unmögliches
- Verschieben der Bezugsrahmen, Zweifel, Widerstand und Versagen verschieben
- Ablenkung
- Dissoziation und gestörtes Gleichgewicht

- Kognitives Überladen
- Verwirrung, Trugschlüsse
- Paradoxes
- Bindung und Doppelbindung
- Konditionierung über Stimmdynamik
- Strukturierte Amnesie
- Nichts tun, nichts wissen
- Fähigkeiten verlieren, Zweifel, das Negative, usw.

Die vermutete Wirkungsweise dieser Modalitäten wird in den nächsten Kapiteln „Suggestionen“ und „Trancezustand“ erklärt.

3.2.1.2 Suggestion

Im Bereich der Suggestion, wieder von außen durch einen Therapeuten gegeben oder der Patientin/dem Patienten selbst geschaffen, wird die Aufmerksamkeit gezielt gelenkt. Dies kann sensorische(„Welches ihrer beiden Beine fühlt sich leichter an?“), kognitive(„Stellen sie sich eine entspannende Landschaft vor, die sie bereits einmal genossen haben.“) und emotionale(„Erinnern sie sich an jenes Erlebnis, das sie am glücklichsten gemacht hat“) Bereiche bzw. Reaktionen umfassen.

Grundannahme ist die Theorie, dass das Unbewusste bzw. System 1 (82) ein assoziatives Programm zur Kreation der Mappe der Wirklichkeit eines jeden Menschen ist.

Informationen, neu aufgenommen oder aus der Erinnerung aktiviert, die neu zu einem Thema via Assoziation hinzugefügt werden, kreieren ein Momentum das neue Verbindungen zwischen Themen bzw. komplett neue Bereiche erschafft. Dadurch wurde ein spezifisches Modell erweitert.

Suggestion ist ein Werkzeug, das diese assoziativen Mechanismen ausnützt und durch sensorische (Hinweise auf Empfindungen, analoges Markieren, etc.) oder kognitive (Aussagen an sich, Demonstrationen, Überraschung etc.) Darbietung diese ausnützt. (Erickson nennt dies die unbewusste Suche in seiner „Mikrodynamik von Trance-Induktion und Suggestion“ (81)). „Nicht was der Therapeut sagt, sondern was der Patient aus dem Gesagten macht, ist die Essenz der Suggestion.[...] Die indirekte Form der Suggestion dienen in erster Linie dazu, die Potentiale eines Patienten zu explorieren und seine natürlichen Reaktionstendenzen zu fördern, nicht aber dazu, sich über sein Verhalten Kontrolle zu verschaffen.“ (81)

Wichtig anzumerken ist, dass Trance an sich keine Garantie ist, dass Suggestionen angenommen werden. Es wird lediglich der Zustand des Bewusstseins verändert (diverse Modalitäten; siehe vorheriges Kapitel „Induktion“) und so ein instabiles Gleichgewicht (im Bewusstsein selbst) erzeugt, welches es ermöglicht, assoziative Netze leichter zu erweitern und dadurch die Mappe der Wirklichkeit zu verändern. Dieser therapeutische Erfolg ist jedoch kein garantiertes Ergebnis und das Werkzeug Hypnose erfordert eine besondere Agilität des Therapeuten(-in)/Hypnotiseurs(-in), um assoziative Netzwerke zu erkennen, zu erforschen und als Feedback an den Patienten zur Neu- Evaluierung zurückzugeben.

3.2.1.2.1 Wachsuggestionen

Lange Zeit wurde vermutet, Suggestionen wären nur im Rahmen eines Trancezustandes wirksam. Sie müssen aber nicht zwingend während einer Trance gegeben werden. Forschungsergebnisse lassen vermuten, dass auch sogenannte „Wach- Suggestionen“ („waking suggestion“; im Rahmen einer normalen Interaktion gemachte Äußerungen die wie Suggestionen Aufmerksamkeit gezielt lenken können) bedeutende Wirkung haben können (139), und bestätigen somit schon länger geäußerte Meinungen von Therapeuten wie Bandler und Grinder. (140) Dies kann durch die von Kahneman (82) beschriebene assoziative Natur des Unbewussten oder System 1 und seiner kontinuierlichen Aktivität erklärt werden. Jedes hinzugefügte Informationselement kann das Netzwerk um sich selbst und allen daraus folgende mögliche Verbindungen erweitern. Erickson demonstriert in seinem Beitrag zur „Einstreu- Technik“ mit Ernest Rossi (81), dass in einem normalen Gespräch eingeflochtene Suggestionen (z.B. das Wort *frei* in „Sie können diese Gefühle so *frei* beschreiben, wie sie wollen“), auf sehr individuelle Art vom Unbewussten des Patienten verwertet (angenommen und in kognitiven, motorischen oder emotionalen Prozessen umgesetzt bzw. ignoriert) werden können. Diese breite Basis an möglicher Kommunikation und deren gezielte Anwendung erschließt ein enormes Potential für eine grundlegende Hypnose- Ausbildung für medizinisches Personal in allen Patienten- Interaktionen. Dies kann vom Aufnahmegespräch, der diagnostischen Datenerhebung, Visiten, therapeutischen Gesprächen, Entlassungsgesprächen, etc. reichen und von nahezu allen Mitgliedern des medizinischen Personals umgesetzt werden.

3.2.1.3 Trancezustand

Menschen haben vermutlich schon seit langer Zeit den Trancezustand genossen, der jedem eigen ist. Sei es durch das „Gedanken schweifen lassen“ der Alltags-trance, das intensive Erleben der Einheit von Bewegung und Musik von Stammestänzen bis hin zu modernen Partys und Augenblicken der völligen Gedankenlosigkeit bei Schreckensmomenten.

Deshalb gibt es für den Trancezustand selbst (wie oben gezeigt nicht nur das Produkt einer erfolgreichen hypnotischen Induktion) viele Definitionen, welche durch die lange geschichtliche Entwicklung der Hypnose entstanden sind. Er wurde als Form des Schlafes bezeichnet, als besonderer physiologischer und psychologischer Zustand, als erhöhte Suggestibilität, als ein Zustand selektiver Aufmerksamkeit, Dissoziation der Persönlichkeit, Rollenspiel, eine Form der klassischen Konditionierung, als Zustand erhöhter Wahrnehmungsfähigkeiten, bis hin zu einem simplen Placebo. (80).

Milton Erickson, Pionier der modernen Hypnose und ihrem indirekten Ansatz, legte als Kernpunkt des Trancezustandes und weiter auch der Hypnotherapie das Außerkraftsetzen der üblichen Bezugsrahmen des Patienten fest. Dies wird nicht durch einen Verlust von Bewusstsein oder Schlaf erreicht sondern viel mehr in einer Veränderung des Bewusstseinszustandes durch extreme Verengung des Aufmerksamkeitsfokus im Gegensatz zum breiten Fokus der üblichen, alltäglichen Wahrnehmung. Diese Verengung auf wenige, innere Realitäten, führt in einen Zustand eines instabilen Gleichgewichts welcher „mit relativer Leichtigkeit außer Kraft gesetzt werden kann, indem verlagert, umgewandelt oder umgangen wird.“ Durch dieses Außerkraftsetzen können gelernte Zusammenhänge, die möglicherweise Leid und Probleme verursachen, ent-automatisiert werden und so spontan neue Assoziationen für Verhaltensmuster, etc. entstehen. (138)

Ernest Rossi spricht dabei von einem „Bewusstseinszustand, in dem die normalen ordnenden und strukturierenden Funktionen des links- hemisphärischen Bewusstseins oder des Ich minimal sind. [...] In diesem geringer- organisierten Zustand kann das Bewusstsein seine Aufnahmefähigkeit und bisweilen auch seine Beobachterfunktion beibehalten. [...] In diesem rezeptiven Zustand ruhen die Abwehrmechanismen des Patienten und seine fälschlicherweise einschränkenden bewussten Haltungen und Einstellungen. Der Geist ist in diesem Zustand offen, um die Saat therapeutischer Suggestionen zu empfangen, die dann aufgehen soll im Unbewussten und dessen assoziativen Prozessen.“ (83)

In „Hypnose erleben“ bezeichnet Rossi den Trancezustand als einen überwiegend rechts-hemisphärischen Prozess in dem unbewusste Prozesse erleichtert und freigesetzt werden. Dies kann auch durch ein Verändern des Bewusstseinszustandes beschrieben werden, in

dem anschließend neue Informationen durch Suggestion bzw. freilaufende Aktivität des Unbewussten entweder imaginiert/kreiert oder aus dem Pool der Erinnerung neu hinzugefügt werden um so das assoziative Netz zu vergrößern und dadurch das Entstehen von neuen Möglichkeiten in der Mappe der Wirklichkeit des Patienten zu initialisieren. Anschließend können die neu entwickelten Informationen in einer Phase die Erickson „Trance- Utilisation“ nannte, von einem reaktivierten links- hemisphärischen Bewusstsein inhaltlich bearbeitet werden. (83)

Zusammenfassend kann man den Prozess mittels Suggestion von dem normalen Wachzustand über die Tranceinduktion bis hin zum Trancezustand als Variation der im normalen Wachzustand ablaufenden Prozesse betrachten, bei der der Aufmerksamkeitsfokus verändert worden ist und dadurch eventuell eine Änderung des Bewusstseinszustandes zustande kommt.

Hypnose kann als Teilbereich des Themas menschliche Kommunikation klassifiziert werden, in dem die im Patienten bestehende assoziative Netze exploriert werden um anschließend durch neue Informationen, die mittels Suggestion nur in den Aufmerksamkeitsfokus gerückt aber tatsächlich im Patienten generiert werden, ergänzt zu werden bzw. den metaphorische Blickwinkel auf ein Problem verändern. Dies kann, bei korrekter Ausführung zu neuen Verhaltens- und Sichtweisen in Patienten führen, die es ihm oder ihr ermöglichen belastende und/oder schädliche Muster loszulassen.

3.2.2 Hypnose im kardiologischen Bereich

3.2.2.1 Warum Hypnose

Hypnose ist ein spezieller Bereich der Psychotherapie. In dieser Spezialisierung mit allen Feinheiten zeigt sich, der Meinung des Verfassers nach, nur ein bedingte Aufwand-Nutzen-Relation für den klinischen Alltag.

In den Grundlagen, wie z.B. Kommunikation, Funktionsweise des assoziativen Denkens und Bildung eines Modells der Wirklichkeit, Sprachstruktur und deren Kommunikationsfunktion mit Mitmenschen, etc., ist dieses Konzept jedoch omnipräsent in allen Interaktionen im medizinischen Bereich.

Deshalb wurde eine Literatursichtung bzgl. bereits gemachten Untersuchungen bei den vier großen Risikofaktoren Rauchen/Tabakkonsum, Ernährung, Bewegung und (psychosozialem) Stress durchgeführt.

Anschließend sollen einige ausgewählte Modalitäten der hypnotischen Arbeit hier beschrieben und anhand von hypothetischen Beispielen demonstriert werden, wie diese in klinische Interaktionen integriert werden könnten.

3.2.2.2 Literatursichtung

Studien mit Hypnose zur Behandlung von nachfolgenden Risikofaktoren sind zwar mittlerweile in zunehmender Anzahl vorhanden, nach Meinung des Verfassers jedoch tendenziell nur mit geringen Fallzahlen und deshalb von begrenzter statistischer Aussagekraft. Deshalb sind die nachfolgenden Studienergebnisse, laut Meinung des Verfassers dieser Arbeit, als Tendenz zu werten, die zwar eine mögliche Entwicklung der Hypnose hin zu einer validen Therapieform darstellt, jedoch sind noch weitere Studien im größeren Ausmaß notwendig.

Eine Schwierigkeit, die sich dabei stellt, ist die, in vorigen Punkten diskutierte, hoch-individuelle Natur der erfolgreichen Hypnotherapie. Induktionen werden oft durch minimale, von Patienten/-innen gegebene, Anzeichen ausgewählt und spontan an sich ergebende Umstände angepasst. Ebenso führt dies zu individuellen Trance- Erlebnissen und – Gestaltungen durch Therapeuten/-innen. Dies macht eine objektive Betrachtung durch große Studien schwierig, da entweder standardisierte Verfahren (identische Gestaltung durch gesprochene Texte auf Band, etc.) bei vielen Probanden/-innen mit wenig

Erfolg oder hoch- individuelle Verfahren mit Erfolg jedoch ohne Anspruch auf Objektivierbarkeit angewandt werden.

Grundsätzlich muss sich die medizinische Wissenschaft jedoch vermehrt mit dem Thema der alternativen psychologischen Therapien, wie z.B. Hypnose, geführte Imagination, progressive Muskelentspannung nach Jacobson, etc., aber auch mit anderen Verfahren mit Anspruch auf Gesundheitsvorteilen wie Tai Chi, Qi Gong, etc. auseinandersetzen, da es, z.B., laut Park (85), zu einem Zunahme von Anwendungen genau dieser Verfahren kommt und, sowohl medizinisches als auch politisches Personal eine Verantwortung gegenüber den Patienten bzw. der Bevölkerung haben.

Die Literatursichtung wurde mit den Begriffskombinationen „hypnosis“ bzw. „hypnotherapy“ und „lifestyle (change)“, „smoking (cessation)“, „weight loss“, „diabetes“, „obesity“, „stress“, „hypertension“, „(physical) activity“, „(physical) exercise“, „anxiety“, „relaxation“, „(therapy) compliance“, in deutscher wie englischer Sprache, durchgeführt.

3.2.2.2.1 Rauchen/Tabakkonsum

Laut Sood, Ebbert, et al (86), ist Hypnose eines der bedeutendsten Therapieverfahren zur Raucherentwöhnung. Zwar fehlen nach wie vor die Studien mit entsprechenden Zahlen und Kontrolle des Designs um tatsächliche Aussagen bzgl. der Effektivität treffen zu können, jedoch konnten sie in einer Befragung von 1175 Patienten/-innen (49% Frauen; Durchschnittsalter der Studienteilnehmer/-innen: 46,4 Jahre) bzgl. alternativer Behandlungen zur Raucherentwöhnung zeigen, dass es sowohl eine bereits bestehende Anwendung von alternativen Verfahren gibt als auch Interesse seitens der Patienten/-innen gibt, solche in Zukunft anzuwenden. Zum Zeitpunkt der Befragung gaben 323 Personen (27%) an, bereits mindestens einmal eine alternative Behandlung zur Raucherentwöhnung angewendet zu haben, für 13% war dies die Hypnose. 792 Personen (67%) gaben an, auch in Zukunft weitere alternative Verfahren probieren zu wollen, 40% äußerten Interesse an Hypnose. Die Gründe, zu alternativen Verfahren zu greifen, waren eine Supplementation von schulmedizinischen Verfahren (42%), Wunsch natürliche Verfahren zuerst zu probieren (28%), Sorgen bzgl. Nebenwirkungen von schulmedizinischen Verfahren (21%), hohe Kosten (21%) und Mangel an Effektivität (20%) von konventionellen Verfahren. Weizman et al (87) diskutieren in ihrer Arbeit zu den klinischen Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose- Verfahren von Schmerzbekämpfung, prä-

operative Vorbereitungen, Asthma, dermatologische Erkrankungen, post-chemotherapeutische Übelkeit und Erbrechen und auch Raucherentwöhnung. Laut den Autoren liegen bis jetzt nur empirische Beweise für die Wirksamkeit der Hypnose zur Schmerzbekämpfung vor; für alle anderen Anwendungsgebiete sind noch weitere Arbeiten nötig, um eine wissenschaftliche Basis zu schaffen.

Johnson und Karkut (88) verglichen die Effektivität einer Raucherentwöhnung (Kombination von Hypnose und Abneigungstherapie (engl. „aversion therapy“) bei 93 weiblichen und 93 männlichen CMHC- Patienten (engl. „Community Mental Health Center“). Nach dem zweiwöchigen Programm berichteten 90% von 84 Frauen und 92% von 86 Männern eine erfolgreiche Behandlung (heißt hier Rauchabstinenz), nach drei Monaten waren 87% von 81 Frauen und 86% von 80 Männern anamnestisch noch immer rauchfrei. Zu kritisieren ist laut der Autoren das klinische Setting (und dementsprechend fehlende Genauigkeit bei Ergebnismessung sowie fehlende Kontrollgruppen) in dem die Studie durchgeführt wurde, gleichzeitig zeigten sie jedoch auf, dass eine mögliche Effektivität der Therapie bei Raucherentwöhnung von den Ergebnissen impliziert wird. Ebenso zeigten Elkins und Rajab (89) in einer retrospektiven Untersuchung mit 21 Rauchern (Durchschnittsalter: 47; 57% männlich; im Durchschnitt 26 Jahre Raucher/-in; im Durchschnitt 2 Packungen Zigaretten pro Tag) bei denen jeweils drei individualisierte Hypnose- Sitzungen (1. reine Konsultation und Rapportbildung; 2.+3. 25minütige Hypnose Sitzung inkl. Fixations- Induktion, individuelle Suggestionen bzgl. Entspannung, Komfort, mentaler Imagination bzgl. Entspannung, Bekenntnis zur Raucherentwöhnung, Dissoziation von Entzugssymptomen, post- hypnotische Suggestionen, Suggestionen zur Selbst- Hypnose, positive Bilder hinsichtlich Vorteile der Raucherentwöhnung und Rückführung in einen normalen Bewusstseinszustand) durchgeführt wurden, dass von den 81% der Patienten, die nach der Behandlung rauchfrei waren, 48% nach 12 Monaten im telefonischen follow- up noch immer abstinent waren. Diese Zahlen entsprechen dem statistischen Mittel des gesamten Kollektivs. Nur für jene Patienten, die an allen drei geplanten Sitzungen teilgenommen hatten, beliefen sich die Zahlen auf 92% rauchfreie nach der Behandlung, 86% nach 3 Monaten, 67% nach 9 Monaten und 58% nach 12 Monaten. Zwar geben die Ergebnisse Anlass für weitere Untersuchungen, jedoch können die Ergebnisse noch nicht als aussagekräftig gewertet werden, da 1. die Ergebnisse auf anamnestisch erhobenen Daten beruhen, nicht auf biochemischen Markern und 2. keine Kontrollgruppe etabliert war.

Rabkin et al (90) verglichen in einer randomisierten klinischen Studie Hypnose mit Patientenaufklärung und Verhaltens- modifizierenden Programmen (inkl. einer Kontrollgruppe) bzgl. ihrer Effektivität hinsichtlich anamnestisch erhobenem Zigarettenkonsum (Anzahl/Tag) sowie Serum- Thiocynat (Marker für Langzeit- Zigaretten- Konsum). Die Studie wurde mit 168 Probanden von denen 140 für ein dreiwöchiges follow- up zur Verfügung standen. Im Vergleich zu Eingangswerten und einer Kontrollgruppe wiesen alle drei Verfahren signifikante Änderungen im Verhalten (heißt geringerer Konsum von Zigaretten) und niedrigere Thiocynat- Serumwerte auf. Zwischen den drei Verfahren ließen sich in dieser Arbeit, laut den Autoren, jedoch keine signifikanten Unterschiede feststellen. Dies führt Rabkin et al zu der Schlussfolgerung, dass Hypnose in ihrer Effektivität ebenso wirksam ist wie Verhaltens- modifizierende Programme bzw. Patientenaufklärung.

In einer größeren, randomisierten Studie der American Lung Association of Ohio, durchgeführt durch Ahijevych, Yeradi und Nedilsky (91) wurde bei 2810 Rauchern eine einzelne Gruppen- Hypnosesitzung durchgeführt und eine zufällig ausgewählte Gruppe von 452 Personen 5 bis 15 Monate nach der Therapie befragt. 22% (n=101) der befragten gaben an, in dem Monat vor dieser Befragung nicht geraucht zu haben. Andere Raucherentwöhnungs- Verfahren wurden ebenfalls anamnestisch erhoben. Hier zeigte sich, dass pharmakologische Produkte nur in 20% der Fälle über den gesamten, empfohlenen Zeitraum genommen wurden. Hypnotherapie, laut der Autoren, stellt eine alternative Raucherentwöhnung dar und ermöglicht eventuell eine Therapie, die auf individuelle Bedürfnisse zugeschnitten ist.

Spiegel et al (92) behandelten in einer Studie 226 Raucher mit einer einzelnen, Gewohnheits- restrukturierenden Therapieeinheit die Selbsthypnose inkludierte und verfolgten diese über zwei Jahre. (Eine erfolgreiche Therapie wurde hier als Rauchfreiheit definiert.) Nach einer Woche erreichten 52% eine Rauchfreiheit (als signifikante Faktoren wurden Hypnotisierbarkeit und eine bereits in vorherigen Therapieversuchen demonstrierte Fähigkeit, für ein Monat Rauchfrei zu sein, erhoben), nach dem 2- Jahres- follow up belief sich die Zahl auf 23% (als signifikante Faktoren wurden Hypnotisierbarkeit und das gemeinsame Leben mit einem Lebenspartner/-in erhoben).

Um die Ergebnisse von Hypnose bei Raucherentwöhnung bei Männern und Frauen zu vergleichen, führten Green, Lynn und Montgomery (93) eine Meta- Analyse von 19 Studien durch, in denen sie 24 separate Proben identifizierten die als Merkmale 1. Hypnose als Teil der Behandlung, 2. aufgeführte Geschlechterverteilung und 3. eine spezielle

Analyse bzgl. Geschlechter- spezifische Unterschiede beinhalten mussten. Das so entstandene Kollektiv umfasste 5704 Personen, die an Raucherentwöhnungen mittels Hypnose teilnahmen. Gesamt (über alle 24 Proben) wurde von einer Erfolgsrate (heißt hier Rauchstopp bis zum Zeitpunkt der follow- ups) von 26,3% berichtet. Für Frauen belief sich die Erfolgsrate auf 23,4%, für Männer auf 30,6%. Es wurde außerdem eine Korrelation zwischen Erfolg der Behandlung mit Hypnose und der Anzahl an Stunden der Behandlung gefunden, jedoch nicht mit der Länge des follow- ups. Dadurch schließen die Autoren, dass Männer 1,29 mal wahrscheinlicher eine erfolgreiche Raucherentwöhnung mit Hypnose durchführen als Frauen. Die Autoren empfehlen deshalb vermehrte Beachtung der Geschlechtsunterschiede bei Wahl von Werkzeugen in eine Behandlungsregime und fordern zusätzliche Untersuchungen in der Zukunft.

Über die Wirksamkeit von Gruppen- Settings im hypnotischen Bereich (in der Hypnose gilt die Individual- Therapie als Standard) beschreibt Riegel (94) eine von ihm durchgeführte Studie mit 85 Raucher (67% weiblich; Patienten/-innen im Alter von 23 bis 68) bei der individuelle Behandlung mit Gruppenbehandlungen verglichen wurde, in denen jeweils eine gleichwertige Kombination aus Hypnose und Verhaltenstherapie durchgeführt wurde. Für beide Gruppen wurden Aufnahmekriterien von mindestens 2 Jahren Zigarettenkonsum, täglicher Konsum von mindestens 10 Zigaretten sowie ein intrinsisches Bedürfnis, mit dem Rauchen aufzuhören, aufgestellt. Gruppensitzungen wurden vier mal á 90min durchgeführt, individuelle Sitzungen drei mal á 90min. (Gruppensitzungen erhielten bzgl. der Notwendigkeit von Gruppenbesprechungen eine zusätzliche Sitzung.) Die Zuteilung zu den Gruppen erfolgte auf Wunsch der Patienten bei der erstmaligen telefonischen Kontaktaufnahme. Zu Schluss der Studie berichteten 48,2% bei der Gruppentherapie und 37,9% bei der Individualtherapie über einen Erfolg (heißt hier Rauch- Stopp). Nach einem dreimonatigem follow- up beliefen sich die Ergebnisse auf 12,5% (Gruppe) und 6,9%(individual). Die Unterschiede zwischen den beiden Ergebnissen erreichten keine statistische Signifikanz und somit wurde vom Autor geschlossen, dass Gruppentherapie mindestens gleich effektiv ist wie Individualtherapie. Diese Ergebnisse unterstützen die Implementierung von Gruppenbehandlungen mit Hypnose um auf eine Kosten- und Zeit- effiziente Weise mit der großen Anzahl an Hilfe- suchenden Rauchern fertig zu werden.

Tahiri et al (95) führten eine Meta- Analyse von randomisierten, kontrollierten Studien durch, die sich mit der Effektivität von alternativen Raucherentwöhnungen auseinandersetzten und kontinuierliche Abstinenzraten von 6 bis 12 Monaten berichteten.

Dies führte zu einem Kollektiv von 14 Studien mit 823 Patienten bei Akupunktur, 273 für Hypnose und 99 bei Aversionstherapie. Die geschätzten Therapieergebnisse waren für Akupunktur odds ratio (OR) 3.53, 95% confidence interval (CI), 1.03-12.07; für Hypnose OR 4.55, 95% CI, CI 0.98-21.01 und Aversionstherapie OR 4.26, 95% CI, 1.26-14.38. Daraus kann laut den Autoren geschlossen werden, dass Hypnose und Akupunktur eventuell bei der Raucherentwöhnung helfen können.

Andere Studien wie z.B. eine Durchsuchung der Cochrane- Datenbank von Abbot et al (96), bei der randomisierte Raucherentwöhnungs- Verfahren mittels Hypnose und die Erfolgsergebnisse von mindestens 6 Monaten berichteten, analysiert wurden, berichteten lediglich von widersprüchlichen Ergebnissen. In Hinblick auf Marker wie Art der Testsubjekte, Art und Dauer der Hypnotherapie, Details der Kontrollgruppe, gemessenen Ergebnisse, Methode zur Randomisierung und Anspruch auf Vollständigkeit des follow-ups, konnte eine höhere Effektivität der Hypnose auf 6- Monats- Entwöhnungsraten im Vergleich zu keiner Behandlung und alleiniger Beratung festgestellt werden. Im Vergleich zu psychologischen Interventionen oder dem „RapidSmoking“- Programm konnte keine Effektivität nachgewiesen werden.

Einige Jahre Später führten ähnliche Analysen des „Cochrane Tobacco Addiction Group Special Register“ sowie Datenbanken wie MEDLINE, EMBASE, AMED, SCI, SSCI von Barnes et al (97) zu dem Ergebnis, dass Hypnose nicht als effektiver als andere Behandlungsverfahren bzgl. eines sechsmonatigen Erfolgszeitraumes gewertet werden kann, dass Hypnose nicht als effektiver als Beratungsgespräche bewertet werden kann und dass die Ergebnisse von nicht- kontrollierten Studien über die Effektivität von Hypnose zur Raucherentwöhnung in dieser Analyse von randomisierten Studien nicht bestätigt werden konnte. Durchgeführt wurde diese Analyse an 11 Studien mit 18 Kontroll- Behandlungsverfahren mit einer erfolgreichen Raucherentwöhnung mindestens 6 Monate nach Therapieabschluss.

Die Beweise, dass Hypnose ein effektives Therapieverfahren zur Raucherentwöhnung ist, sind also bei weitem noch nicht genügend wissenschaftlich untermauert, um definitive Aussagen treffen zu können. Es besteht jedoch die Tendenz, Hypnose als wertvolles Werkzeug in Behandlungen zu erkennen und, nach weiterer, benötigter Forschung, deren Platz in der medizinischen Behandlung zu etablieren.

Nach Meinung des Autors dieser Arbeit wird die Hypnose niemals den Platz eines alleinigen, omnipotenten Heilmittels einnehmen oder einnehmen müssen. Viel wichtiger

wäre die Erforschung des gesamten Potentials dieses Werkzeugs und Integration als eines von vielen Puzzleteilchen.

Z.B. wie von Carmody et al (98) demonstriert, die die Behandlung von 286 Rauchern (176 Männer und 110 Frauen; geäußertes Interesse an Entwöhnung; mindestens 10 Zigaretten/Tag) mit einem Nikotinpflaster und zusätzlicher Hypnose (2 Sitzungen plus Unterweisung in Selbst- Hypnose) mit dem selben Nikotinpflaster und Beratungsgesprächen (engl. „behavioral counseling“) verglichen. Beide Versionen wurden in jeweils zwei 60- minütigen Einheiten durchgeführt, zu denen die Patienten/-innen zufällig zugeteilt wurden. Nikotinpflaster wurden in zwei- Monats- Anzahl in den Dosierung 21 und 14mg, basierend auf der individuellen Rauchmenge, ausgegeben. In der Analyse der Ergebnisse zeigten sich keine Unterschiede in der Benutzung der Nikotinpflaster, jedoch eine anfangs (bis Woche 2) deutlicherer Schwere der Entzugs- Symptomatik bei der Beratungs- Gruppe (die sich im Verlauf von Woche 3 bis 9 aber an die Werte der Hypnose- Gruppe anglich). Im follow- up nach 6 Monaten zeigte sich eine punkt- Prävalenz für Rauchstopp von 29% für Hypnose und 23% für Beratung. Nach 12 Monaten belief sich die anamnestisch erhobene Punkt- Prävalenz bei Hypnose auf 24% und bei der Beratungs- Gruppe auf 16%; basierend auf biochemische Marker bzw. Umgebungskonfirmation belief sie sich auf 20% für Hypnose und 14% für Beratung. Die Autoren schlossen daraus, dass die Nikotinpflaster- Therapie in Kombination mit Hypnose leicht bessere Langzeit- Ergebnisse lieferte als die Nikotinpflaster- Therapie mit Beratung und dass diejenigen, die regelmäßig vermittelte Selbsthypnose- Techniken praktizierten, wahrscheinlicher einen Therapieerfolg erreichten. Weiter wurden signifikant höhere Behandlungsabbrüche bei der Beratungs- Gruppe beobachtet als bei der Hypnose- Gruppe. Die Autoren sehen dies als Bestätigung der Beobachtung, dass Patienten/-innen Hypnose als populäres und wirksames Werkzeug zur Raucherentwöhnung sehen.

3.2.2.2 Ernährung

Die Literatur bzgl. Hypnose und Gewichtsreduktion bei Übergewicht bzw. Adipositas ist zum aktuellen Zeitpunkt (Juli 2013) noch zu gering und, wenn durchgeführt, oft nur mit sehr geringen Fallzahlen und somit fraglicher statistischer Aussagekraft geplant worden, um definitive wissenschaftliche Aussagen treffen zu können, ob Hypnose zu signifikanten Verbesserungen führt.

Die Literatursuche förderte Studien zu Tage, die die Effektivität von Hypnose zur Gewichtsreduktion bestätigten. Zum Beispiel zeigten Johnson und Karkut (99), in einem rein Hypnose- basierenden Programm für übergewichtige Frauen, dass es zu signifikanten Gewichtsreduktionen kommen kann. Ebenso fanden Wadden und Flaxman (100) signifikante Gewichtsreduktion bei einem siebenwöchigen Programm basierend auf Hypnose mit Kontrollen nach sechs und sechzehn Wochen.

Grundtenor der gesichteten Forschung ist jedoch, dass Hypnose besonders bzw. nur in Kombination mit anderen Behandlungsmodalitäten Vorteile bringt und alleine, genauso wie alle anderen Parameter wenn einzeln betrachtet, keine magische Lösung des Problems der Fettleibigkeit darstellt. (101)

Fawzy et al. (102) beschrieben, in ihrer Beurteilung von psychologischen Behandlungsverfahren bei Fettleibigkeit/Adipositas, dass es für Hypnotherapie, Gruppen- und Individualtherapie und Familientherapieansätze nur bedingte Verbesserungen bei alleiniger Anwendung eines Ansatzes. Bei Kombinations- Therapien zeigte sich ein deutlich erhöhter Erfolg. Für Steyer und Ables (103) erwiesen sich in durchgeführten Untersuchungen im komplementärmedizinischen Spektrum nur die Hypnose, Akupunktur und Nahrungsmittel die Diacylglycerine enthalten als effektive Additionen für eine Behandlung von Adipositas.

Ebenfalls wertvolle Information kam von Pittler und Ernst. (104) Diese evaluierten Hypnotherapie als einziges alternativmedizinisches Werkzeug, dass statistisch- signifikante Ergebnisse ohne Nebenwirkungen zeigte. (Im Gegensatz zu, z.B., E. Sinica mit dem Wirkstoff Ephedrin, etc.) Stradling, Roberts et al (105) verglichen in einer randomisierten, kontrollierten, Parallelstudie ein Hypnose- basiertes Gewichtsreduktions- Programm zusätzlich zu diätetischen Beratungen (mit zwei Ansatzpunkten: einmal bzgl. Stressreduktion, einmal bzgl. verminderter Energieaufnahme durch Nahrung) mit einer diätetischen Beratung allein. Am Ende zeigten sich statistisch signifikante Resultate die für die zusätzliche Durchführung der hypnotischen Verfahren sprachen. Jedoch waren die, statistisch signifikanten Ergebnisse, in ihren Vorteilen klinisch nicht signifikant und die Autoren stellen die Frage, ob intensivere Hypnotherapie eventuell klinisch bessere Ergebnisse gebracht hätte.

Allison und Faith (106) fanden in Meta- Analysen von Studien von Kirsch, Montgomery und Sapirstein, die für Hypnose als Zusatz zur Verhaltenstherapie sprechen, jedoch eine

geringere Signifikanz der Ergebnisse und schlossen daraus, dass zusätzlich durchgeführte Hypnose zwar Vorteile bringt, diese aber vielleicht geringer sind als zuerst angenommen.

Über längere Zeiträume scheinen sich Vorteile bei Behandlungen die Hypnotherapie beinhalten zu zeigen. Kirsch (107) zeigte in der letzten von drei Meta- Analysen, dass bei Durchführung von Korrelations- Analysen die Vorteile von Hypnose mit fortschreitender Zeit ebenfalls zunehmen. So wurde kognitive Verhaltenstherapie (KVT) mit Hypnose mit KVT allein verglichen und beide Ansätze zeigten in den Nachbearbeitungsphasen Gewichtsverluste: mit Hypnose im Durchschnitt 5,37kg, KVT allein erreichte im Durchschnitt 2,72kg. Bei der letzten durchgeführten Kontrolle zeigten sich Werte von 6,75kg mit Hypnotherapie und 2,74kg ohne.

Bolocofsky, Spinler und Coulthard- Morris (108) verglichen die langfristigen Verläufe von KCT- Programmen zur Gewichtsreduktion, sowohl mit als auch ohne Hypnotherapie. Nach der Durchführung eines neunwöchigen Programms zeigten beide Ansätze signifikante Gewichtsreduktionen. In Nachuntersuchungen (acht Monate bis zwei Jahre) wurden weitere Reduktionen im deutlichen Ausmaß bei der Gruppe mit Hypnose gefunden werden während es bei der KVT ohne Hypnose zu keiner weiteren Verbesserung kam. Somit scheint, laut dieser Studie, Hypnose im längeren Verlauf zusätzliche Vorteile bei KVT- Programmen zu bringen.

3.2.2.2.1 Diabetes

Hypnose kann für Menschen, die bereits Diabetes mellitus (D.M.) entwickelt haben, eine Unterstützung für bereits etablierte Therapieformen (Ernährungsumstellung, Blutzuckerkontrollen, regelmäßige körperliche Aktivität, etc.) darstellen.

Die Literatursichtung führte ein breites Spektrum an Ergebnissen zutage. Roth (109) erkannte die Tendenz in heutigen D.M.- Patienten/-innen, alternativmedizinische Heilmethoden zu suchen und zu benutzen und deren Potential, mehr Schaden als Nutzen zu bringen. In seiner Beschreibung von diversen Kräutern und deren potentielle Interaktion mit Medikation, Diäten (variiierend in ihrem Gehalt an Eiweiß, Kohlenhydraten und Fett) und anderen Praktiken kam er zu dem Schluss dass Verfahren wie Hypnotherapie, Akupunktur, Biofeedback, etc. zwar noch zu wenig Daten vorweisen könnten, um als valide Therapiezusätze gewertet werden zu können, diese jedoch zumindest keine gefährlichen Nebenwirkungen für Patienten/-innen bringen würden.

Xu und Cardeña (110) betrachteten Diabetes in Hinblick auf psychologische Komponenten und die mögliche Wertigkeit von Hypnose in diesem Bereich. Da, laut den Autoren, auch

signifikante psychologische Komponenten zu dieser Erkrankung beitragen und Hypnose, als psychologisches Verfahren, nachweislich (sonst als autonom definierte) physiologische Veränderungen bewirken kann, argumentieren sie für eine verstärkte Betrachtung der Hypnose für positive Veränderungen im Rahmen von allen Diabetes mellitus Formen. Sie fanden in einer Literatursichtung, dass es vielversprechende Daten gibt, die positive Entwicklungen von stabileren Blutglukose- Werten und verminderten peripheren vaskulären Komplikationen, sowohl bei D.M. Typ I und II, zeigten. Diese Effekte zeigten sich in Kombination von Hypnose mit Insulintherapie.

Ratner, Gross et al (111) fanden in Hinblick auf die Non- Compliance- Rate von durchschnittlich 20% bei Diabetes- Erkrankten an ihrer Klinik eine signifikante Verbesserung derselbigen wenn Hypnose zu einem sonst unveränderten Therapieschema (Insulin, Bewegung, Ernährung) hinzugefügt wurde. Gemessen wurde die Compliance an einer Gruppe von sieben jungen Patienten (11-19 Jahre alt), die zuvor sechs Monate überwacht und als schlecht- compliant eingestuft wurden. Nach sechs Monaten von Beobachtung, inklusive Hypnose zum bereits vorher etablierten Behandlungsverfahren, zeigten sich ein Abfall des durchschnittlichen HbA1C von 13,2% auf 9,7% und des Nüchtern- Blutzuckers von 426 mg/dL auf 149mg/dL. Diese Werte sind, laut Autoren, assoziiert mit guter Compliance.

Hypnose mag bzgl. Gewichtsreduktion noch keine gesicherten Daten geliefert haben, jedoch zeigte Garrow und Egede dass Diabetiker wahrscheinlicher mit alternativen Heilmethoden in Berührung kommen als Nicht- Diabetiker (112), deswegen aber nicht weniger Vertreter bzw. Institutionen der Schulmedizin in Anspruch nehmen. (113) Allein deshalb obliegt es der Medizin, nach Meinung des Verfassers dieser Arbeit, zusätzliche Forschung in diesen Bereichen anzustreben, um wissenschaftlich valide Information an Patienten/-innen weitergeben zu können.

3.2.2.2.3 Bewegung

Arbeiten bzgl. Bewegung(sprogrammen) und Hypnose bei kardiovaskulären Erkrankungen bzw. hinsichtlich Rehabilitation und Prävention sind derzeit nur in sehr geringer Anzahl vorhanden. Zwar wird die Hypnose bereits seit längerer Zeit für Leistungsverbesserungen im Leistungssport eingesetzt, ihr Potential in Bezug auf Rehabilitation und Prävention ist allerdings noch wenig erforscht.

Kavanagh et al (114) verglichen Gruppen im Rahmen einer Rehabilitation nach koronarer Okklusion, wobei eine einem progressiven Sportprogramm unter ärztliche Aufsicht folgte während die andere regelmäßige Unterweisung in Autohypnose und Entspannungstechniken bekam. Es handelte sich bei dieser Studie ausschließlich um Männer unter 65 Jahren, 31 wurden nach initialer Untersuchung aufgenommen, 26 (18 in der Sportgruppe, die auf Grund der Natur der Behandlung mehr Probanden betreuen konnte, 8 in der Hypnose Gruppe; drop-outs waren durchwegs nicht mit kardiologischen Faktoren assoziiert) schlossen die Studie ab. Die Sportgruppe erhielt einmal pro Woche 1-1,5h beaufsichtigtes Training mit leichten Aufwärmübungen, Gehen, Joggen und Laufen. Weitere, privat durchgeführte körperliche Aktivitäten wurden aufgezeichnet und laut der Cooper-Skala klassifiziert und eingerechnet. Die Hypnosegruppe traf sich ebenfalls einmal pro Woche und erhielt, nach individueller Rapport-Herstellung, eine Gruppenunterweisung in Selbsthypnose (Augenfixation, tiefe Atmung, Suggestionen zur Entspannung) und allgemeiner Entspannung. Der Vergleich der beiden Gruppen erfolgte auf Basis von Anwesenheit, Körperfett-Anteil (prozentual), errechnete aerobe Kapazität (engl. „predicted aerobic power“ bzw. „maximum oxygen intake“), Herzminutenvolumen und EKG-Veränderungen.

In der Sportgruppe fanden sich 20% erhöhte aerobe Kapazität, verminderter Ruhepuls und vermutlich eine Erhöhung des Herzminutenvolumens. Für die Hypnosegruppe kam es, laut den Autoren, zu ähnlichen Resultaten. Diese könnten, laut Mutmaßungen der Autoren, durch beruhigende Effekte der Entspannungsaspekte der Hypnose zustande kommen, wodurch es in Summe zu einer höheren Effizienz des kardiovaskulären Systems gekommen ist. Eine weitere Option könnte Anpassung der Stresslevel durch multiple Tests sein, wodurch die initiale Angst und Unruhe durch die Testung an sich am Schluss der Studie wegfiel. Die Aussagekraft der Studie wäre, laut den Autoren, größer, würde es eine dritte, unbehandelte Gruppe geben. Hier gibt es jedoch ethische und organisatorische Schwierigkeiten. In dem hier durchgeführten Aufbau, könne keine signifikante Aussagekraft von Hypnose und kardiovaskulärer Rehabilitation bzw. Leistungsverbesserungen getroffen werden.

4 Jahre später führten Kavanagh et al (115) erneut eine Studie bzgl. Hypnose und kardiovaskulärer Rehabilitation durch. Bei dieser wurde der kombinierte Effekt von regelmäßiger Hypnose und (Ausdauer)Sport auf Rehabilitation nach Myokardinfarkt untersucht. Hierzu wurden 6 Personen, die bereits Erfahrung mit Hypnose und bereits mindestens einen Myokardinfarkt hatten, einem kombinierten Regime von Ausdauer-

basierendem Training und regelmäßiger Hypnose (einmal in 1-2 Wochen; verwendet wurden Augenfixation, tiefe Atemtechniken, Entspannungssuggestionen, Instruktionen zur Autohypnose, Stress- Edukation) ausgesetzt. Nicht nur zeigt es sich, laut den Autoren, als empfehlenswert, Patienten die bereits Hypnotherapie erhalten zusätzlich Sport zu verschreiben, sondern auch dass, hinsichtlich des Verlaufes von anderen post-Myokardinfarkt- Patienten ohne Hypnose und mit Sport, Hypnose und Sport gemeinsam für die Rehabilitation dieses Krankheitsbildes von Vorteil sind. Besonders bei Patienten die zuerst noch nicht fähig oder auch nicht willig sind, an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen, ist die Hypnose, laut den Autoren dieser Studie, als sinnvoll zu betrachten. Weiter fanden Williamson et al (116) in einer Studie bzgl. der Möglichkeit durch Hypnose die individuell- wahrgenommene Anstrengung bei konstanter körperlicher Aktivität zu verändern. Dazu untersuchten die 6 Personen (4 Frauen) mit hoher Suggestibilität an 3 verschiedenen Tagen bei Belastung auf einem Ergometer unter Suggestion einer Bergauf-, Bergab- und Ebenen- Fahrt. Gemessen wurden die Rate der wahrgenommenen Verausgabung (engl. „RPE – rate of perceived exertion“), Herzfrequenz, Blutdruck und regionaler zerebraler Blutfluss und anhand einer Varianz- Analyse analysiert. Die Bergab- Suggestion führte zu signifikanten Abnahmen in Verausgabung (von 13 +/- 2 zu 11 +/- 2 Einheiten; $P < 0.05$) und Blutfluss im linken zerebralen Blutfluss ohne Herzfrequenz oder Blutdruck zu beeinflussen. Bei Bergauf- Suggestionen kam es zu signifikanten Erhöhungen von subjektiver Verausgabung (von 13 +/- 2 zu 14 +/- 1 Einheiten), Herzfrequenz (116/min), durchschnittlicher Blutdruck (+17mmHg). Die Autoren schlossen, dass durch Hypnose die individuelle Rate der der Verausgabung signifikant beeinflusst werden kann und dies könnte möglicherweise Patienten im Rahmen von kardiovaskulären Rehabilitationen helfen. Hierzu sind allerdings noch weitere Studien notwendig.

Zwar ist die Literatursichtung hinsichtlich Hypnose und Bewegung sehr spärlich ausgefallen, die bestehenden Ergebnisse und Studien aus anderen Bereichen, die die möglichen Vorteile von Hypnose und Adhärenz/Compliance untersuchten, stimmen den Autor dieser Arbeit zuversichtlich, dass weitere Forschungen auf diesem Gebiet positive Aspekte zur Unterstützung kardiovaskulärer Therapieverfahren gefunden werden.

So zeigte sich, z.B., bei einer Studie von Forman (117), dass Hypnose bei medikamentöser Compliance bei psychiatrischen Patienten zu einer Verbesserung (der Compliance) führte, aber noch zu wenig Literatur diesbezüglich vorhanden sei.

Traklyali et al (118) zeigten in einer Studie bzgl. Compliance von Patienten beim Tragen von benötigten Schienen im zahnärztlichen und kieferchirurgischen Bereich, dass Hypnose zu signifikanten Verbesserungen der Langzeit- Compliance führte. 30 Patienten (14 weiblich) wurden in eine Behandlungs- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. Beide Gruppen erhielten Motivationen die Schienen wie verordnet zu tragen (die Hypnosegruppe via hypnotischen Suggestionen, die Kontrollgruppe via normaler verbaler Motivation) und die Tragezeiten aufzuzeichnen. Eine Varianz- Analyse wurde zur Bewertung der einzelnen Ablesezeitpunkte (der elektronischen Messungen der Schienen bzgl. Tragedauer) und eine unabhängiger t-Test zum Vergleich der beiden Gruppen verwendet. Bei der Kontrollgruppe kam es in den ersten 6 Monaten zu einem signifikanten Abfall der Compliance ($p < 0,05$) während diese bei der Hypnosegruppe konstant blieb. Die Autoren schlossen daraus dass Hypnose eine effektive Methode zur Verbesserung der Patienten-Compliance in diesem Bereich der Medizin ist.

Carvalho et al (119) zeigten in zwei Experimenten, einmal mit oralen Placebos, einmal mit körperlichen Tätigkeiten (auf der Stelle laufen), dass es einen signifikanten Unterschied zwischen hoch-, mittel- und schlecht- hypnotisierbaren Personen (Suggestibilität) in Bezug auf Ausführung von post- hypnotischen Suggestionen und Compliance gibt. Hier ist noch weitere Forschung notwendig, um optimale Verfahren für verschiedene Patienten/-innen zu finden.

3.2.2.2.4 (psychosozialer) Stress

(Psychosozialer) Stress, wie bereits im allgemeinen Kapitel im kardiologischen Teil dieser Arbeit diskutiert, ist einer der wichtigsten Lebensstil- Parameter für kardiologische Prävention. Durch Aktivierung der Stressachse kommt es, sowohl direkt/unmittelbar als auch auf längere Sicht indirekt, zu potentiell gefährlichen Belastungen für das Herz-Kreislauf- System.

Stress kann natürlich in sehr vielen Formen und deshalb Disziplinen auftreten. In dieser Arbeit bzw. Literatursichtung liegt der Fokus auf Entspannungstechniken generell bzw. der potentiellen Anwendungen von Hypnose im Rahmen von Stress bzw., als nächste Ebene, Hypertonus.

Forscher wie z.B. Schwickert, Langhorst et al (120) postulierten, dass zwischen 60 und 90% aller Patienten- Konsultationen bei Hausärzten wegen Stress- assoziierter

Beschwerden erfolgen und eine bedeutende Anzahl dieser Patienten zum Zeitpunkt der Konsultation bereits einen erhöhten Blutdruck haben. Auf Grund dieser Zahlen und der erwiesenen Effektivität von Entspannungstechniken bei Bluthochdruck, sind die Autoren der Meinung, dass diese (Entspannungstechniken) in einem Behandlungsregime für Hypertension einen fixen Platz einnehmen sollten.

Schon in der Entwicklung von Hypertonie nehmen psychosoziale Stressfaktoren, laut Hermann (121), eine wichtige Rolle ein. Zwar ist, laut dem Autor, Stress nur für 10% der Fälle die Primär- Ätiologie, jedoch können Entspannungstechniken direkt signifikante Blutdrucksenkungen bewirken und sekundär therapeutisch förderliche Lebensstiländerungen fördern.

Entspannungstechniken im Allgemeinen erwiesen sich auch in Studien in der unterstützenden Behandlung von Hypertension bereits als effektiv. So zeigten, z.B., Aivazian, Zaitsev et al (122) dass bei einer Studie mit 117 männliche Patienten im Alter von 20 bis 45 Jahren mit labiler Hypertension signifikant niedrigere systolische und diastolische Blutdruckwerte, verminderter peripherer Widerstand und verringerte hypertensive Antwort auf emotionale Stressoren erreicht werden konnten als bei der Kontrollgruppe. Als Entspannungsverfahren wurden hier autogenes Training, Biofeedback und Atemtechniken verwendet. In weiteren Studien zeigten Aivazian, Zaitsev et al (123), dass diese Ergebnisse in einer Testgruppe von 100 Personen innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von einem Jahr reproduzierbar waren und fanden außerdem eine Korrelation von dem Ausmaß an Blutdrucksenkung mit dem Blutdruckwerten vor der Behandlung, dem Alter der Patienten sowie psychologischen Charakteristika.

Nun ist Hypnose seit langer Zeit eine geschätzte Behandlungsmodalität bei allgemeinen Unruhe bis hin zu Angst und Angststörungen. So zeigte beispielsweise Plaskota, Lucas et al (124), dass Angstzustände bei Palliativpatienten mit Hypnose bereits nach nur zwei Sitzungen sehr gut behandelbar sind. Ebenso zeigt sich Hypnotherapie, laut Golden (125), bei psychiatrisch diagnostizierten Angstsyndromen mindestens ebenso effektiv wie (kognitive) Verhaltenstherapie. Eine ähnlich gute Anwendbarkeit bei Angstsyndromen fanden Smaga, Cheseaux, et al (126) bei Hypnose mit dem Ziel der Entspannung. Ebenso findet Hypnose mehr und mehr Anwendung bei invasiven Verfahren. Snow, Dorfman, et al (127) demonstrierten den Wert dieses Verfahrens bei Knochenmarksbiopsien mit 80 Krebspatienten, bei denen es unter Anwendung von Hypnose zu signifikanten Reduzierungen von Ängsten kam, ohne jedoch den Schmerz der Behandlung zu beeinflussen. Ähnlich gute Ergebnisse fanden Lang, Berbaum, et al (128)

in einer Studie mit 236 Frauen die sich einer Brustbiopsie via Nadel mit großem Lumen („large core needle breast biopsy“) unterziehen mussten. In der Gruppe die Hypnose ausgesetzt wurde kam es zu signifikant reduzierten Angstzuständen sowie gering verringertem Kostenaufwand (39min/152 US- Dollar für Hypnose- Gruppe pro Sitzung gegenüber 46min/161\$ und 43min/16\$ für Vergleichsgruppen) und deshalb empfehlen die Autoren Hypnose als attraktives Mittel für ambulante Patienten sowie Praxen.

Spezifischer für kardiologische invasive Verfahren fanden Asthon, Whitworth, et al (129), dass es zu post- invasiven Verbesserungen bei koronaren Bypass- Operationen mit Hypnose kam. In dieser prospektiven und randomisierten Studie wurden 32 Patienten, dokumentiert von einem Tag prä- OP bis zum Entlassungstermin, in zwei Gruppen eingeteilt: eine mit dem üblichen Standardprocedere, eine zweite mit Unterweisung in Selbsthypnose. Für alle Patienten war es die erste Bypass- OP. Patienten in der Selbsthypnose- Gruppe waren postoperativ signifikant ruhiger und entspannter und benötigten signifikant weniger Schmerzmedikation. Es gab keine Unterschiede in intraoperativen Parametern, Morbidität oder Mortalität. Die Autoren schlussfolgerten dass Hypnose signifikante Verbesserungen für Patienten bringen kann, die sich Bypass- Operationen unterziehen müssen.

Auch auf zellulärer Ebene ist Stress messbar (veränderte Immunfunktion, modifizierter Stoffwechsel, etc.). Untersuchungen bzgl. Stress und Hypnose zeigen, dass es ein Korrelat auf zellulärer Ebene zu den psychischen Effekten der Hypnose gibt. So untersuchten Kiecolt- Glaser, Marucha, et al (130) die Unterschiede einer akuten Stressreaktion bei 33 Human- und Zahnmedizinstudenten. Als Stressereignis wurde eine Prüfung ausgewählt und Blutproben aus einer Periode niedrigen Stresses und drei Tage vor der Prüfung genommen. Zwischen den beiden Proben wurde eine zufällig ausgewählte Hälfte in Entspannungshypnosen unterwiesen. Die Autoren schreiben, dass diese Hypnose- Gruppe, im Gegensatz zur Kontrollgruppe nicht nur keine Abnahme in den Parametern CD3+ und CD4+- T- Lymphozyten sowie Interleukin 1- produzierenden, peripheren Blutleukozyten zeigte, sondern diese, trotz Stressreaktion sogar in ihrer Anzahl stiegen. Deshalb spekulieren die Autoren, dass Hypnose eventuell immunologische Dysregulationen bei akuten Stressreaktionen verhindern könnte.

Ebenso zeigten Wayne, Whitehouse, et al (131) in einer Studie über Training in Selbsthypnose zum Stressmanagement bei Medizinstudenten im ersten Semester, dass erhobene Unterschiede im Entspannungszustand, heißt hier eine höhere Entspannung, mit einer erhöhten Anzahl von NK- Zellen sowie deren erhöhter Cytotoxizität einhergingen.

Die Untersuchung wurde über einen Zeitraum von 19 Wochen an 35 Studenten (14 Männer, 21 Frauen) durchgeführt. Vier Blutproben (à 30ml) wurde in diesem Zeitraum in festgelegten Zeiträumen abgenommen und es wurde, durch medizinische Untersuchungen, festgestellt, dass es bei keiner Probandin/keinem Probanden zu unerlaubten Medikamenteneinnahmen oder Erkrankungen gekommen ist, die die Immunsystemfunktionsparameter beeinflussen könnten.

Gruzelier, Smith und Henderson (132) zeigten, ebenfalls an, 20(8 in der Hypnose Gruppe, 12 in der Kontrollgruppe), Medizinstudenten, dass es bereits nach nur wenigen Sitzungen, davon eine tatsächlich, neun via Bandaufnahme, mit Unterweisungen in Selbsthypnose zu signifikanten Veränderungen in Immunparametern (CD3, CD4, CD 8, CD19 und CD56-NK- Zellen und Blutkortisol- Spiegel) kommen kann. Nach den Sitzungen mit Fokus auf Entspannung, Imagination bzgl. verbesserter Immunfunktion, erhöhter Energie sowie Aufmerksamkeit und Konzentration, konnte eine Pufferung von Stress- assoziierten Abnahmen in Blutwerten bei NK- Zellen ($p < 0,002$), CD8- Zellen ($p < 0,007$) und dem CD8/CD4- Verhältnis ($p < 0,06$), jedoch ein Anstieg des Blutkortisol ($p < 0,05$) bei der Hypnose- Gruppe festgestellt werden. Die Autoren stellen fest, dass diese unaufwändige Maßnahme, die zu solch signifikanten immunologischen Veränderungen führt, einen potentiellen Wert in zukünftigen Präventionsstrategien haben kann.

Ähnliches fanden Naito, Laidlaw, et al (133) in ihrer prospektiven, randomisiert kontrollierten Studie an Studenten, die in eine Kontrollgruppe mit invalidem Biofeedback, eine Johrei- Entspannungs- und eine Selbsthypnosegruppe eingeteilt wurden. Die Ergebnisse wurden durch venöse Blutabnahmen sowie anamnestisch- erhobene Stresslevel sowohl vor dem Hypnose- Training als auch 1-2 Monate später vor der Prüfung, erhoben. Vor Prüfungen wurde eine signifikante Pufferung von Stress bei CD3(-), CD56(+) NK- Zellen (gleichbleibende Level bei Hypnosegruppe; Abnahme bei Probanden ohne Hypnose oder Entspannungstraining) sowie CD3(+)/CD4(+) T- Zellen (gleichbleibend bei Hypnosegruppe, Zunahme bei Kontrollgruppe) sowie eine Zunahme in CD3(+) CD8(+) T- Zell- Level (bei der Hypnosegruppe) gemessen. Die Autoren werten dies als eindeutig positive Effekte von Hypnose auf zelluläre Stresslevel aus.

Direkte Arbeiten bzgl. Hypnose und Hypertonie wurden, z.B., von Gay (134) durchgeführt. Hier wurden 30 Patienten mit mildem, essentiellen Hypertonus zufällig entweder in eine Hypnose- Gruppe (8 individuelle Sitzungen, standardisiert) oder Kontrollgruppe ohne zusätzliche Behandlung eingeteilt. Die Resultate zeigen laut dem Autor der Studie, dass Hypnose sowohl kurz- als auch mittelfristig positive Effekte auf die

Entwicklung des Hypertonus (heißt hier Abnahme der RR- Werte) hat. Allerdings fand er keine Korrelation bzgl. RR- Abnahme und Selbst- Hypnose, Ängsten der Patienten bzw. therapeutischer Resultate.

Deabler et al (135) untersuchten ebenfalls das Potential hypnotischer Verfahren, den Blutdruck zu senken. Einer Kontrollgruppe von Hypertonie- Patienten (6 Personen) ohne Medikation wurde eine Gruppe ohne Medikation mit Entspannungs- und hypnotischen Behandlungen (6 Personen) und eine mit 9 Personen und etablierter Medikation die ebenfalls Entspannungs- und hypnotische Behandlung erhielt, gegenüber gestellt.

In beiden Gruppen mit Entspannungs- und Hypnose- Behandlung konnten signifikant niedrigere Blutdruckwerte erreicht werden, während die Werte in der Kontrollgruppe gleich blieben. Die Autoren beschreiben, wie der Hypertonus durch Entspannungsübungen deutlich verringert werden konnte und während der Hypnose sogar komplett verschwand. Diese Studien setzen, laut Meinung des Verfassers dieser Arbeit, Zeichen, die die möglichen Vorteile einer integrierten hypnotischen Arbeit in das Therapieschema von Hypertonus- Patienten bringen könnte.

Eine weitere interessante Möglichkeit, assoziative Mechanismen der Hypnose auszunutzen, zeigten Nishith, et al (136). Freiwilligen Probanden, eingeteilt in leicht- und schwer- hypnotisierbare, wurde 1mg Alprazolam, eines Benzodiazepins mit mittlerer Wirkdauer, verabreicht. Auf Grund ihrer berichteten Erfahrung wurde eine hypnotische Suggestion entwickelt. Vier Tage später wurden die selben Probanden Hypnose alleine sowie Hypnose plus der entwickelten Alprazolam- Suggestion ausgesetzt. Anhand von Bewertungen mit der POMS- Skala („Profile of Mood States“- Skala) ließ sich feststellen, dass leicht- hypnotisierbare Probanden signifikant höhere Entspannungswerte als schwerer- hypnotisierbare erreichten und dass alle Probanden größere Entspannungs- Zustände bei Hypnose mit spezieller Suggestion erreichten als bei Hypnose allein oder Alprazolam. Dies impliziert für die Autoren potentielle Anwendungen bei Substitution von Beruhigungsmitteln.

In wie weit diese assoziativen Effekte auch mit anderen Medikamentengruppen ausgenutzt werden können bzw. ob in längeren Behandlungsintervallen erneute Medikamentengaben nötig sind, um den Effekt zu erhalten, muss durch weitere Forschungen bestimmt werden.

Für alle hier diskutierten Risikofaktoren konnte durch die Literatursichtung, laut Meinung des Autors dieser Arbeit, gezeigt werden, dass ein Potential für Hypnose besteht, welches

in Zukunft ausgenutzt werden kann. Hierbei muss auf Grund von genauer, wissenschaftlicher Forschung eine Basis geschaffen werden, um dieses Werkzeug der Kommunikation in klinisch- wissenschaftlich- etablierte Behandlungsregime mit maximalen Vorteilen für Patienten/-innen und Behandler/-innen zu integrieren.

3.2.3 Relevante Formen für klinische Interaktionen

Grundsätzlich gibt es hier keine Restriktionen. Da fast jede Sparte des medizinischen Bereichs, von Ärzten über Pflegepersonal, medizinisch- technisches Personal, Therapeuten/-innen jeder Form (Psychotherapie, Physiotherapie, etc.) Kontakt zum Patientengut hat bzw. mit anderen Sparten des medizinischen Spektrums kommunizieren muss, hat, nach Ansicht des Verfassers dieser Arbeit, eine grundlegende Ausbildung im Modell der Sprache eine Relevanz für jeden Teil dieses Personalspektrums.

Deshalb sollen die hier angeführten Beispiele größtenteils ohne spezifischen, hypothetischen Handlungsort auskommen, um zu demonstrieren dass der demonstrierte Prozess auf jeden kontextuellen Inhalt (Praxen, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren, etc.) anwendbar ist.

Weiter ist hier anzumerken, dass es nicht „die Form“ der Hypnose gibt. Nach Ansicht des Verfassers sollte die Hypnose als Multi- Funktions- Werkzeug gesehen werden, das viele Aspekte der zwischenmenschlichen Kommunikation inkludiert. Dadurch kann sich eine in ihr geschulte Person zielstrebig und sicherer in diesem Feld bewegen. Denn „Was sie auch kommunizieren [...] es bedeutet nicht das, was sie damit meinen; vielmehr ergibt sie die Bedeutung dessen, was sie sagen, aus der Reaktion des anderen.“ (89)

In einer Interaktion werden immer verschiedene Elemente der nachfolgenden Formen in unterschiedlichen Anteilen und Abfolgen vorkommen. So kann, nach Herstellung des Rapports, mit einigen Entspannungstechniken im Rahmen der Induktion begonnen werden um anschließend eine therapeutische Veränderung mittels einer Geschichte zu bewirken und diese Veränderung zum Abschluss durch ideomotorisches Signalisieren bestätigt werden. Diese Kombination kann, durch die mehrschichtige Wirkung, zu einem gegenseitig- verstärkenden Effekt führen.

Zum besseren Verständnis und der klareren Darstellung der einzelnen Aspekte werden diese aber hier getrennt behandelt.

3.2.3.1 Rapport

Das Thema Rapport ist an sich kein reines Steckenpferd der Hypnose. Dennoch soll es hier bearbeitet werden da, nach Ansicht des Verfassers, Milton Erickson, der Begründer der modernen Hypnose, mit seiner Utilisationstechnik und Richard Bandler und John Grinder in ihrer genauen Aufarbeitung des Themas Hypnose und Kommunikation, viel dazu beigetragen haben.

Erickson entwickelte mit seiner Utilisationstechnik einen Ansatz, einen „Prozess, durch den wir den Menschen helfen, ihre eigenen Assoziationen, Erinnerungen und Lebenspotentiale für die Erreichung ihrer eigenen therapeutischen Ziele nutzbar zu machen.“ (82)

Genau diese Art mit Klienten zu arbeiten analysierten Bandler und Grinder und entwickelten daraus, im Rahmen des Neuro- Linguistischen Programmierens das nachfolgend- beschriebene Konzept zur Rapporttherstellung.

Dieser Feedbackprozess, die Person gegenüber, dort abzuholen, wo sie gerade ist, ist, meiner Ansicht nach, essentiell für jede Interaktion im medizinischen Bereich und schafft, wenn korrekt angewandt, ein enormes Potential, therapeutisch wichtige Veränderungen für Patienten besser zugänglich zu machen.

Um die Bedeutung einer guten Kommunikation zu verdeutlichen, soll zunächst der Begriff der Adhärenz beschrieben werden.

3.2.3.1.1 Adhärenz

3.2.3.1.1.1 Was ist Adhärenz

Adhärenz ist seit langer Zeit ein Kernbegriff und wiederkehrendes Thema in der gesamten medizinischen Welt. Sie bezeichnet, laut der aktuellen WHO- Definition (141) , das Ausmaß des Verhaltens einer Person, dass mit den Empfehlungen vom zuständigen Gesundheitspersonal (bzgl. Medikamenteneinnahme, Lebensstiländerungen bzw. -anpassungen wie Diätempfehlungen, etc.) übereinstimmt.

Hier wurde ein besonderer Wert auf die Unterscheidung der Adhärenz zum gebräuchlichen Ausdruck der Compliance gelegt. Laut der WHO (141) liegt der wichtigste Unterschied in der Tatsache, dass für eine erfolgreiche Adhärenz die Zustimmung der Patientin/des

Patienten zur erfolgten Therapieempfehlung nötig ist. Somit kann die Adhärenz als Erweiterung der Compliance gesehen werden, in der nicht nur das Befolgen von Anordnungen gewertet wird, sondern auch Prozesse die dazu führen, dass Patienten Anordnungen folgen.

In den Fokus gelang dieses Thema deshalb, weil Studien zeigten, dass in den Industrieländern nur ca. 50% des Patientenguts die Therapieempfehlungen ausführen. (142)

3.2.3.1.1.2 Warum ist Adhärenz wichtig

Adhärenz spielt besonders im kardiovaskulären Erkrankungsspektrum eine besondere Rolle, da die hier relevanten Erkrankungsbilder wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Adipositas, (St. p.) Insult, etc. zum größte Teil chronische sind. (Chronisch heißt hier, nach der Definition des „adherence projects“: „Erkrankungen, mit einer oder mehreren Eigenschaften: permanent, hinterlassen bleibende Behinderung, verursacht durch nicht-reversible pathologische Veränderungen, benötigen spezialisiertes Training des Patienten im Rahmen der Rehabilitation oder benötigen eine längere Periode von Supervision, Beobachtung oder Behandlung.(141))

Schlechte Adhärenz ist der Hauptgrund für einen suboptimalen klinischen Behandlungserfolg in allen medizinischen Bereichen. (143) Dadurch kommt es zu physiologischen und psycho- sozialen Komplikationen, Reduktion der Lebensqualität sowie Verschwendung von Ressourcen des Gesundheitssystems.“ (141)

So wurden z.B. bei der CODE- 2- Studie (Cost of Diabetes in Europe; (144) nur eine 28%ige Rate von guter glykämischer Kontrolle beim begutachteten Patientengut gefunden. Die Tatsache, dass die Behandlung des Diabetes mellitus ein volles Spektrum von Medikamenteneinnahme, selbstständiges Monitoring der Blutzuckerwerte, Ernährungsrichtlinien, regelmäßige Kontrollen des Augen- und Fuß- Status beinhaltet in Zusammenwirkung mit den meistens vorliegende Co- Morbidität, wie Hypertension, Adipositas und Depression, resultiert in deutlich verringerten Adhärenz- Raten. Diese Studie konnte zeigen, dass die Kosten der Behandlung, sobald mikrovaskuläre Komplikationen im Rahmen der Krankheitsprogression auftraten, auf das 2 – 3,5fache anstiegen. Krankenhauskosten, durch Langzeitkomplikationen, wurden mit 30-65% der Gesamtkosten beziffert.

Ebenso zeigte sich bei der Hypertension sehr geringe Anteile der Patienten, bei denen das angestrebte Therapieziel (=Blutdruckzielbereich) erreicht wurde (7% in Großbritannien,

30% in den USA) (94). Ähnlich dem Diabetes kommt es auch bei der Hypertonie, durch langes Verfehlen des therapeutischen Zielbereiches zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für zusätzliche Komplikationen mit erhöhtem finanziellen Aufwand für das Gesundheitssystem und verminderter Lebensqualität und -erwartung für die Patienten.

Für die Effektivität von Modifikationen von Lebensstilfaktoren wie Ernährung, körperliche Aktivität, Nichtrauchen, etc. zeigte sich die Adhärenz als essentieller Faktor. (141, 146)

Auch in den sekundären bis quartären Stufen der Prävention muss Adhärenz als grundlegend angesehen werden, denn ohne Integration der Patientin/des Patienten kann es zu keiner effektiven Therapie kommen. (141)

Außerdem zeigen sich signifikante finanzielle Ersparnisse, sowohl direkt durch gezieltere und effektivere Anwendung von therapeutischen Mitteln, verminderten Aufwand für Akut-Ereignisse oder Rückfälle, als auch indirekte durch verbesserte Lebensqualität und -erwartung. (141)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ohne Adhärenz keine effiziente Therapie stattfinden kann und Versuche, entwickelt durch Fehlschlüsse aus inkorrektem Feedback bei mangelndem Informationsfluss, zu Behandlungen mit Nebenwirkungen und nicht erreichten Therapiezielen führen.

3.2.3.1.1.3 Entstehung und Zusammensetzung der Adhärenz

Adhärenz ist ein multi- dimensionales Konstrukt und setzt sich aus 5 Unterpunkten zusammen (141):

(auf die einzelnen Unterpunkte soll hier nicht genauer eingegangen werden, es werden lediglich einige Faktoren angegeben, die zu einer verminderten Adhärenz führen bzw. diese signifikant beeinflussen, angegeben)

- soziale und ökonomische Faktoren (schlechte sozio- ökonomische Situation bis hin zur Armut, Analphabetismus, niedrige abgeschlossene Ausbildungsstufe, Arbeitslosigkeit, instabile Lebenssituation in Hinblick auf Wohnort, soziale Netze, etc., hohe Medikamentenkosten, kultureller oder anderer Aberglaube bzgl. Krankheitsbildern bzw. Therapie, disfunktionale Familien, etc.)
- Gesundheitssystem- und Behandler- abhängige Faktoren (durch Versicherung abgedeckte Leistungen, Selbstbeitrag, geringe Informationsabgabe, keine bis

- geringe Anzahl an Programmen für Patienten- Selbstständigkeit, keine bis geringe Anzahl an Folgeuntersuchungen (engl. „follow ups“), etc.)
- Krankheits- abhängige Faktoren (Schwere der Symptome, Level der physischen/psychischen/sozialen Behinderung, Progressionsrate, Verfügbarkeit von effektiven Behandlungen)
 - Therapie- abhängige Faktoren (Komplexität der Behandlung/des Behandlungsregimes, Dauer, vorherige Behandlungsfehlschläge, häufige Behandlungswechsel, Unmittelbarkeit der Wirkung, Nebenwirkungen und die Verfügbarkeit von medizinischer Unterstützung um damit umzugehen)
 - Patienten- abhängige Faktoren (persönliche Ressourcen, Wissen, Einstellung, Glaube, Wahrnehmungen, Erwartungen)

Abseits von Hypnose, allgegenwärtig im medizinischen Interaktionsspektrum, speziell für die oben genannten, Patienten- intrinsischen Prozessen, ist Informationsfluss von der Patientin/vom Patientin hin zum medizinischen Personal essentiell. Nur wenn Ärztin/Arzt die Sichtweisen, Motivationen für Behandlung und Bewertung von Nebenwirkungen, etc., von seiner Patientin/seinem Patienten erfahren kann, nur wenn Gründe für therapeutische Entscheidungen, Abläufe, Zwischenziele, mögliche Nebenwirkungen und damit zusammenhängende Vorbereitungen bzw. Coping- Strategien den Patienten vermittelt werden können, nur dann wird eine Adhärenz im optimalen Maße aufgebaut werden können.

Nur wenn Pflegepersonal auf einer Ebene mit Patienten und ärztlichem Personal kommunizieren, zusätzliche Informationen (sowohl von Ärzten als auch Patienten) erheben und so nötige Einsichten zwischen den beiden Enden des Medizinspektrums vermitteln können, nur dann kann die effizienteste Therapie erreicht werden.

Und nur wenn diese Zwischenschritte auf sinnvolle Art und Weise eingesetzt werden können, kann die Zeit dafür im heutigen medizinischen Betriebsalltag gefunden werden. Um diesen Informationsfluss zu entwickeln bzw. zu erhalten können Rapport- fördernde Techniken eingesetzt werden.

3.2.3.1.2 Was ist Rapport

Von Rapport (147) wird gesprochen, wenn sich zwei oder mehrere Menschen „auf einer Wellenlänge“ befinden, also einen besonders guten Kontakt haben.

Dies kann auf ähnlichen Ideen bzgl. Themen wie Medizin, Politik, gleichen Glaubenssystemen, Weltansichten, persönlichen Werten, etc. beruhen.

Bei gegebenem Rapport zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient fällt die ehrliche, auf Vertrauen basierende Kommunikation, die die Voraussetzung für eine möglichst effektive Therapie ist, bedeutend leichter. Vertrauensvolle Kommunikation erleichtert den Fluss von Information und diese Information kann für eine gezielte Diagnose, Therapieauswahl sowie zum Feedback über Erfolg bzw. Misserfolg und notwendigen Modifikationen, benutzt werden. Somit kann ein guter Rapport als Basis für jede optimale Arzt- Patienten-Kommunikation gesehen werden.

(Anzumerken ist, dass natürlich auch bei nicht- idealem Rapport Therapie funktionieren kann; hier soll aber über Optimierung und den potentiellen Wert für eine Verbesserung des bestehenden Systems durch Erkenntnisse aus der Hypnose berichtet werden.)

3.2.3.1.3 Techniken

Um bei dem Bild der selben Wellenlänge zu bleiben, ist es für den Therapeuten wichtig, alle Parameter der Welle des Patienten zu erforschen und anschließend sich selbst dementsprechend zu konfigurieren.

Welche Parameter kann man bei einer Patientin/einem Patienten nun erheben? Wie kann man, wie es oftmals formuliert wird, die Patientin/den Patienten dort abholen wo sie/er ist? Die grundsätzlich Einteilung erfolgt hier in kognitive (geistige Vorgänge, Ideen, „Mappe der Wirklichkeit“, etc.) und körperliche (Körperhaltung, Bewegungen, Intensitäten wie Geschwindigkeit von Bewegungen, Lautstärke von Äußerungen, Rhythmen, etc.) Aspekte der Kommunikation.

Einzigste Grundvoraussetzung für beide Bereiche ist die Sichtbarkeit/Wahrnehmbarkeit für das medizinische Personal. Denn das was außerhalb meiner Wahrnehmung liegt kann ich nicht bewusst erkennen.

Körperliche Aspekte sind fast alle sichtbar, hier ist die Wahrnehmungsfähigkeit lediglich von dem Ausmaß der Schulung und Erfahrung des durchführenden Personals abhängig. Beispielsweise ist es für Anfänger oft schwierig, subtile Veränderungen im Hautkolorit von Patienten zu erkennen, die mit mentalen Prozessen einhergehen. Jedoch ist es von Anfang an ersichtlich, wenn ein Person mir gegenüber seine Körperposition ändert, eine Grimasse zieht, hochrot oder aschfahl im Gesicht wird.

Kognitive Prozesse sind an sich nicht ersichtlich, jedoch kann ihr Ausdruck in Sprache, Veränderung der Körperposition (Körpersprache), etc. erkannt werden. Hier muss so gut wie möglich eine Interpretation des Gesehenen durch die behandelnde Person vermieden werden um ein Verfälschen der Information zu verhindern. Beispielsweise sollte ein Wechsel der Körperposition von Armen an der Seite hin zu verschränkten Armen nicht automatisch als „Verschließen“ gedeutet werden. Joe Navarro beschreibt in „What every body is saying“, dass jede plötzliche Veränderung in Bewegung/Position eine Gehirnaktivität reflektiert. (148) Jedoch kann niemals eine Generalisierung (z.B. verschränkte Arme bedeuten immer Verschließen) als gültig angesehen werden. Im besten Fall nur als wahrscheinlich.

Im nächsten Teil soll über, für den klinischen Bereich der Rapport- Etablierung relevante, Teile der Wirklichkeitsstrukturierung auf verbaler und non- verbaler Ebene gesprochen werden.

Als hilfreiches Konzept kann sich erweisen, Rapport (oder in weiterer Hinsicht auch Hypnose bzw. Kommunikation) als Feedback zu sehen. (140) Denn egal ob Verbal oder Non- Verbal, es wird „gespiegelt“, sprich Information aufgenommen, verwertet und zurückgesendet.

3.2.3.1.3.1 Verbal

3.2.3.1.3.1.1 Meta- Modell der Sprache

Kognitive Prozesse drücken sich in der Sprache und ihrer Parameter aus.

Basierend auf Beobachtungen und Analyse von Koryphäen wie Virginia Satir, Milton Erickson, Fritz Pearls, etc. sowie Forschungsergebnissen der Transformationsgrammatik, eines „Modells der Beschreibung des dynamischen Prozesses der Sprachproduktion und Sprachrezeption, die Fähigkeit des idealen Sprechers/Hörers, grammatikalische Ausdrücke zu erzeugen und zu verstehen“ (149), entwickelten Bandler und Grinder ihr Meta- Modell der Sprache. (77, 78) Dieses kann sowohl als grundlegende Aufarbeitung wie Wirklichkeit entsteht als auch wie diese sich im Weltbild und in Sprache ausdrückt, als auch als Therapieansatz im Bereich der Psychotherapie, verstanden werden.

In den Bänden „Struktur der Magie“ I und II wird erläutert, wie beginnend bei der reinen Sinneserfahrung eine Interpretation (basierend auf bisher Gelerntem, vermittelten oder

entwickelten Ideen, Glaubenssystemen, etc.) und Modifikation (Generalisierung, Verzerrung, Deletion) auf kognitiver Ebene stattfindet und diese Interpretation zu einem Bild der Welt, einer Mappe, einem Modell, geformt wird. Dies impliziert, dass wir uns täglich anhand einer Mappe, eines Modells orientieren, die zwar das bestmögliche Abbild der Wirklichkeit darstellt, aber nicht die Wirklichkeit ist. (77) Weiter könne aus dieser Differenz von Wirklichkeit und (modifiziertem) Abbild der Wirklichkeit Einschränkungen, Konflikte, etc. entstehen, welche zu individuellem Leidensdruck führen können. Sprache stellt ein Modell des Modells (=Meta- Modell) der Wirklichkeit dar, um Erfahrungen und Parameter des Modells kommunizieren zu können. (77) Durch Analyse der Sprache einer Patientin/eines Patienten kann deshalb nicht nur das Weltbild derselben/desselben erforscht werden, sondern auch Beschränkungen anhand des beschränkenden Mechanismus in Frage gestellt werden.

Als Beispiel kann hier eine hypothetische Patientenaussage wie „Ich mag körperliche Aktivität allgemein nicht.“ angeführt werden.

(B)ehandelnde Person: „Ein wichtiger Teil ihrer Therapie/in ihrer Behandlungsprävention wäre körperliche Bewegung. In ihrer Anamnese haben sie jedoch angegeben, dass Sie fast keine Bewegung in ihrem Leben ausüben. Darf ich fragen warum?“

(P)atient/Patientin: „Ich mag körperliche Aktivität allgemein nicht.“

In dieser Aussage wurde die Antipathie für körperliche Aktivität generalisiert, das heißt von einer oder mehreren Erfahrungen/Erlebnissen wurde auf sämtliche existierende Aktivitäten geschlossen. Dies ist bei genauerer Überlegung ausgesprochen unlogisch, da es eine riesige Anzahl von verschiedenen Aktivitäten gibt und jeden Tag neue Variationen erfunden/erforscht werden.

Das heißt, hier wurde der Mechanismus der Generalisierung ineffizient (heißt hier einschränkend) gebraucht.

Für ein Kind ist es eine nützliche Generalisierung wenn es lernt, dass heiße Herdplatten nicht anzugreifen sind, weil man dadurch verletzt wird. Es ist jedoch keine nützliche Generalisierung wenn es lernt, dass alle Herdplatten bzw. weiterführend alle Öfen, unabhängig vom aktuellen Zustand, gefährlich sind.

Für dieses Beispiel hier wurde ebenso eine ineffiziente Generalisierung getroffen.

Sobald diese von der behandelnden Person erkannt wurde, kann sie herausgefordert werden.

B: „Gibt es wirklich keine körperliche Aktivität die ihnen gefällt? Haben sie noch nie ihren Körper bewegt und dabei Spaß gehabt?“

Hier wird versucht, die Generalisierung zu relativieren, indem zumindest ein Beispiel gesucht wird. Dadurch könnte der Status des Absoluten, dass jede körperliche Aktivität uninteressant ist, aufgelöst werden und neue Prozesse der Bewertung aktiviert werden.

P: „Nein, nicht wirklich.“

Hier kann die Patientin/der Patient selber keine Ausnahme im Modell der Wirklichkeit finden, die die Generalisierung auflösen könnte.

B: „Also bis jetzt hat jede Person, die ich gefragt habe, Bewegungen beim Geschlechtsverkehr genossen.“

Nachdem von der Patientin/dem Patienten keine Ausnahme zur Generalisierung gefunden werden konnte, muss diese von der behandelnden Person bereitgestellt werden bzw. der normale Bezugsrahmen herausgefordert werden.

Hier wird als Beispiel der Geschlechtsverkehr angeführt. Nicht nur ist es ein valides Beispiel (der Großteil der Menschen denen man begegnet werden diese Art der körperlichen Aktivität als angenehm einstufen), es ist oftmals auch ein mit einem gewissen Ausmaß von Scham besetzt und wird deshalb vielleicht nicht in einer offenen Konversation mit therapeutischen Personal erwartet. Dieser unerwartete Inhalt (im generellen bei multiplen Ebenen von Bedeutung wie sie bei Witzen, Metaphern, Wortspielen, etc. auftreten) kann laut Erickson und Rossi „Prozesse auslösen, die zur Entstehung neuer Sinneszusammenhängen und Bewusstseinsdimensionen führen.“ (81) Diese Einsicht wurde im Meta- Modell von Bandler und Grinder weiter erforscht und durch die Transformationsgrammatik als Herausforderung von, z.B., Generalisierungen, klassifiziert.

Für den weiteren Verlauf wird man hier vermutlich die Zustimmung der Patientin/des Patienten erhalten und hat so die Generalisierung „aufgelöst“ (da es jetzt mindestens

eine Ausnahme gibt, ist es keine allgemein, generell, gültige Aussage mehr). Hier kann fortgefahren werden, indem weitere Ausnahmen entwickelt werden oder die Patientin/der Patient befragt wird, inwiefern diese Erkenntnis (es gibt eine Ausnahme zur Generalisierung) die Einstellung zum Präventionsfaktor Bewegung/Sport verändert. Die resultierenden Antworten können dann wiederum mit dem Meta- Modell analysiert und Generalisierungen, Verzerrungen und Deletionen herausgefordert werden.

Ebenso können Beispiele für Verzerrung und Deletion angegeben bzw. in dem Buch „Struktur der Magie“ nachgelesen werden. In ihrer tiefgreifenden Analyse und Anwendungsmöglichkeit lässt sich die gesamte Mappe der Wirklichkeit eines Patienten und schlussendlich auch Wahrnehmungsvorgänge analysieren, um so den Erfahrungsschatz zu bereichern und das Leben von Patientinnen/Patienten von quälenden Restriktionen zu befreien. Dies ist jedoch zu einem guten Teil in den Bereich der Psychotherapie einzuteilen und soll hier nicht behandelt werden.

3.2.3.1.3.1.2 Wahrnehmungssysteme

Menschen strukturieren ihr Erleben und nachfolgend ihr Modell der Wirklichkeit anhand der zur Verfügung stehenden Sinnessysteme: visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch. Olfaktorische und gustatorische Repräsentationen sind äußerst selten bzw. spezialisiert auf bestimmte Situationen oder Zusammenhänge. Der Großteil der Repräsentation wird in den ersten drei Sinnessystemen stattfinden. (150)
Sprache, als Kommunikationsmittel dieses Modells, wird ebenfalls die passenden sensorischen Beschreibungen verwenden, um Information zu vermitteln. Deshalb bietet es sich für eine therapeutische Person an, die selben sensorischen Beschreibungen für die gleichen Inhalte der Kommunikation, so genannte Prozesswörter, zu benutzen. Durch dieses Feedback, unabhängig vom Inhalt, wird auf die Patientin/den Patienten eingegangen und Rapport, die selbe Wellenlänge, ermöglicht. (150)

Ein hypothetisches Beispiel könnte folgendermaßen aussehen:

B: „Was führt sie heute zu mir?“

P: „Ich weiß ich sollte meine Ernährung ändern, meiner Gesundheit zu liebe, aber ich sehe einfach keine Möglichkeit, wie ich es umsetzen kann.“

B: „Ich verstehe, sie fühlen sich unfähig, etwas zu ändern.“

Hier wurde das Problem von der Patientin/dem Patienten mit „sehe“ als visuelle Erfahrung klassifiziert. Die behandelnde Person spricht jedoch über die selbe Situation auf einer kinästhetischen Ebene.

P: „Nun ja, nicht genau. Ich habe schon so oft Hinweise und Empfehlungen bekommen, was ich tun soll um gesünder zu leben, aber mir ist einfach nicht ersichtlich, wie ich dahin kommen kann.“

B: „Sie fühlen also dass Hindernisse in ihrem Weg sind, die sie nicht umgehen können.“

P: „Ich denke schon dass ich diese Hindernisse von denen sie sprechen umgehen kann, aber wenn ich meine Situation betrachte, fehlt mir die definitive Richtung.“

B: „Also egal wie sehr sie auch auf ihr Gefühl hören, sie können keinen passenden Weg finden.“

In diesem plakativen, hypothetischen Beispiel wurde demonstriert, wie eine simple Unterscheidung in der Repräsentation (visuell vs. kinästhetisch) einer Erfahrung zu einer deutlichen Lücke im gegenseitigen Verständnis zwischen Patienten und behandelndem Personal führen kann.

In vielen solcher Fälle kann von beiden Seiten deutlich wahrgenommen werden, dass der gegenseitige Rapport nicht stimmig ist, dass sich beide nicht auf der selben Wellenlänge befinden. Fast genauso oft kann nicht festgestellt werden, woran es genau liegt, da die Missverständnisse in der Kommunikation größtenteils viel subtiler ablaufen als in diesem Beispiel.

Durch Schulung der Grundlagen der Struktur der Sprache könnte eine solide Grundlage von Kommunikation geschaffen werden, auf die mit einer weiteren Therapie aufgebaut werden kann.

B: „Was führt sie heute zu mir?“

P: „Ich weiß ich sollte meine Ernährung ändern, meiner Gesundheit zu liebe, aber ich sehe einfach keine Möglichkeit, wie ich es umsetzen kann.“

B: „Ich verstehe, es ist für sie nicht ersichtlich, wie sie diese notwendigen Änderungen umsetzen können.“

P: „Ja. Weil jedes Mal wenn ich mich für einen Weg entscheide bekomme ich ein ungutes Gefühl und verliere den Halt, obwohl ich versuche es weiter umzusetzen.“

B: „Wir müssen also herausfinden, wie sie, wenn sie einen Weg wählen, diesen dann in den Griff bekommen. Können sie sich vorstellen [...]“

Hier wurde exemplarisch beschrieben, wie auf die Prozesswörter der Patientin/des Patienten eingegangen wurde. Nicht nur führte dies zu einem besseren gegenseitigen Verständnis, es wurde auch ein Wechsel der Repräsentationssysteme im Laufe der Problemkette sichtbar. Die Patientin/der Patient begann die „Problemkette“ mit einem visuellen Statement, wechselte im Verlauf auf ein kinästhetisches. Im vorherigen Bsp. war der behandelnden Person der Zugang, auf Grund der ersten, nicht deckungsgleichen Repräsentation, verwehrt.

3.2.3.1.3.1.3 Aktives Zuhören

Eine weitere Möglichkeit, Rapport herzustellen, stammt von Carl Rogers und wird oft „aktives Zuhören“ oder „Paraphrasieren“ (151) genannt: hierbei wird der Patientin/dem Patienten zugehört und anschließend mit Phrasen wie „Was sie mir sagen wollen ist...“, „Wenn ich sie richtig verstanden habe...“, „Lassen sie mich sehen ob ich das jetzt richtig verstanden habe, sie meinten...“ eine persönliche Summation wiedergegeben, die aber nicht nur den Wortlaut und Inhalt an sich (sachlicher Inhalt) umfassen muss, sondern auch Interpretationen hinsichtlich Emotionen, Bedürfnisse, etc. inkludieren kann.

Ein Beispiel wäre „Sich gesund und genug zu bewegen kann schon recht schwer sein.“. Dies ist eine allgemeine Aussage über deren Wahrheitsgehalt diskutiert werden kann. Viel interessanter ist für eine Therapeutin/einen Therapeuten jedoch, in wie weit dies impliziert, dass bereits Erfahrungen, gescheiterte oder erfolgreiche Versuche seitens der Patientin/des Patienten vorhanden sind. Durch Paraphrasieren kann beispielsweise eine Herausforderung der Sichtweise gestartet werden, indem nach bisherigen Erfahrungen, Erfolgen und Misserfolgen, Strategien, etc. gefragt und so die Suche nach Generalisierungen, Verzerrungen und Deletionen gestartet wird.

Vielleicht handelt es sich auch nur um einen Versuch des Gehört- Werdens seitens der behandelten Person, die unfähig ist, die therapeutische Anordnung, Bewegung zu betreiben, zufriedenstellend umzusetzen und deshalb fachliche Hilfe sucht.

3.2.3.1.3.1.4 Kontrollierter Dialog

Alexa Mohl beschreibt in „Der große Zauberlehrling“ (151) den kontrollierten Dialog als ein verbales Werkzeug, indem der Person gegenüber inhaltlich genau zurückgegeben wird, was diese gesagt hat. Dadurch soll der Person gegenüber signalisiert werden, dass die Mitteilung gehört und ernst genommen wurde.

Die hier angeschnittenen Themen sind nur ein Auszug aus den bestehenden Möglichkeiten und diese Arbeit erhebt keinen Anspruch an Vollständigkeit.

3.2.3.1.3.2 Non- Verbal

Wie bereits weiter oben erwähnt umfasst der Non- Verbale Bereich alle Information in der Kommunikation die nicht auf Sprache basiert: Körperhaltung, Bewegungen, Intensitäten wie Geschwindigkeit von Bewegungen und Lautstärke von Äußerungen, Rhythmen von Atmung, Lidschlag, Herzschlag (Karotiden, Temporalarterien, etc.), etc..

Die meisten dieser Punkte sind in der normalen Kommunikation nicht bewusst aber allgegenwärtig. Durch Training der bewussten Wahrnehmung und anschließender Anpassung kann man, „auf die selbe Wellenlänge“ wie sein Gegenüber kommen.

Beispiele hierfür ist das Spiegeln der Körperposition. Wenn eine Patientin/ein Patient im Sessel zurück- gelehnt sitzt, mit Beinen übereinandergeschlagen, kann die Therapeutin/der Therapeut ebenfalls eine ähnliche Position einnehmen. Diese Spiegelposition kann auch bei Veränderung durch die Person gegenüber erhalten werden, indem man sich erneut anpasst. Wichtig ist bei solch offensichtlichem Spiegeln, dass nicht der Eindruck eines Nachäffens entsteht bzw. tatsächlich ohne Diskrimination Verhalten kopiert wird. Dies würde zu sehr als Angriff auf die persönliche Integrität gewertet werden. (152) Um dies zu vermeiden kann, z.B., eine ähnliche aber nicht identische Körperposition eingenommen werden (ebenfalls übereinandergeschlagene Beine, jedoch in einem anderen Ausmaß, Kontaktpunkt der Beine ist anders, etc.) oder etwas zeitversetzt gearbeitet und erst nach einigen verstrichenen Augenblicken wieder gespiegelt werden.

Subtilere Möglichkeiten Rhythmen in Gleichklang zu bringen sind z.B. Atmungs- oder Lidschlagrhythmen zu spiegeln. Dies kann mit dem selben System erfolgen (z.B. jedes Mal wenn die Person gegenüber blinzelt, tue ich das auch; oder ich atme mit der selben Frequenz) oder aber, um noch subtiler zu arbeiten, mit einem anderen Teil des selben

Systems (z.B. jedes Mal wenn die Person mir gegenüber einen Atemzug ausführt, tippe ich mit meinem linken Zeigefinger/Fuß/etc.). Dennoch wird hier noch immer eine kinästhetische Bewegung mit einer anderen gespiegelt.

Beim so- genannten „crossspacing“ oder überkreuzten pacing spiegelt man mit einem unterschiedlichen Sinneskanal. Z.B. kann der Atemrhythmus (kinästhetisch) durch den Sprechrhythmus (auditiv) gespiegelt werden, indem. z.B., nur in der Ausatemphase gesprochen wird. (150)

Die Grundelemente für das Spiegeln/Aufbauen eines Feedbacks sind in allen Ebenen gleich: Positionen bzw. Veränderungen von Positionen (zur Darstellung als Prozess und nicht als Fixpunkte) sowie auftretende Tätigkeiten, Rhythmen, etc. können im selben System bzw. subtiler in anderen Systemen gespiegelt bzw. dargestellt werden.

3.2.3.1.3.3 Weiterführende Aspekte der Rapportbildung

Von den grundlegenden Voraussetzungen bzw. Ansatzpunkten zur Rapportbildung soll hier nun weitergegangen werden zu Beispielen wie dies strukturiert angewandt werden kann.

3.2.3.1.3.3.1 Pacing und leading

Pacing und leading, das als „gleiche Rhythmen aufbauen und leiten/führen“ oder „spiegeln und führen“ (152) übersetzt werden kann, ist eine natürliche Fortführung aus dem Herstellen des Rapports.

Ausgangsbasis ist die bereits beschriebene Herstellung des Rapports, hier synonym mit „pacing“. Das „leading“ entspricht der gezielten Modifikation eines Parameters wie Körperhaltung, Atmung, Lidschlagrhythmus, etc. um die selbe Modifikation im Gegenüber durch dessen unbewusste Anpassung zu erreichen. Diese Modifikation soll das Erreichen des nächsten Zieles in der Interaktion erleichtern.

Wenn nun Fachpersonal (Therapeuten, Ärzte, Pflegepersonal, etc.) und Patienten im Rapport sind (heißt hier, eines oder mehrere Parameter des Ausdrucks bzw. der interpersonellen Kommunikation wie Atmung, Körperhaltung, wurden angeglichen und

werden nun, wenn eine Person etwas verändert, von der anderen Person mitgemacht), kann die Fachperson Versuche starten, Aspekte ihres Verhaltens zu verändern.

Beispielsweise kann, bei der Induktion einer Trance die Atemfrequenz vorsichtig verringert werden, um eine ruhigere, tiefere Atmung, wie sie bei Entspannungszuständen üblich ist, zu erreichen. Genauso kann der Lidschlag verändert werden, indem die Schließphase länger andauert und das Lid länger geschlossen bleibt. Dies impliziert einen ermüdeten Zustand indem es schwer fällt, die Augen geöffnet zu halten.

Ergebnisse zeigte, dass künstliche, motorisch- produzierte Zustände wie das so- genannte Duchenne- Lächeln, etc. ähnliche physiologischen und emotionale Reaktionen produzierten, wie bei spontanen Situationen, in denen Lachen/Lächeln Produkt eines emotionalen Zustandes ist. (153)

Diese Erkenntnis führte die Möglichkeit, gewünschte Zustände über die Reproduktion ihrer Ergebnisse (z.B. Produktion von Freude über die Induktion eine Lächelns), in den pacing und leading- Prozess ein. Sobald Rapport hergestellt wurde, kann der Therapeut Veränderungen vorgeben, die die Patientin/der Patient mitmacht, um einen gewünschten, therapeutisch- wertvollen, Zustand zu erreichen.

3.2.3.1.3.3.2 Yes- Setting

Das so- genannte Yes- oder Ja- Setting wird hier überblicksmäßig beschrieben, da es sich implizit aus dem Feedback- Prozess des Rapports ergibt und im therapeutischen Setting gezielt und sinnvoll eingesetzt werden kann.

Milton Erickson entdeckte in seiner Prozess- orientierten Arbeitsweise (138), dass eine Reihe von Fragen, unabhängig von ihrem Inhalt, die mit „Nein“ beantwortet wurden, etwaigen Widerstand (gegen die therapeutische Arbeit) effektiv entluden bzw., wenn der Inhalt (der Fragen) komplett von dem Therapie- Setting unterschieden war, diesen dorthin (und somit weg von der Therapie) verschoben.

Wurden mehrere Fragen hintereinander gestellt, die ein „Ja“ zur Antwort erzeugten, zeigte sich die Tendenz zum Aufbau eines „Ja“- Assoziationsnetzes, das weitere Antworten mit „Ja“ begünstigte bzw. positive Assoziationen zum besprochenen Thema (beispielsweise Entspannung, Konzentration, Arbeitspotential, etc.) kreierte. Laut Stefan F.M. Dittrich „wird sein (des Patienten) Unbewusstes sich daran gewöhnt haben, uns recht zu geben. Es hat gelernt, dass wir die Wahrheit sagen und dass das, was wir sagen, stimmt. Somit nimmt es dann auch in Trance bereitwillig an, entspannt zu sein, nicht mehr rauchen zu wollen, oder Flugangst ablegen zu können. Es wird allmählich auch solche Aussagen von uns

akzeptieren, die momentan nicht überprüfbar sind und sein Möglichstes tun, um diese in die Tat umzusetzen.“ (154)

Zusammenfassend ist es wahrscheinlicher, dass spätere Antworten mit „Ja“ beantwortet werden und ein „Yes/Ja“- Setting wurde geschaffen.

Dieses Prinzip kann gemeinsam mit den Prinzipien der Rapport- Bildung ausgezeichnet in der Patienten- Interaktion verwendet werden. Stefan F.M. Dittrich beschreibt in seinem Buch „Die 10 Gebote der Hypnose“ (154) Fragen, mit denen ein Ja- Setting geschaffen werden kann: „Haben sie gut her gefunden? Möchten sie sich setzen? Darf ich ihnen ein Glas Wasser anbieten? Würden sie gerne mehr darüber erfahren? Wäre es nicht schön wenn ihr Problem bereits gelöst wäre? Sitzen sie bequem?“, etc..

Diese, sowie beliebig viele weitere, in der normalen Interaktion durchaus üblichen Kommunikationsmuster, können von Ärzten, therapeutischem und pflegerisch- tätigem Personal benutzt werden, um vorteilhafte Bedingungen für Therapieempfehlungen zu schaffen. Beispielsweise könnte ein Ja- Setting die Basis für die Annahme von Lebensstil- Modifikationen schaffen, indem es sorgfältig aufgebaut wird, bevor Änderungen vorgeschlagen werden.

Verbunden mit sensiblen, kleinen aber progressiven Änderungen, z.B. hinsichtlich Ernährung, etc., kann es möglicherweise zu deutlich verbesserter Adhärenz kommen.

Ein Beispiel für eine Patientin/einen Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren und inadäquater Ernährung könnte folgendermaßen aussehen:

B(ehandler): Sie sind also heute hergekommen um über Ernährung und Gesundheit zu sprechen?“

P(atient/-in): „Ja, genau.“

B: „Ok. Nun, der erste Schritt ist also getan, sie haben mich ja gefunden, stimmts’ ?“

Im Rahmen der Interaktion wird mit simplen Fragen begonnen, ein Yes- Set zu etablieren. Dies geschieht mit Fragen über allgemein gültige und ersichtliche Tatsachen.

Die Frage nach dem ersten Schritt wird ohne genauen Bezugsrahmen gestellt. Vermutlich ist damit gemeint dass der erste Schritt des darüber Sprechens getan wurde. Jedoch kann inhaltlich nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der zu

Grunde liegende Prozess, das Problem, weshalb darüber gesprochen werden muss, gemeint ist, da dem Ausdruck „der erste Schritt“ der eindeutige, inhaltliche Bezugsrahmen fehlt.

Durch das Ja wird nicht nur das Yes- Set gestützt, es wird auch eine Suche nach weiteren Möglichkeiten gestartet, auf die sich „der erste Schritt“ beziehen könnte. Dies kann in weiterer Folge das Entwickeln von neuen Möglichkeiten fördern. (siehe auch transderivationale Suche in Punkten „Einstreutechnik“ oder „Metaphern“)

P: „Das ist richtig. Es war ja auch nicht schwer.“

B: „Das ist es nie wenn man einen Weg kennt. Bitte, machen sie es sich bequem. Sagen sie mir Bescheid, wenn ich ihnen ein Glas Wasser anbieten kann oder sie möchten dass wir das Fenster schließen?“

P: „Ja, ok. Aber momentan passt es so ganz gut, danke.“

B: „Also können wir eigentlich zur Sache kommen, was denken sie?“

P: „Gerne, ja.“

B: „Sie wissen ja bereits, dass die Ernährung ein wichtiges Element in ihrem Gesundungsprozess darstellt, ja?“

P: „Ja, das weiß ich. Aber das ist für mich gar nicht umsetzbar.“

B: „Sie haben also schon versucht, ihre Ernährung umzustellen?“

In weiterer Folge wurden weitere, sich auf Allgemeinplätze (aus der Kommunikation ersichtlich) beziehend, Fragen gestellt um das Yes- Set zu stärken. Diese können jedoch auch dazu dienen, mehr Informationen über die Versuche, Probleme und eventuell vorhandene Lösungsstrategien herauszufinden.

P: „Ja, aber wissen sie, die ganze Zeit selber kochen, Gemüse schälen, dorthin fahren zum einkaufen damit es „Bio“ ist, alles separat zubereiten mit Fleisch und Fisch und Beilagen usw., das war mir ehrlich gesagt zu aufwändig, das hab ich nicht geschafft.“

B: „Also die komplette Umstellung war ihnen zu aufwändig?“

P: „Ja. Da bin ich hinten und vorne nicht mehr zusammengekommen.“

Mit der Formulierung „komplette Umstellung“ und der folgenden Zustimmung wurde eine subtile Basis für teilweise Umstellungen in Zukunft und deren Erfolg gelegt.

B: „Ich verstehe. Es wäre schön, wenn das einfacher ginge, oder?“

P: „Ja!“

B: „Gut. Wollen sie einen leichteren Weg wissen?“

P: „Ähm, ja. Wenn sie einen wissen.“

B: „Das mit dem ungesunden Essen wegnehmen und gesundem hinzugeben hat also nicht funktioniert, richtig?“

P: „Wie gesagt, ja.“

B: „Gut, dann können sie normal weiter essen, geben aber zu jeder Mahlzeit etwas Gesundes hinzu. Möchten sie, dass ich das etwas weiter erkläre?“

P: „Ja, bitte.“

B: „Wenn sie z.B. wieder statt etwas Gesundem nur eine Pizza kaufen, geben sie extra Gemüse drauf. Beim nächsten Mal das extra Gemüse und einen kleinen Salat dazu. Zum Frühstück, wenn es nur Kaffee und müde Augen gibt, essen sie einen Apfel dazu. Kurzum, essen sie weiter wie bisher, ungesund, aber zu jeder Mahlzeit gibt es etwas Gesundes extra dazu. Verstehen sie das so, wie ich es erklärt habe?“

Für viele Menschen kann es schwierig sein, etwas vorhandenes, materiell oder ideell, aufzugeben. Veränderung generiert Stress und Stress bedingt oftmals ein Zurückfallen auf bekannte Muster.

Somit kann, z.B., versucht werden, im ersten Schritt nicht etwas ungesundes wegzunehmen sondern etwas Gesundes hinzuzugeben. Sollte dies erfolgreich sein, kann später erneut versucht werden, Ungesundes durch Gesundes zu ersetzen. Bei Ausbleiben von Erfolg, muss eine neue Strategie entwickelt werden.

P: „Ja, ich denke schon.“

In diesem Beispiel wurde bewusst immer das „Ja“ ausgeschrieben, oftmals kann dies auch nur impliziert sein, wenn man, z.B. fragt „Möchten sie dass ich das weiter erkläre“ und die Person gegenüber nur mit „Bitte.“ antwortet. Das „Ja“, ist hier als Grundeinstellung, als Annahme von gemachten Aussagen, impliziert und ein eventueller Erfolg des Ansatzes ist nicht von der Verbalisierung der beiden Buchstaben an sich abhängig.

3.2.3.1.3.3.3 „5-4-3-2-1- Methode“

Abschließend für das Kapitel über Rapport, soll hier noch die 5-4-3-2-1- Methode beschrieben werden, die einen eleganten Übergang vom Modus des Biofeedbacks zur Herstellung der selben Wellenlänge hin zur Induktion einer Trance darstellt.

„Milton Erickson hat die Trance oft als einen Zustand erhöhter Aufmerksamkeit beschrieben.“ (140) und um die Patientin/den Patienten dorthin zu führen, stellten Bandler und Grinder in „Therapie in Trance“ (140) diese Methode vor: bei jedem Durchgang werden 5 Aussagen von der Therapeutin/de Therapeuten getroffen. Im ersten Durchgang vier die sich auf etwas durch die Sinne wahrgenommenes beziehen (und deshalb überprüfbar sind und ein Yes- pacing erzeugen), anschließend eine die ein angestrebtes inneres Erleben (Entspannung, Ruhe, Zufriedenheit, etc.) anspricht und mit den ersten vier durch ein Übergangswort wie „und“, „während“, etc. verbunden ist. Dieses „kausale Gestalten“ ermöglicht das Verbinden von überprüfbaren Aussagen (im Rahmen eines Ja-Pacings) mit (therapeutisch) angestrebten Zuständen. Diese sehr subtile Art der Suggestion, etwas offensichtlich wahrhaftiges ist mit etwas verknüpft („X und Y“, „während/wenn X, dann Y“, etc.) oder bedingt es sogar („X bewirkt dass Y“, „X macht möglich dass Y“, etc.), ist trotz ihrer Potenz sehr selten detektierbar.

Im zweiten Durchgang werden drei Sinneswahrnehmungen und zwei innere Erlebnisse angeboten, im dritten Durchgang zwei Sinneswahrnehmungen und drei innere Erlebnisse usw..

Dadurch kommt, laut Bandler und Grinder (140), zu einer schrittweisen Konzentrierung der Aufmerksamkeit nach Innen und am Ende „entwickelt sich mit aller Wahrscheinlichkeit schon eine ziemlich gute Trance.“

3.2.3.2 Entspannungstrance

Wie bereits, im kardiologischen Punkt „(psychosozialer) Stress“, beschrieben, ist die Behandlung von, akuten oder chronischen, Stress- Reaktionen bzw. Reaktionsmustern, als potentes Werkzeug im Rahmen der Risiko- Reduktion im kardiovaskulären Erkrankungsbereich zu betrachten.

In diesem Kapitel sollen mehrere Aspekte und Anwendungsmöglichkeiten einer Entspannungstrance besprochen werden:

- Basis: eine Entspannungstrance kann als Basis- Induktion für alle weiteren therapeutischen Trance bzw. Grundlagen- aufbauende, erste Tranceerfahrung für weitere Sitzungen verwendet werden.
- Therapieansatz/therapeutisches Werkzeug: die Entspannungstrance an sich kann als Fähigkeit für Risikopatienten gesehen werden, Stresslevel selbstständig zu behandeln bzw. zu regulieren.
- Ankern: durch die Technik des Ankern, kann dieses Werkzeug für Patienten/-innen potentiell jederzeit und zielgerichtet abrufbereit gemacht werden.

3.2.3.2.1 Basis für Trance

Eine Entspannungs- Trance kann jeder induzierte, veränderte Bewusstseinszustand (Trance) sein, der mit dem Ziel, körperliche und geistige Entspannung zu assoziieren, geschaffen wurde.

Abseits vom alltäglichen Auftreten, von schockierenden und überraschenden Erlebnissen sowie anderen Mechanismen die bereits im Kapitel über Induktion besprochen wurden (86, 155), kann die Trance- Entwicklung im therapeutischen Setting oftmals als Kontinuum von Entspannung hin zur Trance gesehen werden, mit dem Zustand der Entspannung als Basis für effizientes Lernen und Reflexion von bereits gelerntem. (155) Deshalb bietet es sich an, Hypnose- Sitzungen, unabhängig von Inhalten oder weiteren Techniken, mit Entspannungstechniken zu beginnen.

Da viele Menschen nicht auf Kommando entspannen können, bietet es sich an, diesen Zustand via modifizierbarer Parameter zu erreichen die z.B. sein können:

- Atmung: ruhige und tiefe Atemzüge mit Betonung auf der Ausatmen. (165)

- Muskeltonus: hier gilt es einen möglichst niedrigen Spannungszustand zu erreichen. Dies kann über gezieltes Entspannen mit oder ohne vorheriger Anspannungsphase, wie bei der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson (1956), erfolgen.
- Körperposition: dies kann als Erweiterung des Muskeltonus gesehen werden. Hierbei wird die Patientin/der Patient gebeten, sich in eine möglichst entspannte Körperhaltung zu begeben. Es sollte jedoch eine sein, die nicht mit Schlaf assoziiert ist (wie z.B. flach liegend, etc.).
- Imagination: Vorstellung von entspannenden Szenerien/Szenarien, Erinnerungen an als besonders angenehm- bewertete Erlebnisse, etc..

3.2.3.2.2 Therapieform – Safe place

3.2.3.2.2.1 Definition

Der „Safe Place“ ist ein therapeutisches Konzept, ein „erinnerter oder sogar imaginärer Ort, wo sich der Patient sicher, geborgen, geliebt, auch kompetent und stark vorkommt, wo er beschwerdefrei ist und von wo er geschützt seine Probleme betrachten kann.“ (1957) Kombiniert mit Entspannungs- Techniken bzw. Suggestionen und Imagination kann dieser benutzt werden, um ein selbstständig- nutzbares und adaptives Werkzeug zur Stressreduktion zu schaffen.

Kernelement des Aufbaus ist, wie bereits besprochen, die assoziative Natur des System 1 oder Unbewussten.

3.2.3.2.2.2 Allgemeines Formulieren

Das „allgemeine Formulieren“ ist ein Begriff, den der Verfasser zum ersten Mal in dem Speziellen Studien- Moduls 22 „Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich“ durch Univ.- Prof. Dr. med. univ. Robert Gasser, PhD und Ass. Prof. Dr. med. univ. Helmut Brussee an der Medizinischen Universität Graz gelehrt bekam. Dieser beschreibt ein Sprachmuster, basierend auf Arbeiten von Erickson, Bandler & Grinder, das unspezifische Inhalte verwendet, Worte ohne klaren Referenzindex, um eine maximale, individuelle Assoziation zu ermöglichen.

So kann für jeden Menschen eine andere Szenerie entspannend wirken. Manche genießen es am Strand zu liegen, andere verbringen liebend gerne Freizeit mit Wandern im Wald. Umgekehrt muss es sich jedoch nicht so verhalten. Wenn jedoch nun einer Patientin/einem Patienten aufgetragen wird sich zu entspannen und sich einen Wald vorzustellen, kann dies unter Umständen nicht funktionieren. Es kann sogar zu unerwünschten Reaktionen im Sinne von Angst, Panik, etc. kommen, wenn diese Person eine gewisse Szenerie mit etwas traumatischen, verstörenden oder auch nur nicht-entspannendem assoziiert. Z.B. wenn ein Kind bei einem Wanderausflug im Wald von einem wilden Tier erschreckt wird, kann es zu einer Assoziation von Angst, Schrecken, Panik, etc. mit Wald (und dem Tier, und den Gerüchen, etc.; kurz allen Sinneseindrücken des Erlebens in der jeweiligen Situation) kommen. All diese Emotionen, oder auch nur Unfähigkeit sich zu entspannen, können schließlich bei der Imagination einer Waldszenerie wieder entstehen und den Entspannungsprozess behindern.

Im allgemeinen Formulieren werden nur Ausdrücke ohne genauen Referenzindex verwendet wie z.B. „stellen sie sich einen Ort vor, an dem sie sich wirklich wunderbar entspannen können“. Es wird nur angegeben, welche Vorstellung man gerne von der Patientin/dem Patienten hätte, ohne diese genauer zu spezifizieren. Dadurch obliegt es alleine ihr/ihm, jene Ideen, Konstruktionen und Erinnerungen im Assoziationsnetz zu aktivieren, die tatsächlich passend sind. Dies soll eine maximale Möglichkeit schaffen, das passende Szenario selbstständig zu entwickeln.

3.2.3.2.2.3 Ankern

„Ankern“ ist ein Begriff aus dem Neuro- Linguistischen Programmieren nach Bandler und Grinder (150) Er beschreibt eine Technik, die die Grundeigenschaft unseres assoziativen Denkens nutzt.

Das Zustande- Kommen von Assoziationen wurde hier im Eingangskapitel zur Hypnose bereits besprochen. Bandler und Grinder realisierten, dass für jede Situation eine komplette Abbildung sämtlicher Sinneskanäle (genauer: ihres momentanen Inhaltes an aufgenommener Sinnesinformation) und kognitiven Vorgänge vorhanden ist und, theoretisch, jeder Einzelteil alle anderen, assoziierten (weil zeitlich, örtlich und somit inhaltlich nahe beieinander aufgetretenen), Teile (neuronal) aktivieren kann.

Um bei dem Beispiel aus dem Punkt „Allgemeines Formulieren“ zu bleiben: das Kind, das im Wald von einem wilden Tier erschreckt wurde, hat von dieser Erfahrung, auf unbewusster Ebene, eine komplette Repräsentation. Diese umfasst sämtliche Daten der

(optischen, auditiven, kinästhetischen, olfaktorischen und gustatorischen) Sinneskanäle sowie kognitive und emotionale Inhalte. Nicht nur sind diese Inhalte einzeln mit der Erfahrung verknüpft, die Aktivierung eines einzelnen kann zur Re- Aktivierung aller anderen bis zu einem gewissen Grad führen. (siehe auch „Stimulus-Stimulus-Konditionierung (150)).

Beispielsweise kann das Rauschen von Wind in Zweigen oder Blättern, der Geruch von Moos, eine berührte Oberfläche wie Rinde, Stein, eine Pflanze, der Schatten den ein Baum wirft, etc. einem Teil der gemachten Erfahrung ähnlich sein und sie dadurch erneut aktivieren.

Ein weiteres Beispiel aus dem therapeutischen Kontext wird in „Neue Wege der Kurzzeittherapie“ gegeben, wenn eine Patientin/ein Patient sagt „Es geht mir so schlecht weil XY“ und die Ärztin/Schwester/Therapeutin/etc. antwortet „Mhm.“. Allein diese undefinierte, auditive Äußerung fungiert als Anker, da sie mit der Äußerung (und entsprechenden emotionalen Aktivierung in der Patientin/dem Patienten) in Verbindung gebracht wurde, da sie zeitlich und örtlich nahe beieinander auftraten. (150)

Sobald dieser Mechanismus erkannt wurde, wurde auch der Schluss erkannt, dass bewusst Anker seitens der Therapeutin/des Therapeuten eine Möglichkeit war, bestimmte Prozesse, geistige und emotionale Zustände leichter verfügbar zu machen. Denn „ihr könnt nicht nicht ankern. Die Frage ist nur, ob ihr es so macht, dass es nützlich ist oder nicht.“ (150)

Beispiele für Ankern (durch die Therapeutin/den Therapeuten/med. Personal) sind Berührungen (an Schulter, Handgelenk, etc.; dies ist immer vorher mit Patienten/-innen abzuklären), auditive Signale (von „mhm“, „ich verstehe“ und jeder möglichen verbalen Äußerung bis hin zu Tönen/Geräuschen wie Pfeifen, Zungen-schnalzen, etc.), verbal-induzierten, kognitiven Bildern, etc..

In „Neue Wege der Kurzzeittherapie“ (150) demonstrieren die Autoren das Ankern von verschiedenen emotional- kognitiven Zuständen mittels Berührung der Schulter. Zuerst wird ein Problem, ohne es zu benennen (Prozessarbeit ohne benötigten Inhalt), gewählt und alles damit assoziierte (Gedanken, Emotionen, Sinneswahrnehmungen) aktiviert indem die Erfahrung sowie daraus entstandene Situationen noch einmal durchlebt werden. Dieser Zustand wird dann durch den Therapeuten mit einer spezifischen Berührung geankert. (Das heißt hier im Moment des Durchleben wird ein zusätzlicher Sinnesreiz, die Berührung

hinzugefügt, der dadurch die Fähigkeit besitzt, das gesamte Konstrukt des Erlebens bis zu einem gewissen Grad zu aktivieren, wenn nicht andere stärkere Assoziationen, ein anderer Anker, abgerufen werden)

Anschließend wird die Patientin gebeten Ressourcen (hier Fähigkeiten, Erlebnisse, Gedanken, Emotionen, etc.) zu finden, die ihr die damalige, auslösende/erstmalige Situation akzeptierbar gemacht hätten. („Jetzt möchte ich, dass du darüber nachdenkst, welche Ressourcen du damals in der betreffenden Situation gebraucht hättest, um anders zu reagieren, um so zu reagieren, dass du den Ausgang der Situation besser hättest akzeptieren können. [...] Was ich unter Ressourcen verstehe, ist mehr Zuversicht, mehr Selbstsicherheit, mehr Vertrauen, mehr Fürsorglichkeit, jede internale Ressource.“ (150)) Dieses Erleben, wenn entwickelt und imaginiert, wird anschließend durch eine Berührung der anderen Schulter geankert.

Dann wird noch einmal die erste, auslösende Situation durchlebt, dabei jedoch der zweite, positiv- bewertete, Ressourcen- reiche Anker ausgelöst. Dadurch kommt es zu einer Veränderung einer Situation in der „persönlichen Geschichte“ der Klientin, zu einer Erweiterung der Wahlmöglichkeiten ihres Reaktionsspektrums (bekannte Ressourcen werden mit bereits erlebten Situationen verknüpft) und dies führt, laut Bandler und Grinder, zur Umdeutung, einem Reframing, der persönlichen Lebensgeschichte zu einer weiten Quelle an Ressourcen. (150)

Anschluss in diesem Beispiel bildet ein so- genanntes „future pacing“ oder „Überbrücken“ (150, 158). Dabei wird eine, im Alltag vorkommende, Situation ausgewählt in der das alte, als negativ- bewertete Problem/Verhalten auftritt. Hier werden auslösende Faktoren (z.B. bei dem erschreckten Kind im Wald Geruch, Wind im auditiven Bereich, ähnliche Bilder, etc.) erarbeitet und anschließend, mit simultaner Aktivierung des neuen Ressourcen- reichen Ankers, erneut durchlebt. Dadurch soll sichergestellt werden, „dass das Ergebnis eurer Arbeit in die reale Welt mitgenommen wird.“ (150) (Wenn das „future pacing“ nicht durchgeführt wird fehlt der Anker für eine reale, außerhalb der Therapie stattfindende Situation und die neuen, entwickelten Ressourcen würden nur mit dem Therapie-/Gesprächs- Setting verbunden bleiben.)

Dieser Ansatz birgt großes Potential für den Bereich der Stress- Behandlung im kardiovaskulären Erkrankungsspektrum. Um den eben beschriebenen Prozess direkt zu implementieren, kann, z.B. entsprechend geschultes Personal, Patienten Stress- auslösende Situationen imaginieren/kognitiv- emotional Aktivieren lassen, anschließend benötigte

Ressourcen entwickeln und diese ankern um sie anschließend in bestehende Situationen zu inkorporieren. Die könnte potentiell zu einer Verminderung von Stress- generierendem Verhalten führen und somit das Gesamtrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse senken.

Eine weitere Möglichkeit (und auf Grund der fehlenden Arbeit mit als negativ- assoziierte Situationen als sicherere Option im klinischen Alltag wie z.B. Krankenhaus, Allgemeinmedizinerpraxis, etc. zu sehen) besteht im Ankern von Entspannungszuständen für Stresssituationen (hier findet keine Veränderung der „persönlichen Geschichte“ statt, sondern die Kreation eines Tools zur individuellen Anwendung je nach Bedarf durch Patienten.), was im folgenden fiktiven Beispiel demonstriert werden soll.

3.2.3.2.2.4 Beispiel

Hier folgt ein hypothetisches Beispiel eines kardiovaskulären Risikopatienten mit expliziten Stress- Kontroll- Problemen bzw. entsprechend hohem, allgemeinen Risikoprofil.

Es soll das Konzept des „safe place“ angewendet werden und dieser über ein Ankern besser verfügbar gemacht werden.

B(ehandler(-in)): „Sie sind ja jetzt bei mir, damit wir uns über Möglichkeiten unterhalten, wie sie ihre Reaktionen auf Stress verändern können.“

P(atient): „Ja, stimmt. Das ist immer ein bisschen ein Problem bei mir.“

B: „Erzählen sie mir ruhig noch ein bisschen mehr.“

P: „Für mich ist es einfach sehr schwierig, mit Stress umzugehen. Ich weiß nicht warum. Wenn in der Arbeit ein Projekt bis zu einem gewissen Tag fertig sein muss, macht mir das einfach furchtbar Stress. Ich kann dann nicht mehr so gut schlafen...“

B: „Ist das dann jeden Tag so? Dass sie nicht gut schlafen können, meine ich.“

P: „Nein, nicht jeden Tag...“

Hier wird früh in der Interaktion eine Generalisierung in der verbalen Modellbildung des Klienten entdeckt. Diese kann durch ein offensichtlich harmloses, Interessenbetontes Nachfragen herausgefordert werden und wird vom Patienten auch gut angenommen bzw. aufgelöst.

B: „Wirklich?“

P: „Ja, es gibt schon mal einen oder zwei Tage wo ich wieder gut schlafen, aber die meiste Zeit fühle ich mich gestresst. Oder auch so, in der Freizeit. Aus allem Möglichen mache ich mir einen Stress. Einfach nur wenn ich vielleicht mal zwei oder drei Dinge an einem Samstag zu erledigen habe, macht mir das schon Stress. Dann denke ich nur daran ob sich das noch ausgeht, ob ich vielleicht etwas anders machen soll weil ja dies und das falsch laufen könnte. Oder wenn etwas mit der Familie ist... Ich weiß dass das immer eigentlich nur Kleinigkeiten sind aber dann liege ich wieder zwei Stunden am Abend im Bett und kann nicht einschlafen und mache mir dann schon wieder Sorgen weil ich am nächsten Tag nicht ausgeschlafen sein werde.“

Hier könnte über eine Rekapitulation (siehe aktives Zuhören, kontrollierter Dialog) ein Yes-Set aufgebaut bzw. weitere Informationen bzgl. der genauen Stressmechanismen eingeholt werden.

Darauf soll in diesem Beispiel nur hingewiesen werden.

B: „Nun, ich möchte ihnen heute, jetzt genauer, so manches zeigen, dass ihnen wirklich gut helfen kann, zu entspannen.“

Was ihnen dabei wirklich helfen kann, ist etwas das sie bereits sehr gut kennen. Wenn sie mit Verwandten, Freunden, Bekannten oder auch ihnen sonst fremde Menschen reden, erinnern sie sich anschließend oft nicht mehr an jedes einzelne Wort, das ihnen gesagt worden ist. Man weiß vieles noch, vor allem das was wichtig ist, was man sich wirklich merken sollte, ja? Und genauso möchte ich, dass sie sich, bewusst und unbewusst, all das mitnehmen, daran erinnern, was ihnen gut tut, was für sie wirklich funktioniert. Alles andere, den ganzen Müll können sie hier lassen. Soweit gut für sie?

P: „Ja, das ist o.k.“

Hier wird im Gesprächsverlauf über ein Beispiel, genauer einen Gemeinplatz (siehe auch Punkt 3.2.3.3.2.) berichtet. Diese Erfahrung, die so gut wie jeder Mensch mit einem gewissen Alter, bereits mindestens einmal gemacht hat, schafft eine positive Einstellung gegenüber der anschließend folgenden post-hypnotischen Suggestion. Diese wird von Erickson und Rossi (81) folgendermaßen definiert: „Im weitesten Sinne können wir von post-hypnotischen Suggestionen immer dann sprechen, wenn wir in einem Augenblick der Aufgeschlossenheit eine Idee vorbringen die später im Verhalten

umgesetzt wird. “ Durch die Verbindung mit einem normalen Prozess den der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit bereits mehrmals erlebt hat, kann man eine Grundlage für ein potentiell nützliches Verhalten (vergessen was besser vergessen wird) schaffen.

Ob diese Suggestion tatsächlich umgesetzt wird kann nicht mit Bestimmtheit vorhergesagt werden. Es kann lediglich eine Grundlage, eine Wahlmöglichkeit im Verhalten (nach Bandler und Grinder), kreierte werden.

B: „Gut. Ich werde eine Entspannungs- Übung mit ihnen machen. Mir ist wichtig, dass sie wissen, wenn sie sich bewegen möchten, ihre Körperposition ändern wollen, tun sie das. Genauso wie es o.k. ist, wenn sie einfach still sitzen. Sie können, je nachdem was ihnen lieber ist, jetzt die Augen schließen oder noch offen halten. [Patient schließt die Augen hier, in diesem Beispiel, gleich]

Meines Erachtens und meiner Erfahrung nach ist es essentiell, Patienten(-inne)/Klienten(-innen) mitzuteilen, dass Körperhaltungsadjustierungen, alle Positionen an sich (so lange sie nicht, wie z.B. mit Schlaf assoziierte Positionen, die hypnotische Arbeit beeinträchtigen) in Ordnung sind und nicht als unkooperatives Verhalten angesehen werden. Zu oft wird dies nicht explizit erwähnt und Menschen können nicht voll im Tranceprozess mitarbeiten, weil sie sich re- adjustieren möchten, sich dies aber nicht trauen aus Angst den Prozess zu stören.

Gut. Fangen sie bitte an, sich auf ihren Atem zu konzentrieren. Beobachten sie, während ich spreche, wie sie ein- und ausatmen. Wie sich dabei ihr Brustkorb hebt und senkt. [kurze Sprech- Pause, wird in Folge nur mit Pause abgekürzt] Das Atmen ist etwas sehr angenehmes und es ist etwas das wir immer tun. Den ganzen Tag, in jeder Situation, auch in solch einer Entspannungs- Situation atmet man. [Pause] Und man atmet auch [Pause] wenn man nicht daran denkt. Und man atmet auch [Pause] wenn man dran denkt. Und etwas wirklich Schönes ist, dass man wenn man will etwas tiefer [langgezogen ausgesprochen; synchron mit Ausatemphase des Patienten] ein- und ausatmen [beide Begriffe Atem- synchron] kann. Man kann wirklich selbst bestimmen ob man etwas langsamer oder etwas schneller atmen möchte. Und wussten sie [Pause] dass sie natürlich wissen [Pause], dass ihr Körper auch weiß, dass wenn sie tief [langgezogen] und langsam [langgezogen] atmen, sie entspannt sind. Denn das ist ihr Körper, ihr Geist, das sind sie seit langer Zeit gewohnt.

Die Konzentration auf die Atmung bietet mehrere Vorteile. Es ist etwas universelles, jede Mensch atmet, die Atmung ist bei allen Menschen mit der physiologischen und folglich auch kognitiven Gesamtsituation verbunden. Deshalb kann man diesen Vorgang bei jeder Person nutzen. Konzentration auf die Atmung kann sofort einen Fokus auf innere Erlebnisse erzeugen (Atembewegungen als kinästhetische Erfahrung) oder zuerst von außen (z.B. „Hören sie sich atmen?“, „Betrachten sie wie sich ihr Brustkorb, ihre Bauchdecke beim Atmen hebt und senkt.“) nach innen geführt werden. Es bietet eine praktische Gelegenheit die Patientin/den Patienten zu spiegeln, während man weiter sprachliche Inhalte vermitteln kann. Das Sprechtempo eignet sich hierfür besonders gut. Dieses „crossspacing“ soll außerdem helfen, dass Patienten schneller in einen Trancezustand gehen können. (159)

Über Atmung, durch die generelle Natur der Tätigkeit, können nahezu endlos viele Gemeinplätze, allgemein- gültige Aussagen, getroffen werden. Gemeinsam mit der Technik des kausalen Gestaltens (siehe 5-4-3-2-1- Methode) können diese genutzt werden um nützliche Suggestionen am Anfang des Trancezustandes zu geben. Die Pausen in den Sätzen dienen hier dem Aufbau einer Erwartungshaltung die eine unbewusste Suche einleiten kann bzw., wenn die Fortführung eine Überraschung für den Klienten darstellt, ebenso neue Assoziationen begünstigen kann. (siehe „Suggestion“)

Dieses eine Sprichwort, dass jede lange Reise mit einem Schritt beginnt kennen viele Menschen. Und deshalb möchte ich dass sie auch jetzt [kurze Pause] diesen ersten Schritt tun und sich einen Weg vorstellen. Sie können, wenn sie möchten, diesen Weg sehen, ihre Bewegung darauf hören, fühlen wie sie weiter kommen, all das sind Sinneserfahrungen die jeder von uns haben kann. [Pause] Manche Menschen finden sich auf einem Waldweg, andere in den Bergen, andere führt ihr Weg über Straßen. Manche Menschen genießen den Weg an sich zu betrachten, für andere sind es die sprichwörtlichen Blumen am Wegrand. Und jeder Weg ist wirklich ganz unterschiedlich lang. Manche sind so kurz, es reicht ein Schritt. Aber es gibt verschiedenste Mengen von Schritte für Wege. Für manche braucht man zwei oder drei. In Gruppen von vier Menschen brauchen die meisten sechs oder sieben. Manche gehen auf ihrem neunten Weg genau elf Schritte und kommen ebenso an wie jene die vierzehn oder siebzehn gehen. Und manchmal kommt es auch vor, dass der achtzehnte genau zwanzig Schritte gehen muss um an ein Ziel zu kommen.

Neben einem Sprichwort und Allgemeinplätzen bzgl. Wegen sowie Beschreibungen von möglichen Szenarien findet sich hier noch ein eingebettetes Zählen von eins bis zwanzig. Solches Vorgehen wurde von Milton Erickson in den „complete works“ (160) demonstriert und kann als Teil der Einstreutechnik gesehen werden. Hier wird ein impliziertes Zählen als Teil des veränderten Bewusstseinszustandes assoziiert. Für eine Therapeutin/einen Therapeuten kann dies, speziell wenn (eventuell) spätere Trancezustände nötig sein werden, ein gutes Mittel darstellen, um diese veränderten Bewusstseinszustände in Patienten zu ankern. Es wurde eingestreut dass auf dem Weg in einen veränderten Bewusstseinszustand von ein bis zwanzig gezählt wurde und dieser Zusammenhang stellt somit einen Anker dar. (siehe auch „Ankern“)

Der Grund, warum hier ein Bild von einem Weg aufgebaut wird, ist dass dies eine leichte(/leicht merkbare) Variante einer Tranceinduktion darstellt. Eines der Ziele in diesem hypothetischen Fallbeispiel ist, dem Patienten ein Werkzeug in die Hand zu geben, um eine eigenständige Stressprävention durchzuführen. Deshalb ist es hier nicht angebracht, eine besonders indirekte oder unscheinbare Induktion durchzuführen, sondern etwas, für den Patienten, eindeutig als Zustands- induzierend Erkennbares.

Und Wege verlaufen und können einen Anfang und ein Ziel haben. Deshalb möchte ich dass sie sich nun einen Ort vorstellen. [Pause] Es kann einer sein, den sie kennen oder [Pause] ein Ort, den sie noch nie gesehen, gespürt oder gehört haben.

Stellen sie sich einen solchen Ort vor, der eine ganz besondere [Pause] Ausstrahlung hat. Manche Menschen, erinnern sich an einen schönen Strandurlaub, [Pause], an einen Spaziergang im Wald, [Pause] an eine Wanderung auf einen Berg. [Pause] Andere basteln ihren ganz speziellen, eigenen Ort, nur für sich, bauen ein Haus, ein Zelt, eine große oder kleine Burg. Für andere kann es nur eine Hängematte sein. Aber für jeden Menschen ist es ein ganz besonderer Ort mit jener einzigartigen Ausstrahlung.

Manchmal weiß man sofort, welcher Ort dieser eine ist. [Pause] Manchmal ist das nicht gleich so und dann ist es wirklich gut einfach [Pause] zu warten. Denn während man ein- und ausatmet, ein- und ausatmet, tief [langgezogen] ein- und ausatmet [alle drei Atem-synchron] und sich immer tiefer entspannen kann, können sich wirklich gute Ideen entwickeln. [längere Pause]

Hier wird der Patient gebeten, seinen „safe place“ zu wählen. Impliziert wird im Angeboten, entweder einen komplett neuen Ort zu erschaffen oder etwas zu nutzen, dass er bereits kennt. Dies ist ein Beispiel des „allgemeinen Formulieren“.

Und wenn man diesen Ort gefunden hat kann man ihn wirklich schön und in seinem eigenen Tempo erforschen. [Pause] Manchmal stellen sich Menschen, wie sie und ich, vor, sie erforschen jeden Winkel dieses Ortes, spüren dabei vielleicht sogar, [Pause] wie der Boden sich anfühlt. Andere brauchen nicht zu gehen, sie werden von ihrem Fokus getragen, wo er ist, kommen auch sie hin. Und beide Arten lassen sie wirklich alles erleben, die Art und Weise, wie die Farben an diesem Ort zusammenspielen können, wie Formen einander leicht umspielen oder sogar fehlen können. Wie Töne und Geräusche, ja sogar deren [Pause] Fehlen wirklich besonders und typisch sein können und jene Kulisse formen, in der besondere Momente stattfinden dürfen. Menschen, wie sie, können an jenem Ort [Pause] auch jene Empfindungen genießen, die Hände liefern, vielleicht unterschiedlich wenn sie [Pause] offen oder geschlossen sind.

Hier stellt sich für die behandelnde Person die Frage, wie man ein Ort beschreibt, von dem man nicht weiß, wie er aussieht. Wie drückt man sich aus damit es ein Wald, ein Berg, eine Stadt, ein Zimmer, ein Strand, am Wasser, im Wasser, wirklich alles Mögliche sein kann.

Die allgemeinsten Aussage bzgl. eine unbekanntes Ortes sind, dass man eine visuelle Wahrnehmung (auch wenn sie schwarz in der Dunkelheit, also bei Abwesenheit von bzw. Formen und Farben bei Licht), dass man vielleicht etwas hören kann, etwas spüren.

Hier ist allerdings auch jedes Detail von Wichtigkeit. Beispielsweise wäre es nicht angebracht zu sagen „So kann man all dies spüren, was die Hände berühren können.“, denn für manchen mag dieser gewählte Ort unter Wasser sein oder vielleicht ein Fallschirmsprung, wo es wirklich nichts zu berühren geben kann. Solche Ungereimtheiten soll das korrekt- durchgeführte, allgemeine Formulieren helfen zu vermeiden. Denn durch diese Inkongruenzen kann das absorbiert- werden in die Vorstellung der Patientin/des Patienten gestört werden.

Möglichkeitsformen wie „spüren vielleicht sogar“ eignen sich sehr gut für dieses allgemeine Formulieren, da sie jederzeit von Patienten/-innen mit „nein“ beantwortet werden können ohne den Eindruck zu erwecken, eine Suggestion habe nicht gegriffen.

Eingebettet in eine Abfolge solcher allgemeinen Beschreibungen können Suggestionen wie hier z.B. „jene Kulisse formen, in der besondere Momente stattfinden.“, eingebettet werden.

Aber sogar an diesen Orten finden Menschen wie sie und ich noch etwas, dass sich abhebt. Manche haben mir berichtet dass es eine Quelle gab, an der sie, immer wenn sie diesen Ort besuchten, saßen. Andere beschrieben mir in großem Detail einen besonderen [Pause] Baum oder einen wunderschönen [Pause] Stein oder nur einen Ort, der sich anders [Pause] anfühlen kann.

Egal was sie beschrieben haben, für alle waren es jene Momente der entwickelten Ruhe, Geborgenheit, der schwingenden Gelassenheit die sie von der Präsenz dieser Orte ausgehen spürten. Jemand berichtete mir, dass diese sich ausbreitende Ruhe und angenehme Stille sichtbar war, für jemand anderen war es spürbar, wie eine wärmende Decke in einer kühlen Nacht oder eine kühlende Brise in der wärmenden Mittagssonne. Auf all diese verschiedenen Arten und noch einige mehr war es wahrnehmbar, diese Quelle. Auch wenn es jede Person wirklich anders wahrnehmen konnte, war es doch für alle diese wunderbare Erfahrung, die sie vielleicht jetzt auch schon machen. [Pause] Und für diese Erfahrung, für einen eine energiereiche Ruhe, für andere stille Energie, kann man sich wirklich die Zeit nehmen, die man braucht. Manchmal kann dies nur ein Augenblick sein, [Pause] wenn eine Idee vorüberzieht, ein Bild, ein Ton, eine Empfindung, wie es an diesem Ort hier ist und wie sich diese zunehmende, angenehme Wahrnehmung [Pause] von dort hierher ausbreiten kann, wo man gerade ist.[Pause] Manchmal kann man sich auch wirklich ein bisschen mehr Zeit nehmen und länger dort sein, um einfach zu genießen wie Ruhe, Entspannung, angenehme Konzentration für manche einen umgeben und einwirken können. [längere Pause]

Der gesamte obere Textteil benutzt als Grundlage das indirektes assoziative Fokussieren, um einen freien Assoziationsprozess ohne Entstehung von Widerstand zu ermöglichen, indem keine einzige direkte Suggestion wie „sehen sie jetzt etwas besonderes“ oder „diese Platz lässt sie ruhig werden“ an den Patienten gerichtet wird. Es wird nur davon gesprochen, wie Menschen, wie die Therapeutin/der Therapeut und der Patient, dies und jenes erlebt haben. Dadurch wird gesagt, auch der Patient darf hier bei dieser Entspannungsübung solche Erfahrungen haben.

Durch allgemeines Formulieren und Beispiele für einige Suggestionen erfolgt das selbe Angebot für Imagination bzw. Erinnerung an das Unbewusste/System 1 des Patienten.

Hier, in dieser Reihe von Suggestionen, wurde auf der langen Reihen von allgemeingültigen Aussagen davor aufgebaut. Dieses Ja- Setting erleichtert potentiell die Aufnahme und Umsetzung der hier gegebenen Suggestionen.

Und wenn die Zeit gekommen ist, wie es jetzt sein kann, kann man den selben Weg zurückgehen, in dem genau richtigen Tempo. Mit dem Wissen, dass man etwas wirklich Schönes gefunden hat zu dem man dann, wenn es wirklich gut ist, jederzeit zurückkehren kann. Und die Zeit die man benötigt um zurückzugehen könnte man betrachten, wie Sandkörner in einer Sanduhr, wie die letzten zwanzig langsam fließen, zu neunzehn[kurze Pause nach jeder Zahl mit jedem numerischen Schritt etwas kürzer wird], achtzehn, fünfzehn, vierzehn, elf, acht, sechs, drei, zwei, eins und bis man schließlich wieder ganz im Hier und Jetzt sein kann und alles das mitgenommen hat, was einem gut tut.

Für die Beendigung der Entspannungs- Trance wird der selbe Weg vorgeschlagen, nur in umgekehrter Richtung.

Das Tempo mit dem der Patient seine Trance beendet wird hier ihm selbst überlassen, indem ihm suggeriert wird, dass es eine richtige Zeit und Tempo gibt.

Ebenfalls eingeflochten wird die bereits oben erwähnte Zählreihe, dieses mal allerdings rückwärts gezählt. Dieses Zählen kann, z.B., an der beobachteten Reaktion des Patienten angeglichen werden, indem bei den ersten Re- Orientierungsanzeichen wie Bewegung, Schluckbewegungen, Räuspern, etc. begonnen wird zu zählen. Dadurch wird vermieden dass die Therapeutin/der Therapeut bereits mit dem Zählen beginnt, während der Patient noch in Trance bleiben möchte. Hier würde entweder der Prozess unterbrochen werden oder das Einstreuen des Zählens nicht erfolgreich sein.

Nochmals angeboten wird ebenfalls die post- hypnotische Suggestion, dass nur das, was für die Entwicklung des Patienten hilfreich ist, erinnert werden kann.

[kurze Pause während Patient sich zu bewegen beginnt, die Augen öffnet, sich streckt und schließlich zur behandelnden Person blickt]

Wie haben sie heute die Entspannungsübung genießen können?“

P: „Eigentlich sehr gut.“

B: „Ja?“

P: „Ja, schon. Am Anfang habe ich nicht wirklich gewusst was ich machen soll, also das Atmen und darauf konzentrieren war schon klar, aber mit dem Weg und so war ich mir unsicher. Aber mit den Beispielen dann hab ich verstanden was sie meinen und das hat gut funktioniert. Glaube ich zumindest. Wobei ich befürchte dass ich ihnen nicht immer so genau zugehört habe.“

B: „Dass kann schon vorkommen und ist wirklich o.k. so. Gedanken schweifen ab. Und zu, wenn sie verstehen.“

P: [Lacht] „Ja. Ich war dann in in dieser Vorstellung von meinem Ort, und irgendwie hab ich mir dann meine Gedanken dazu gemacht und manchmal auch nur genossen dass ich einfach dort sitzen kann und dann war es mir, na ja, eigentlich egal was sie sagen.“

B: „Alles gut so, sie haben das perfekt gemacht. Wie sehr hat sich ihr Ruhezustand bis jetzt verändert?“

P: „Schon um einiges. So wie jetzt ist es viel angenehmer.“

B: „Es ist also schon um einiges angenehmer.“

P: „Ja, definitiv.“

B: „Und es soll ja nicht nur hier angenehm sein, oder?“

P: „Nein, es wäre schön wenn das immer so sein könnte.“

B: „Nun gut. Nehmen wir mal diese Entspannungsübung genau wie eben gerade. Wissen sie wie sie diese selber machen können?“

P: „Mhm, nein...“

B: „Also sie haben ja jetzt einen guten Eindruck bekommen wie ihr Ort aussieht. Sie können sich daran erinnern. Am besten startet man immer mit einem Detail an das man sich erinnert. Z.B. der Weg den sie gegangen sind. Erinnern sie sich daran?“

P: „Ja.“

B: „Gut. Dann denken sie an den Weg, wie er begonnen hat. [kurze Pause] Wie sie sich bewegt haben, auf dem Weg hin zum Ort den sie jetzt bereits schon kennen. Wie es ausgesehen und sich angefühlt hat, was sie vielleicht gehört haben. [Patient schließt hier erneut die Augen] Ja, das alles haben sie in ihnen vielleicht wahrgenommen. Und wenn sie das alles wieder wahrnehmen, wissen sie dass dies der Weg zu dem Ort ist, an den sie sich erinnern können. Wie alles genau ausgesehen hat, was sie dort gehört haben, gespürt haben. Ja?“

P: „Mhm.“

B: „Gut, bleiben sie noch ein paar Minuten, so lange wie es ihnen gefällt und gut tut an dem Ort der ruhigen Entspannung und Zufriedenheit und kommen sie dann, wenn es Zeit

ist, langsam den Weg zurück ins Hier und Jetzt. [Pause bis der Patient sich erneut reorientiert]

Sehen sie, so einfach geht das.“

Nach einer kurzen Befragung nach dem Befinden und Erleben der safe place- Trance wird hier dem Patienten explizit demonstriert, wie genau diese Erfahrung für ihn alleine reproduzierbar ist, indem er Assoziation der bereits gemachten Erfahrung erneut aktiviert.

Würde dies hier nicht so gut funktionieren könnte man entweder eine detailliertere Beschreibung verwenden bzw. auf das eingestreute Zählen zurückgreifen.

P: „Ja.“

B: „Aber ich möchte dass wir noch etwas machen, für Situationen in denen sie nicht einfach alles stoppen und diesen Ort besuchen können. Wir werden ihnen einen Entspannungspunkt geben. Wissen sie was das ist?“

P: „Nein, keine Ahnung, das habe ich noch nie gehört.“

Ein „Entspannungspunkt“ ist hier lediglich ein Konzept, das beim Patienten eine Erwartungshaltung auslösen soll. Erwartungshaltungen können, durch Assoziation mit bekannten Erlebnissen, körperliche Reaktionen auslösen. Beispielsweise bewirkt eine in Aussicht- stehende Zahnbehandlung bei vielen Menschen bereits im Vorfeld Angst, erhöhten Blutdruck, erhöhte Muskelspannung, Adrenalin- Freisetzung, etc.. (161) Für einen Entspannungspunkt fehlen hier noch Referenzpunkte bzw. gemachte Assoziation, es stehen lediglich die Einzelkomponenten Entspannung und Punkt zur Verfügung. Für das weitere Vorgehen wird dies einen, für das therapeutische Ergebnis, potentiell positiven Einfluss ausüben.

B: „Ganz einfach. Wir nehmen einen Punkt auf einer ihren Hände oder Arme, den sie mit der anderen Hand leicht erreichen. Das kann z.B. hier am Rücken des Handgelenks sein [wird dem Patienten demonstriert] oder auf der Handfläche, oder irgendwo am Unterarm. Suchen sie sich einen Punkt aus, haben sie schon eine Idee?“

P: „Also, nein, nicht wirklich.“

B: „Wenn sie ihn noch nicht kennen, dann werden wir ihn finden. Spüren sie mal, oder schauen sie. Sie werden, wenn sie suchen, einen Punkt finden, der sich anders anfühlt oder anders aussieht als der Rest.“ [kurze Pause]

Der Punkt kann heller oder dunkler sein, etwas kühler oder wärmer, vielleicht spürt man dort mehr oder etwas weniger als bei dem Rest des Armes. [Pause]

Es gibt keinen Entspannungspunkt am Patienten. Durch dieses Konzept soll lediglich eine Erklärungslücke im Bewusstsein des Patienten geschaffen werden (er weiß nicht wo sein Entspannungspunkt ist, akzeptiert aber die Aussage der behandelnden Person auf Grund des Ja- Setting, den gemachten Erfahrungen, vorhandenen sozialen Konzepten wie Arzt- Patient, etc.) und diese dann durch eine Lenkung der Aufmerksamkeit auf irgendeine Empfindung in den Armen geführt werden. (81, 150) Jede Empfindung, die der Patient hier potentiell empfinden kann, dient als Bestätigung des gefundenen Entspannungspunktes.

P: „Ja, ich glaube ich habe den Punkt.“

B: „Sehr gut. Zeigen sie mir den bitte. [Patient zeigt den Punkt am Handrücken] Sehr gut. Jetzt machen wir ihn zum Entspannungspunkt. Darf ich sie dafür nachher an diesem Punkt berühren?“

P: „Ja.“

B: „Danke sehr. Ich möchte dass sie sich jetzt an etwas bestimmtes, einen Teil von ihrem Ort erinnern. Erinnern sie sich an die ausströmende Ruhe, ohne den restlichen Ort zu sehen oder zu spüren? Haben sie noch das Bild der Ausbreitung oder die Empfindung davon? Sie können die Augen ruhig schließen wenn das hilft dass sie sich erinnern. [Patient schließt hier die Augen] Erinnern sie sich? Können sie das wieder spüren, was sie von diesem Ort in Situationen in ihren Alltag mitnehmen können?“

P: [Tonlage ist etwas leiser und tiefer] „Ja.“ [Simultan berührt die behandelnde Person den „Entspannungspunkt am Handrücken.]

B: „Sehr gut. Sie können die Augen wieder öffnen wenn sie möchten. [Patient öffnet die Augen] Geht es ihnen gut?“

P: „Ja. Das war jetzt ein bisschen anders. Schon entspannend aber, anders.“

B: „Ja. Wir haben hier jetzt nur die ausstrahlende Ruhe genommen. Es war nicht der gesamte Prozess des Hingehen, Verweilen, sondern nur ein Element das wir wirken lassen, jetzt wo sie diesen Ort kennengelernt haben und ihn nutzen können.

Wie ist es ihnen mit dem Punkt gegangen?“

P: „Gut. Die Berührung war irgendwie anders. Vielleicht ein bisschen intensiver als ich mir gedacht habe.“

Hier erfolgt das Setzen eines simplen Ankers. Der Patient wird zuerst gebeten, nur einen Teil der Erfahrung, die er in seinem safe place entwickelt hat, und die in den Alltag mitgenommen werden kann erneut zu aktivieren. Simultan mit der kognitiv-emotionalen Aktivierung wird eine Berührung des Entspannungspunktes durchgeführt. Dies soll den taktilen Reiz sowie die Repräsentation des Punktes, mit allen vorher aufgebauten Assoziationen, in die emotional- geistige Erfahrung aus dem safe place, integrieren.

Gleichzeitig wird das zeitliche Element, wie lange das Erleben der Ruhe und Entspannung dauert, verkürzt und anschließend durch Befragen bestätigt, dass noch immer eine gewünschte Wirkung vorhanden ist.

B: „Gut. Ich möchte dass wir noch etwas machen. Berühren sie bitte selber ihren Entspannungspunkt und beobachten wir ganz genau was passiert.

[Patient berührt den Entspannungspunkt. Der Lidschlag wird etwas häufiger und langsamer. Der Patient nimmt einen tieferen Atemzug.]

Sagen sie mir bitte was gerade passiert.“

P: „Also ich merke dass sich mit der Berührung etwas verändert. Es kommt ein bisschen dieses Gefühl dass wir vorher produziert haben.“

In diesem Schritt führt der Patient das erste Mal selbst die Aktivierung des Ankers durch. Erneut wird durch die therapeutische Person angeraten, „ganz genau zu beobachten“ was passiert. Dieses implizierte Suchen in Kombination mit der bereits aufgebauten Erwartungshaltung soll eine Aktivierung des gewünschten Verhaltens begünstigen.

B: „Sehr schön. Ich möchte dass sie etwas machen. Holen sie sich noch einmal dieses ganze Gefühl, diese Ruhe und Entspannung, die Ausbreitung die diese in ihrem Körper auslöst und wenn sie sie wirklich gut haben, dann möchte ich dass sie sie in den Entspannungspunkt legen. Sie können den Punkt berühren und es richtig hinein fließen lassen. [Patient schließt die Augen und führt langsam die freie Hand zu dem Punkt am

Handrücken und berührt diesen vorsichtig.] Und lassen sie jetzt [kurze Pause, Sprechtempo der behandelnden Person wird langsamer] diese ganze Erfahrung, die Entspannung, die Ruhe, all das was ihr besonderer Ort ihnen spenden kann für Momente, in denen sie es benötigen, jetzt in ihren ganz persönlichen Entspannungspunkt fließend übergehen.

[längere Pause; Patient hat seinen Augen weiterhin geschlossen und hält den Kontakt mit dem Punkt am Handrücken.] Und wenn dies wirklich abgeschlossen ist und sie bereit sind, sich, immer wenn nötig, an ihren Entspannungspunkt zu erinnern, können sie langsam wieder ins Hier und Jetzt zurückkommen. [Pause; Patient öffnet nach einigen Sekunden die Augen, blinzelt mehrmals und orientiert seinen Körper neu.]

Erneut wird dem Patienten Gelegenheit gegeben, den Anker, samt der gewünschten assoziierten Empfindungen selbst zu aktivieren. Basierend auf der Neuro- Plastizitäts- Theorie, kann dies eventuell die spätere, erneute Aktivierung erleichtern. (162, 163) Weiters wird eine post- hypnotische Suggestion gegeben, dass der Patient sich immer an dieses Werkzeug erinnern kann, wenn er es benötigt. Diese Suggestion wird an das Beenden der Trance, das der Patient schon mehrmals erfolgreich in dieser Sitzung durchgeführt hat, angebunden.

Im Anschluss, wird erneut durch Befragen, die Funktion des Ankers und der Zustand des Patienten überprüft.

Sehr gut. Wie geht es ihnen?“

P: „Gut. Die Empfindung im Punkt war dieses Mal intensiver.“

B: „Hat es gut funktioniert, dass sie die Entspannung dorthin gelegt haben?“

P: „Ja, ich denke schon.“

B: „Sehr gut. Dann machen wir noch etwas. Atmen sie bitte ein paar Mal tief, [kurze Pause; Patient atmet mehrmals tief] und stellen sie sich eine typische Situation vor, in der sie bis jetzt immer sehr gestresst waren oder etwas das sie bis jetzt immer sehr gestresst hat. Überlegen sie sich bitte, was das erste Anzeichen für den Stress ist. Es kann sein dass ihre Atmung flacher wird, dass sie körperlich unruhig werden, dass sie bestimmte Gedanken haben. Nur dieses Mal möchte ich, dass sie, wenn der Stress kommt oder sogar kurz vorher, ihren Entspannungs- Punkt berühren, simultan in ihrer Vorstellung und hier und jetzt. [kurze Pause; nach einigen Momenten kommt es zu unspezifischen Körperbewegungen und einer dezenten Verkrampfung der Muskulatur in der Schulter- und Orbita- Gegend. Anschließend berührt der Patient den Punkt am Handgelenk und nach

einigen Sekunden kommt es zu einer Lösung der vorher- genannten, außen sichtbaren, muskulären Verkrampfungen. Nach einiger Zeit öffnet der Patient die Augen.]

Hier wird eine Überbrückung bzw. „future pacing“ nach Bandler und Grinder durchgeführt. (140, 150) Dies soll sicherstellen, dass in der Therapie erarbeitete Inhalte bzw. Assoziationen nicht nur mit der Therapiesituation verknüpft sind sondern auch im täglichen Leben erfolgreich zur Anwendung kommen.

Wie war das jetzt im Vergleich zu früher?“

P: „Also am Anfang genau gleich und ich habe mich auch kurz geärgert dass es nicht funktioniert. Aber dann ist mein Entspannungspunkt auf einmal wärmer geworden und dann bin ich viel ruhiger gewesen. Das war recht angenehm.“

B: „Sehr gut so. Und so wie sie dies jetzt schon angewendet haben, kann dieser Entspannungspunkt immer [kurze Sprechpause] eine Rolle spielen, weil je öfter sie ihn benutzen umso besser erinnern sie sich an ihn und umso besser kann er ihnen helfen.“

3.2.3.3 Geschichten

Geschichten sind so alt wie die Menschheit selbst. Das bereits in frühen Entwicklungsstufen übliche „Lernen am Modell“ fand seine Fortsetzung in die linguistische Periode der Menschen. Durch das Erzählen, dass jemand sich einem Problem XY gegenüber fand, wie eine Lösung dafür entwickelt wurde und es dadurch überwand diente und dient noch immer dazu, Bilder, Strategien, Denkweisen und ähnliches in jenen zu produzieren, die nicht selbst dabei waren. Dadurch haben die zuhörenden Personen nicht die Erfahrung selbst gemacht, es wird ihnen jedoch ermöglicht, die Umstände, die gelernten Aspekte, zu imaginieren.

Geschichten zu erzählen mit dem Zweck eine therapeutische Wirkung herbeizurufen, stellt die Krönung des indirekten Ansatzes der Hypnose dar. Aus den direkten Suggestionen aus den Anfangszeiten der Hypnose („Sie werden müde, so müde“, in hoher Wiederholungszahl gesprochen, in der Hoffnung den Geist des Patienten umzuprogrammieren) entwickelte sich die indirekte Form. Besonders Therapeuten wie Milton Erickson erkannten, dass direkte Suggestionen immer Raum für Widerstand lassen. Auch weit ab von der Hypnose sind Mediziner immer wieder mit diesem psychischen Mechanismus konfrontiert, wenn sie Patienten anraten ein Verhalten zu ändern, da ihre Gesundheit auf dem Spiel steht. Denn grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass Patienten sich entscheiden den Rat, oder manchmal auch die ärztliche Anordnung, nicht zu befolgen.

Geschichten nutzen mehrere psychische Mechanismen aus dem Formenkreis der Assoziation die ausgenutzt werden können, um neue Möglichkeiten bzw. alte Potentiale im Patienten zu generieren bzw. aktivieren, um therapeutische Ziele zu erreichen. Wie bereits im Punkt „Wachsuggestionen“ beschrieben, sind die assoziativen Vorgänge die unser Unbewusstes oder System 1 ausmachen auch im Wachzustand aktiv. Dies lässt zu, dass auch hier neue Elemente in die „Mappe der Wirklichkeit“ der Patientin/des Patienten eingebracht werden können.

Ein zusätzlich induzierter Trancezustand, unabhängig von der Trancetiefe, scheint lediglich die Annahme von dargebotenen Assoziationsthemen zu erhöhen bzw. den Widerstand dagegen zu verringern. (81)

3.2.3.3.1 Einstreutechnik

Milton Erickson zeigte bereits 1966, dass gesamte therapeutische Sitzungen ohne die formelle Induktion einer Trance durchgeführt werden können. Dazu nutzte er die Einstreutechnik, bei der in den normalen Gesprächsverlauf Worte, aber auch Gesten, Intonationen, etc. eingeflochten werden, die Assoziationen im Patienten, bzw. seinem System 1/Unbewussten, hervorrufen sollen.

Im Band „Hypnotherapie“ (81) wird der Satz „Sie können diese Gefühle so *frei* beschreiben, wie sie wollen.“ Hier soll das markierte Wort „frei“ Verbindungen mit den Gefühlen herstellen, die der Patient/die Patientin damit verbindet, und so etwaige Bedürfnisse der Enthüllung verstärken. Es bleibt jedoch durch die Formulierung mit „können“ eine Wahl bestehen. Dadurch gibt es keinen Ansatzpunkt für Widerstand gegen die Therapeutin/den Therapeuten.

Zwei der wirksamen Mechanismen sind laut Erickson und Rossi (81):

3.2.3.3.1.1 Indirektes assoziative Fokussieren

Als Beispiel wird angeführt, wenn ein Patient Probleme mit seiner Mutter hat, dass allgemein über Mütter oder die Mutter des Therapeuten, eines Bekannten, etc. gesprochen werden kann.

Der zugrunde liegende Prozess wird als transderivatives Modell bezeichnet.(164) Dieses basiert auf dem assoziativen Unbewussten bzw. System 1 und besagt, dass jede sensorische Information die aufgenommen wird automatisch mit dem bestehenden Modell der Wirklichkeit (heißt hier gemachte Erfahrungen und daraus gezogene Schlüsse bzw. Erkenntnisse) verglichen wird.

Somit kann beim oben genannten Beispiel das Gespräch über Mütter die bestehenden Assoziationen des Patienten aktivieren und Erkenntnisse über Mütter im Allgemeinen zu neuen Erkenntnissen bzgl. seiner eigenen führen.

3.2.3.3.1.2 Indirektes ideodynamisches Fokussieren

„Ideodynamische Reaktionsbereitschaft“ wird von Erickson und Rossi als Fähigkeit „Gedanken unabhängig von bewusster Intentionalität in eine tatsächliche Erfahrung von Bewegung, Empfindung, Wahrnehmung, Gefühlen usw. umgewandelt werden können“.

(81)

Die Grundfunktion der beiden Mechanismen, wie auch für ideosensorische und ideoaffektive Prozesse, ist die selbe: etwas das beobachtet, diskutiert, erlebt oder auf jede

andere Art und Weise in die Gedanken und Erlebniswelt gelangt, wird über Assoziationen in Bezug auf eigene Lernschritte und Erfahrungen neu bewertet.

Beispielsweise können in ärztlichen Gesprächen, wie in „Hypnotherapie“ (81) vorgeschlagen, ganze Gespräche, z.B., mit Worte, Begriffen, Gesten, etc. die Entspannung, Wohlbefinden, etc. versetzt werden, um so etwaigen Leidensdruck bei Patienten zu mindern.

3.2.3.3.2 *Gemeinplätze*

Gemeinplätze drücken allgemein- bekannte Tatsachen aus. Dies kann Situationen betreffen („Sie sitzen nun auf diesem Sessel“), aber auch Prozesse im ideomotorischen („Kurz vor dem Einschlafen, in der Entspannungsphase, kann es vorkommen dass Arme oder Beine oder beide unbewusst zu zucken anfangen“), ideosensorischen („Menschen empfinden die sanften Sonnenstrahlen und ihre Wärme so angenehm auf ihrer Haut, dass sie sie auch nur bei der Vorstellung daran empfinden können.“), ideoaffektiven („Jeder kennt das, wenn man unbewusst mit-lächelt wenn man jemanden lächeln oder lachen sieht.“) oder ideokognitiven („Jeder Mensch weiß dass er alles mögliche träumen kann.“) Bereich. (81) Ziel der Gemeinplätze ist es, unbestreitbare Tatsachen zu verwenden, um ein „Ja- Setting“ (siehe Kapitel „Rapport“) im Patienten zu generieren und so den Rapport zu stärken bzw. eine Basis für weitere Suggestionen zu schaffen. Beispielsweise kann, eingeleitet mit „Sie sitzen nun auf diesem Sessel [...]“ die Suggestion gegeben werden „[...] und manche fragen sich dabei jetzt schon, wie schnell werde ich nun in eine Trance gehen?“.

3.2.3.3.3 *Metaphern*

Sheldon Kopp definiert eine Metapher folgendermaßen: „Allgemein wird eine Metapher als eine Art zu Sprechen definiert, in der eine Sache durch eine andere ausgedrückt wird und durch deren Zusammenbringen neues Licht auf das diskutierte Thema geworfen wird.“ (164)

Die Metapher wird hier als Unterpunkt, als Variation des Geschichten- Erzählens, angeführt. Hier wird ebenfalls eine Geschichte erzählt, diese ist jedoch in in Bezug auf die vorkommenden Personen, deren Interaktionen (z.B. Beziehung zwischen Vater und Sohn, etc. wird genau durch in der Metapher vorkommende Personen dargestellt), Problemen, Verhaltensweisen, etc. genau auf den Hintergrund der Patientin/des Patienten zugeschnitten. Durch diesen „Isomorphismus“ (164) wird nicht nur die Wahrscheinlichkeit verbessert, dass das Unbewusste des Patienten bei der transderivationalen Suche die

angebotenen Lösungsstrategien aufgreifen kann, es wird auch die Patientin/der Patient in seinem aktuellen Weltbild, passend zu seiner Mappe der Wirklichkeit, abgeholt. Gleichzeitig erlaubt dies eine genügende Abstraktion der Geschichte von der Situation der Patientin/des Patienten, damit bewusste Vorurteile nicht blockend eingreifen können und eine „effektive Metapher“ konstruiert werden kann.(164) Alle anderen Parameter, wie Schauplatz der Geschichte, Namen, Berufe, etc., können beliebig gestaltet bzw. bei Notwendigkeit auch verändert werden, so lange die Metapher isomorph bleibt. Als Beispiel gibt David Gordon in „Therapeutic Metaphors“ die Beziehungsdynamik zwischen Vater, Mutter und ihrem Sohn an, ihre Probleme, genauen, anamnestic erhobenen, Interaktionen etc. an, die in einer Geschichte über einen Schiffskapitän, seinen ersten Offizier und einen jungen Matrosen verpackt werden können. Offensichtlich hat die Geschichte wenig mit der Familie zu tun, dies ermöglicht jedoch ein betrachten von Umständen, die ansonsten den Familienmitgliedern nicht zugänglich sind. (164)

3.2.3.3.4 Beispiel

Nachfolgend ein hypothetisches Beispiel, wie die in diesem Kapitel ausgeführten Themen in eine Raucherentwöhnung inkorporiert werden könnten.

Ausgegangen wurde von einem männlichen Patienten von ca. 30 Jahren ohne andere Risikofaktoren.

Das Herstellen des Rapports wird hier nicht bearbeitet. Es ist jedoch anzumerken, dass dort bereits viel Arbeit durch Evaluierung der Motivation, Herstellung eines Yes-Setting, Einstreuen von Suggestionen, etc. geleistet werden kann.

B(ehandelnde Person): „Wie geht es Ihnen?“

P(atient): „Gut, danke.“

B: „Ich denke wir können nun beginnen? Können sie sich vorstellen nun langsam oder schneller in eine Trance zu gehen?“

Mit dem hier verwendeten „...langsam oder schneller...“ wird vom Verfasser zu Beginn eine Doppelbindung eingebracht. Hierbei handelt es sich um ein Konzept Ericksons (160) mit dem dem Patienten/ der Patientin eine bewusste Wahl suggeriert wird.

Unabhängig welche der Optionen ausgeführt wird kommt man jedoch zu einem gewünschten Ergebnis. Er/Sie kann schnell oder langsam in Trance gehen. Das Resultat ist jedoch immer dass in Trance gegangen wird.

P: „Ich denke schon. Ich weiß zwar nicht genau was eine Trance ist aber das wird sicher.“(lacht)

B: „Das Lachen, die Freude, den Humor haben sie schon mal mitgebracht. Wir können gerne nochmal darüber sprechen, was eine Trance wirklich ist und sein kann, wenn wir an unserem heutigen Projekt arbeiten.

Bevor wir das tun, möchte ich jedoch dass Sie Platz nehmen. Ich versuche für jeden meiner Patienten einen schönen Platz zur Verfügung zu stellen. Deshalb können sie sicher die verschiedenen Sessel (ein Schreibtischsessel, 2 konventionelle Stühle und ein Sitzsack oder „bean bag“) sehen, die unterschiedliche Tiefen von Trancen ermöglichen, die für jeden Menschen auf einem anderen Sessel anders sind.

„Bevor man in Trance geht setzt man sich hin. Es soll ein schönes Erleben sein und dies findet für jeden Menschen jedes Mal an einem anderen Ort und auf eine andere Art und Weise statt.“. Diese, teils mehr teils weniger, implizierten Aussagen werden an die unbestreitbare Tatsache geknüpft, dass im selben Raum verschiedene Sessel stehen. Das Ziel, in Trance zu gehen, bleibt gleich, der Weg dorthin kann für Doppelbindungen in jeder nur erdenklichen Weise modifiziert werden.

Was ich jetzt gerne hätte, ist dass sie sich einen dieser Sessel aussuchen, von dem sie auf eine oder andere Art wissen dass sie dort besonders gute Arbeit in Trance leisten können.“

An die oberen, allgemeinen Aussagen wurde nun ein unmittelbarer, situativer Zusammenhang zum Patienten hergestellt. Leute setzen sich in diese Sessel, damit sie in Trance gehen. Diese Aussage wurde akzeptiert, da es sich um einen Tatsachenbericht (soweit der Patient feststellen kann) handelt.

Nun wird der Patient gebeten, sich in einen dieser Sessel zu setzen.

Dadurch wurde erneut eine Form der (Doppel-)Bindung erzeugt, denn jeder Sessel führt zu dem Ergebnis Trance. Alle Alternativen ermöglichen dem Patienten eine bedingte freie Entscheidung, deswegen auch die Möglichkeit gewisse Dinge abzulehnen

und dadurch Widerstand zu entladen, aber immer nur unter der Prämisse in Trance zu gehen. (160)

Diese Rahmenbedingungen (mehrere Sessel) müssen nicht gegeben sein; sie wurden aber hier erwähnt um Möglichkeiten aufzuzeigen, Doppelbindungen zu implementieren. Ebenso kann bei nur einem verfügbaren Sessel eine Äußerung wie „Und sie setzen sich bitte dann auf diesen Stuhl, wenn sie auf einer Ebene ihrer selbst bereits sind, wirklich gute Arbeit zu ihrer Gesundheit zu leisten.“ gemacht werden.

P: (Patient zögert), „Und wie genau merke ich das? Das einer der richtige Sessel ist, meine ich.“

B: „Ja...wie merkt man das?“

P: „Ich weiß nicht...“

B: „Was können Sie sich denn vorstellen?“

P: „Vielleicht weil ich mich besonders wohl fühle wenn ich darauf sitze?“

B: „Genau. Wohlfühlen ist wirklich wichtig. Wenn man sich wohlfühlt, kann eine Veränderung wie von selbst kommen.“

[Der Patient setzt sich wiederholt auf die unterschiedlichen Sessel, verweilt schließlich auf den Sitzsack, adjustiert mehrmals den Winkel seines Torsos in Relation zum Boden um schließlich in einem ungefähren 45° Winkel zurück-gelehnt zur Ruhe zu kommen.]

Der Patient wurde gebeten, den Sessel zu wählen der ihm die beste Tranceerfahrung ermöglichen würde. Da er keine bewusste Erfahrung mit Trance und Hypnose hat und ihm kein Hinweis durch den Verfasser gegeben wird bleibt der Patient mit dieser Aufgabe alleine. Erickson beschreibt solche Momente der Konfusion als einen Ausgangspunkt für eine unbewusste Suche nach neuen Assoziationen und somit nach Anhaltspunkten die schlussendlich in neuen Erfahrungen und Verhalten resultieren können, die dem Bewusstsein zugänglich sind. (160)

Beim Durchprobieren wird er stetig sich selbst beobachten und nach Sinneseindrücken suchen die eine Möglichkeit zur Trance, was auch immer seine persönliche Idee davon ist, andeuten. Egal was und wie er dies empfinden wird, er wird dort sitzen bleiben wo er sich für am besten Trance- fähig hält. Ein impliziertes „Yes- setting“ für eine Trance ist geformt.

Bei der initialen Befragung des Patienten, was die wegweisenden Indizien für den richtigen Sessel sind, kann im Prinzip auf jeden Vorschlag des Patienten eingegangen

werden, so lange dieser keine negativen Assoziationen mit sich bringt. Eine Antwort wie „dass ich keine Kontrolle mehr über mich habe“ sollte nicht angenommen werden und ist ein Zeichen für notwendige Aufklärung bzgl. Trancearbeit.

P: „Ich denke das passt jetzt so.“

B: „Sie denken das dass jetzt so gut ist und dies ist der Sessel ist, in dem sie in dieser zurück-gelehnten Position gute Trancearbeit leisten können. Gut so. Was werden wir nun machen?“

P: „Na ja, ich vermute jetzt kommt die Hypnose damit ich in Trance gehe. (lacht) Wobei ich ja noch nicht weiß was das eigentlich ist.“

B: „Wir haben gesagt wir werden uns noch über Trance unterhalten. Sie sind 29 Jahre alt, richtig?“

P: „Ja, genau.“

B: „Und sind sie schon mal mit dem Auto oder dem Zug gefahren?“

P: „Ja.“ (lacht)

B: „Haben sie auch den Führerschein gemacht?“

P: „Ja.“

B: „Ich ebenfalls. Damals, bereits als ich auch noch in der Schule lernte, den L17-Führerschein, kennen Sie den?“

P: „Ja, den kenne ich. Ich habe aber den normalen gemacht.“

Mit den obigen Fragen wurde ein „Yes- Pacing“ etabliert. Erickson verwendete dieses vermehrt in zusammengesetzten Suggestionen indem er eine wahre Aussage (momentane Beobachtung, allgemeine Informationen wie „sie sitzen nun in diesem Sessel“, „sie sind XY Jahre alt“, etc., überprüfbar) und eine Suggestion durch ein Bindewort verband. (160)

B: „Ah, o.k. Da gibt es eine Erfahrung die für viele Menschen ähnlich ist. Für mich war die erste Zeit nach den Fahrstunden, in denen ich noch in der Nähe des Lehrers gesessen bin, sehr schwierig. [Verfasser lehnt sich betont zum Patienten, die Stimmlage wird etwas tiefer und die Lautstärke leiser.] Ich habe große Probleme mit dem Privatauto gehabt, da es ein anderer Motortyp und schwieriger zu fahren war als das Auto der Fahrschule. Ich musste mehrere Tausend Kilometer in Begleitung fahren bevor ich zur Prüfung antreten durfte.

Und während einer langen Zeit fühlte ich mich nicht wohl. Es schien wirklich schwer zu sein, diese neuen Spielregeln zu lernen, wann Gas- und Kupplungspedal im richtigen Moment genau zusammenpassten. Denn bei dem Auto der Fahrschule fuhr ich einen Diesel- Motortyp und dieser war viel leichter hand- zu- haben. Zuhause, mit dem eigenen Auto, einem Benziner, war das viel schwieriger weil das Gas- und Kupplungspedal viel sensibler waren und ich diese Feinheit noch nicht beherrschte. Und dann war da noch die Tatsache dass ich mich noch auf soviel draußen konzentrieren musste, denn die ganze Welt um mich herum fuhr weiter. [kurze Sprechpause, wird im weiteren Text mit Pause abgekürzt]

All das musste ich durch Glas beobachten, spiegelnd oder nicht spiegelnd, sehen was Neues kam.

Auch war noch die Richtung zu lenken, mit dem Lenkrad, der Schaltknüppel zu bedienen.

Der Verfasser könnte auch nur eine Anekdote aus seine Leben erzählen um Zeit zu schinden. Das Thema hier ist nur bedingt wichtig. Bei allem was der Verfasser dem Patienten hier sagt, wird dieser versuchen einen Sinn darin zu entdecken. Er wird versuchen zu erkennen, warum ihm genau das hier und jetzt erzählt wird, denn eigentlich ist er ja für eine typische Hypnose hier. Die veränderte Körperposition und Stimmlage werden dazu beitragen, da sie die Implikation von etwas Wichtigem bzw. Bedeutenden tragen, denn wenn man etwas Wichtiges, Bedeutendes sagen will geht man auf Nummer sicher dass der Gegenüber es auch wirklich hört und lehnt sich vor. Gleichwohl gilt es als üblich, etwas durch Senkung der Stimmlautstärke Bedeutung zu verleihen. Wenn etwas Gesagtes nur für eine Person bestimmt ist, flüstert man es. Eine tiefere Tonlage wird außerdem mit eine „Trancestimme“ assoziiert. (140)

Bei einer oberflächlich nicht- herstellbaren Verbindung werden auch hier unbewusste Suchprozesse gestartet werden um neue Assoziationen zur Erklärung herzustellen. Es ist, wie eben anamnestisch erhoben wurde, ein Lernprozess den der Patient ebenfalls durchgemacht hat.

Viel wichtiger ist was zwischen den Zeilen formuliert wird: es gab eine Lernperiode die einige Praxis in Anspruch nahm und in dessen Anfangsphase ein Lehrer anwesend war; es war manchmal schwierig, sowohl das Eigentliche zu lernen als auch es in einer ständig- präsenten, wechselnden, nicht immer unterstützenden Umgebung anzuwenden

*bzw. zu behalten. Es wird ein allgemeiner Lernprozess geschildert der in jedem Leben
vielmals vorkommt.*

*Es wird dem Patienten nicht befohlen etwas auszuführen, oder gesagt, dass er alles was
nötig ist schon weiß. Viel mehr wird ihm impliziert, dass er all das oben genannte schon
gemacht hat, dass er bereits Wege kennt um ein Verhalten zu verändern bzw. Neues zu
lernen.*

Ich war nur froh dass ich mich in dieser Zeit auf mein Unbewusstes verlassen konnte.
Genauso muss man nicht denken beim (Pause) Einatmen – Ausatmen. (Pause) Einatmen –
Ausatmen (beide Durchgänge an den Atemrhythmus des Patienten angepasst), so wie sie
es jetzt auch nicht müssen. Auch ihr Herzschlag geschieht ohne bewusste Gedanken, passt
sich an und funktioniert immer weiter optimal.

*Der erste Satz ist eine Aussage, für einen Trance- unerfahrenen Menschen vielleicht
sogar eine Behauptung ohne Grundlage. Durch das unmittelbar darauffolgende
„genauso“ wird diese erste Aussage jedoch mit einem unbestreitbaren Allgemeinplatz,
dass Atmung und Herzrhythmus autonom ohne Bewusstsein reguliert werden, verknüpft
und kann so leichter angenommen werden. Bandler und Grinder beschreiben dieses
„kausale Gestalten“ in ihrer „5-4-3-2-1- Übung“. (140)*

*Weiter kommt es dadurch das erste Mal zu einer Unterscheidung bzw. Trennung des
Bewusstsein vom Unbewussten. Dadurch wird, laut Erickson und Rossi (83), egal ob es
das Unbewusste als Entität tatsächlich gibt oder es nur eine „Metapher für
unwillkürlich- ablaufende Prozesse ist“, an einen Teil des Patienten appelliert den er
bewusst nicht steuern bzw. nicht immer wahrnehmen kann. Ob dies nun ein tatsächlich-
vorhandenes System oder eine Metapher ist, es wird ein großes Handlungspotential
geschaffen das ihn, den Patienten, sicher durch das Leben führt.*

*Durch die Formulierung der Aussagen im Präsens wird bereits hier impliziert, dass
dieses schützende, autonom- arbeitende, ressourcenreiche System noch immer und
schon jetzt im Patienten tätig ist. All sein Potential steht bereits zur Verfügung. Der
Verfasser impliziert, dass er nur als Scheinwerfer fungiert, der Vorhandenes aufzeigt.
Die Pausen werden, hier und im weiteren Verlauf der Trance, so positioniert, dass ein
offener Satz mit einer Richtungsvorgabe stehen bleibt der eine unbewusste Suche
einleitet und für neue Assoziationen Platz schafft. (138)*

Und irgendwann passierte alles gemeinsam wie von selbst. Ich kann mich heute genauso wenig daran erinnern wie damals, (Pause) wann dieser Moment war, als alles zusammenzu- passen schien. Und ich nicht mehr überlegen musste (Pause) was ich genau machen wollte.

Der erste Satz stellt einen Allgemeinplatz dar: man lernt etwas, zuerst muss man sich dabei auf jeden Schritt konzentrieren bis schließlich, mit Übung/Praxis der Vorgang beginnt automatisch abzulaufen. Und in Bezug auf die vorherigen Sätze soll weiter das Vertrauen in das neue Konzept „Unbewusstes“ gestärkt werden. Weiter wird dem Patienten beiläufig eine Möglichkeit zur post- hypnotischen Amnesie angeboten, indem beiläufig davon gesprochen wird, wie der Verfasser sich nicht mehr genau an den Punkt des kompletten Lernens erinnern kann. Diese Beiläufigkeit im Gespräch, ähnlich der Einstreutechnik Ericksons' (81) wird keinen Widerstand auslösen, aber vielleicht eine gewünschte post- hypnotische Amnesie im Patienten auslösen. (83)

Sie sind also schon öfters mit dem Auto gefahren?“

P: „Äh, ja...“

B: „Auch schon längere Strecken?“

P: „Ja, ich denke schon... Was heißt denn länger?“

B: „Sie denken schon. Nun, länger heißt für jeden etwas anderes. Sind sie schon einmal so lange selber mit dem Auto gefahren, dass ihnen langweilig geworden ist?“

P: „Ja.“ (lacht)

Hier zeigte sich in der kurzen Verwirrtheit der intensive Fokus mit dem der Patient dem Verfasser zugehört hat. Während der obigen Ausführungen verweilte der Patient mit fixiertem Blick auf den Verfasser und in überwiegender Bewegungsarmut, einer Katalepsie, was auf eine beginnende oder bereits bestehende Trance hindeutet. (81) Mit den Fragen wird die beginnende Trance des Patienten leicht unterbrochen. Dadurch kann möglicherweise eine künstliche Schaffung eines Trancetiefen- Wechsels stattfinden der, in seiner natürlich auftretenden Form, typisch für länger- dauernde Hypnotherapien ist. Grundlage dieses Wechsels könnte, laut Rossi (138),

„Abwechslung zwischen unbewusstem Gleiten kontra Beobachten und teilweises Kontrollieren“ sein.

Diese Schaffung eines Wechsels des Bewusstseinszustandes könnte möglicherweise für die Tranceerfahrung förderlich sein, da Rhythmen zwischen Bewusstsein und unbewusster Arbeit/Trance natürlich in Hypnotherapien auftreten. Bereits Erickson und Rossi (81, 83) beschreiben die Beobachtung von äquivalenten zu 90- minütigen, ultradianen Rhythmen in therapeutischen Trancen.

Durch die Unterbrechung der beginnenden Trance kann sein Bewusstsein einen Zusammenhang zwischen dem Punkten vor und nach der Trance herstellen (assoziativ über den erlebten Bewusstseinszustand „wach“ und das Frage- Antwort- Spiel), und somit eventuell eine Amnesie für die dazwischenliegende leichte Trance herstellen. (81) Hierbei muss es sich nicht um eine komplette Amnesie handeln, vielmehr genügt dass Details, wie die genaue Formulierung, etc., aus dem bewussten Gedächtnis abhandenkommen, um ihre Wirkung aus dem Einflussbereich des Bewusstseins zu entfernen.

Nach diesem Moment der herbeigeführten, bewussten Verwirrung und der weiteren Fragen wird sofort mit einer erneuten Vertiefung der Trance bzw. erneuten Induktion fortgefahren.

B: „Kennen sie das Gefühl, wenn sie sich nach einer Zeit, bei einer längeren Autofahrt, von der sie anschließend nicht genau wissen wie lange es gedauert hat, bemerken dass sie nicht mehr wissen, was sie in dieser Zeit, als sie dort saßen, in diesem Sitz im Auto, wenn sie an ihrem Rücken, an der Rückseite ihrer Oberschenkel spüren, was genau sie getan haben? [Pause] Dass der Blick vielleicht hinaus durch die Scheiben wandert und man irgendwann bemerkt, [Pause] dass man einen Sitz nicht mehr spürt, wenn man länger darauf sitzt.

Der Patient weiß zu diesem Zeitpunkt noch immer nicht genau, was Trance ist. Zwar hat er schon oft, unbewusst, eine Trance erlebt, sein Bewusstsein weiß das jedoch vermutlich nicht. Auch die, mit der Situation scheinbar unzusammenhängende, Geschichte hat noch keine Klärung geschaffen.

Nun wird eine Situation beschrieben die an die vorherige Trance dieser Sitzung anknüpft, da es sich grundsätzlich um die selbe Tätigkeit handelt, das Autofahren.

Jedoch wird nun der Fokus auf einen anderen Aspekt, nämlich die Alltagstrance, gelegt.

Erickson und Rossi definieren Trance als einen „Sonderzustand“ der den Patienten mit „seiner Aufmerksamkeit auf ein paar innere Realitäten konzentriert“. (138) Bei der Alltagstrance handelt es sich um eine spontan- auftretende Trance im alltäglichen Kontext. Egal ob Alltags- oder therapeutische Trance, beide werden von Erickson und Rossi nur als Varianten der alltäglichen Träumerei gesehen, die „jeder kennt, aber nicht notwendigerweise als veränderten Bewusstseinszustand erkannt wird“ (81) Hier liegt somit auch eine Verantwortung des Therapeuten, in der Ratifizierung der Trance, um somit dem Unbewussten des Patienten eine gewisse Macht bzw. Autorität zur Problemlösung zuzusprechen.

Hier wird nun eine allgemeine Situation mit genug Hinweisen zu detaillierten, inneren Empfindungen und Wahrnehmungen beschrieben um ein Bild im Patienten entstehen zu lassen, um den Fokus nach innen zu legen. In diesem speziellen Fall bedient sich der Verfasser zusätzlich einer automatischen Regression, einem, nach Bandler und Grinder „Loslösen des Patienten vom gegenwärtigen Zustand, den momentanen Raum- Zeit-Koordinaten“ (89) um an eine frühere Trance- Erfahrung anzuknüpfen, in diesem Fall einer Alltagstrance, von der ausgegangen werden kann dass sie der Patient durchlebt hat.

Dies wird erreicht, indem die frühere, jedoch allgemeine Situation in möglichst vielen Details beschrieben und dadurch ein indirektes assoziatives Fokussieren (81) ausgelöst wird. Dies ist ein „fundamentaler linguistischer Prozess, durch den Subjekt und Objekt auf einer tiefen (unbewussten) strukturellen Ebene automatisch vertauscht werden“. (81) Durch dieses indirekte Assoziieren mit eigenen Erfahrungen kann beim Patienten eine Trance ausgelöst werden. Hilfreich ist auch die komplexere, verschachtelte Satzstruktur um das Bewusstsein zu überladen.

Dafür soll hier ein Beispiel, dass fast jeder Mensch mit dem Führerschein und einer gewissen Erfahrung hinter dem Lenkrad gemacht hat, benutzt werden um zu vermitteln, dass jedes benötigte Werkzeug bereits im Patienten vorhanden ist. Gleichzeitig werden verschiedenen Suggestionen eingestreut, wie z.B. für einem Amnesie für die Trance und eine Veränderung der kinästhetischen Empfindung, die ganz natürlich bei Alltagstrancen auftreten.

Sie wissen dass sie mit dem Auto gefahren sind, denn sie sind offensichtlich weitergekommen. Sie sind über eine längere oder kürzer scheinende Zeit [Pause] absolut still gesessen, haben sich genau dort bewegt wo es nötig und gut ist. Diese Bewegungen, die am Anfang, in der Fahrschule, vielleicht leichter oder weniger leicht waren, passierten später wie [Pause] ganz von selbst, ohne dass ihr Bewusstsein einen Gedanken daran verschwenden musste.

Hier werden wieder Allgemeinplätze beschrieben die bei jeder Autofahrt bzw. bei jeder Fahrausbildung vorkommen.

Damit sollen grundsätzliche Dinge für diese Trance im Hier und Jetzt kommuniziert werden: der Patient konnte schon mal länger still sitzen, er kann sich immer bewegen wenn er das Bedürfnis hat, etwas das er gelernt hat war am Anfang schwer und wurde später durch das Unbewusste leichter.

Somit wird auch eine indirekte Suggestion zur Bewegungslosigkeit, einem allgemeinen Trancezeichen, gegeben. (81)

Es könnten die Worte über Bewegung auch als Suggestion zur ideomotorischen, heißt unbewussten, Bewegung aufgenommen werden. Dies traf in diesem Fall jedoch nicht zu.

(Ab hier wird das Sprechtempo des Verfassers deutlich langsamer.)

Das Gas- und Bremspedal wurden ganz feinfühlig betätigt, die Kupplung wenn nötig. Die Hände haben in einer bestimmten Position, vielleicht beide gleichzeitig oder manchmal nur eine oder eine nach der anderen [Pause] das Lenkrad bedient, gedreht, viele hundert Kilo Metall eine neue Richtung gegeben. Die Augen waren [Pause] offen wenn es etwas zu beobachten gab, sie konnten sich auch [Pause] bereits schließen wenn es an der Zeit war zu blinzeln.

Auch hier wird nochmals die Möglichkeit zur Bewegung bzw. Ruhe im Lernkontext bzw. sowie gleichzeitig ideomotorische Bewegungen suggeriert (wobei der Patient auch hier nicht darauf reagiert).

P: (blinzelt hier vermehrt, der Blick scheint etwas ins Leere zu wandern/die Augen verlieren langsam ihren Fokus; die Atmung ist bereits deutlich langsamer und tiefer als zu Beginn)

B: „Wissen Sie...[hier ca. 10 Sekunden Pause; der Verfasser schließt mehrmals lang- und bedeutsam die Augen und öffnet sie wieder]

Hier reagiert der Verfasser auf die körperlichen Veränderungen des Patienten. Vermehrtes Blinzeln bzw. ein verminderter Fokus der Augen sind häufig Anzeichen für einen nach innen-kehrenden Fokus des Patienten, heißt Entwicklung einer Trance. Weitere beobachtbare Anzeichen können sein: Katelepsie (ausgeglichener Muskeltonus), verminderte Bewegungen, glatte und entspannte Gesichtszüge, Verschwinden bzw. Verzögerung von Reflexen, veränderte Atmung (meistens niedrigere Frequenz), etc. (81)

Solche spontan auftretenden Trancezeichen werden von Erickson und Rossi als echtere Trancezeichen bezeichnet, als wenn diese kausal nach einer Suggestion derselbigen auftreten, da hier Schwierigkeiten, die sich aus den bewussten Einstellungen und Glaubenssystemen des Patienten ergeben (wie z.B. das Bedürfnis des Patienten einer therapeutischen Autorität zu gefallen und deswegen eine Trance mit den gewünschten Anzeichen vorzuspielen), auftreten.

Manchmal überrascht man sich selbst [Pause], wenn man auf seine Atmung achtet. Einatmen und Ausatmen. [Aussagen wurden hier und in den folgenden Teilen mit tatsächlichem Atemrhythmus des Patienten synchronisiert.] Auch für Sie jetzt, [Pause] wenn wir bald etwas neues erleben können, wenn sich eine neue, [Pause] Einatmen und Ausatmen [Pause] Sichtweise findet, wie man Dinge erleben kann.“

Der erste Satz ist eine zusammengesetzte Suggestion. Der erste Teil soll einerseits durch das Element der Überraschung ein Aufheben der gewohnten Beschränkungen (109) und andererseits durch die zeitliche Trennung (durch die Pause im Satz) eine unbewusste Suche auslösen. Im zweiten Teil wird dieses Suchen durch das Erwähnen der Atmung dorthin gelenkt. Durch das Anpassen der Worte an den tatsächlichen Atemrhythmus wird nicht nur implizit die aktuelle Situation des Patienten akzeptiert, es wird auch zwischen den Zeilen mitgeteilt, dass sich bei der Atmung etwas verändert und das ist seiner Aufmerksamkeit wert. Bandler und Grinder schreiben „Atmungsgewohnheiten sind an bestimmte Sinnesmodalitäten geknüpft, und diese werden verändert, wenn jemand den Bewusstseinszustand ändert“. (140) Dies ist impliziertes Wissen eines jeden Menschen, dass man z.B. unter Anstrengung schwer

atmet, dass man bei kompletter Entspannung leicht, langsam und tief atmet. Somit weist man dem Patienten auf seine Atmung hin, damit er unbewusst realisieren kann, dass die Atmung und somit sein Bewusstsein verändert ist.

Während die Aufmerksamkeit nun wahrscheinlich bei der Atmung liegt, wird eine Suggestion mit den Kernelementen „jetzt“, um einen zeitlichen Bezug zur aktuellen Situation herzustellen, mit einer erneuten Pause und wiederholtem Pacing der Atmung und einer neuen Sichtweise in nötigen Bereichen gegeben.

P: (Patient schließt hier die Augen)

B: „Sehr gut.

Wie man den Weg des Atmen verfolgen kann, ist schon wirklich etwas sehr Schönes, nicht wahr, wie er über die Nase einströmt, hinten den Hals hinab in die Lunge. Wie man ihn spüren kann wie er [Pause] den Brustkorb hebt, um anschließend, manchmal etwas langsamer, mit dem Senken des Brustkorbes wieder hinauszugehen. Und manche Menschen finden es wunderbar faszinierend zu beobachten, ob [Pause] mehr Luft durch die linke oder die rechte Seite der Nase einströmt, auch wenn sie am Anfang nicht genau wissen, [Pause] wie sie dies spüren sollen.

Oder wenn Menschen sich fragen, warum manchmal ein Atemzug wirklich die ganzen Lungen ausfüllen und dabei selbst die letzten Rippen heben kann und manchmal sich diese letzteren Rippen nicht heben müssen.

Und was hört man selbst wenn man atmet? Ist jeder Atemzug gleich? Welcher ist der ruhigste, der langsamste oder der tiefste?

(längere Pause)

In den oberen Paragraphen wird an die beginnende Trance angeschlossen und vom Verfasser versucht, den Fokus des Patienten weiter nach innen zu verlagern. Dazu wird erneut die Atmung gebraucht, dieses Mal jedoch nicht anhand der Frequenz sondern der Atemwege, kinästhetischer Empfindungen durch die Atembewegung. Durch das Variieren der angesprochenen Sinne (Weg der Atmung als Bild, Empfindung der Atembewegung als Kinästhetik, Lautstärke als auditiver Reiz) wird versucht, das gesamte Erleben des Patienten in die Erfahrung einzubinden.

Und wenn Menschen träumen dann atmen sie auch langsamer, [Pause] so wie sie jetzt.

[Pause]

Und befinden sich in entspannten Körper- Positionen, und können sich, wenn nötig, bewegen um eine noch entspannendere Position zu finden, [Pause] so wie sie jetzt. [Pause] Und haben die Augen geschlossen, so wie sie jetzt. [Pause]

Über Träume hat jeder Mensch ein implizites Wissen: Träume sind unbewusst-gesteuert und dadurch oftmals sehr unkonventionell; ihre Inhalte werden vom Bewusstsein während des Träumens selbst erlebt, aber nicht immer beeinflusst; Träume erlebt man, wenn man nicht wach ist, wenn der Bewusstseinszustand verändert ist; an Träume erinnert man sich nicht immer.

All das weiß der Patient wenn der Verfasser über Träume spricht. Mit den oberen drei Sätzen wird der Übergang von der Trance- Induktion via Geschichten, Atmung, etc. zur eigentlichen Trance geschaffen. Der Verfasser spricht nacheinander drei Allgemeinplätze aus, von denen jeder durch die Beobachtung ergänzt wird, dass dies dem aktuellen, beobachtbaren Zustand des Patienten entspricht. Dies impliziert dass er sich wie ein träumender Mensch verhält und somit träumen muss.

Wenn diese Allgemeinplätze akzeptiert werden und dieses Ja- Setting auch auf die eigene Situation übertragen wird, greifen simultan auch die in den Allgemeinplätzen inkludierte Suggestionen bzgl. einer tatsächlich stattgefundenen Bewusstseinsveränderung, autonom- unbewusster Aktivität, einer Beobachterrolle des bewussten Verstandes während der Trance, einer eventuellen Amnesie bzgl. des Trancegeschehen. (83)

Diese indirekte Form der Suggestion, von Milton Erickson klassifiziert, wird benutzt um, z.B. oben genannte, kognitive Assoziationen und unbewusste Prozesse zu fördern.

(81)

Und wenn Menschen träumen können sie Geschichten erleben, [Pause] die manchmal nicht sofort verstanden werden können. Oder sie verstehen etwas mit ihrem bewussten Verstand [Pause] und ihr Unbewusstes lernt etwas ganz anderes. Viele erinnern sich anschließend nicht an den soeben erlebten Traum, aber wissen dass [Pause] irgendwo in ihrem Unbewussten alles Wissen darüber, ja sogar [Pause] die Quelle dieses schönen Traumes liegt.

Hier werden einige Punkte die bereits oben impliziert wurden, wie z.B. Amnesie und bewusstes Unverständnis des Tranceinhaltes bei gleichzeitigem, unbewusstem Lernen,

noch einmal explizit erwähnt. Der Verfasser fand diese erneute Ausführung von Allgemeinplätzen nötig, um diese erste Tranceerfahrung dieses hoch- motivierten aber unerfahrenen Patienten mittels eines stärkeren Ja- Settings zu stabilisieren.

[Patient sitzt hier völlig bewegungslos mit geschlossenen Augen, langsam und tief atmend mit teilweise sichtbaren Augenbewegungen hinter den Lidern.]

Jemand hat einmal geträumt, dass er in einem Tal wandert.

Hier kann der formale Beginn der therapeutischen Trance angesetzt werden. Es wird wieder anhand des indirekten- assoziativen Fokussierens (81) keine direkte Suggestion gegeben, sondern scheinbar über etwas gesprochen, dass eine dritte Person erzählt bzw. erlebt hat.

Dies erleichtert die Gabe von Suggestionen ungenau, da die unterliegenden assoziativen Prozesse die eingebettete Nachricht, wenn passend, durchaus annehmen und verarbeiten können. Sollte die verwendete Suggestion jedoch nicht passend sein und keine sinnvollen Assoziationen auslösen, entsteht kein bewusster Widerstand.

[Sprechtempo ist ab hier deutlich verlangsamt] Ein Tal mit diesen charakteristischen Landschaften, wie es manchmal ein nackter Felshang mit kleinen Pflanzen, die zwischen den einzelnen Steinen hervorwachsen, sein kann. Oder auch ein Waldhang, mit den typischen Arten, der sich auch bis an den Talboden erstrecken kann, dem Waldboden, seine typische Beschaffenheit unter den Bäumen mit ihren leichten, dichten Farben. Oder kleinen Steinen, Kies oder Sand ähnelnd, wie er veränderlich die Formen des Tals bestimmt. [Pause] Wie Wasser, dass nur vom Himmel fällt oder sich manchmal wie ein Fluss durch ein Tal einen Weg bahnt. Das Licht das in einem Winkel in das Tal fällt.

Hier wird eine Szenerie mit möglichst allgemeinen Ausdrücken aufgebaut. Für den Verfasser war es, auf Grund des weiteren Verlaufes, wichtig, den Startpunkt in einem Tal zu wählen. Alles andere wurde, durch allgemein Formulierungen die aber möglichst genaue, innere Bilder implizieren, dem Patienten überlassen. Beispielsweise gibt die Aussage "mit diesen charakteristischen Landschaften" keine Aussage über

landschaftliche Details an sich, sie aktiviert jedoch Erinnerungen bzw. Assoziationen die der Patienten mit etwaigen Landschaften verbindet.

Im oberen Absatz wurden primär Bilder, sprich visuelle Assoziationen aktiviert.

Es ist wirklich interessant, [Pause] wie sich ein Boden verschieden anfühlt, während man darauf geht und steht, wenn man wirklich genau hinsieht, [Pause] spürt, [Pause] wie Unterschiede sich bemerkbar machen, sogar manchmal hörbar sind. Ob eine Bewegung sich wie die nächste anfühlt, sich anders anhört? Wie kompakt oder lose, wie weich oder fest, wie sehr ein Boden allein riechen kann oder wie weit man ihn sieht?

Hier werden noch andere Sinnesmodalitäten ins Spiel gebracht, um die Erfahrung der inneren Bilder zu vervollständigen und so eine weitere Absorption des Bewusstseins in die innere Realität zu bewirken. Durch das Ansprechen aller Sinnesmodalitäten wird außerdem sichergestellt, dass die nicht im Wachzustand bevorzugt verwendeten Sinnesmodalitäten ebenfalls abgedeckt werden. Dies führt laut Bandler und Grinders' Modell der "Overlapping Representational Systems" (überlappende bzw. verschränkte Repräsentationssysteme) so gut wie immer zu einer bedeutenden Änderung des Bewusstseinszustandes, und soll hier zur Vertiefung der Trance benutzt werden. (140)

Es ist wirklich interessant, (Pause) wie sich dieser Ort anhören kann. Welche Töne Wind erzeugt, wie das sich bewegende Leben hörbar ausdrückt.

Und diese Person, die dies träumte, war umgeben von Nebel, war im Nebel. Er schien das ganze Tal auszufüllen, so weit und so dicht dass dann kein Weg hinaus gesehen werden konnte.

Doch erfahrene Wanderer wissen, [Pause] man muss nur Hinweisen folgen um weiter zu kommen, sein Ziel zu erreichen.

Als erstes erfolgt hier eine Umstellung von "Jemand" auf "diese" in der Personenbezeichnung. Im normalen Sprachgebrauch benutzt man die Beschreibungen jemand, jene, etc. für Personen, Objekte denen man eine gewisse Entfernung, sei dies geographisch oder auch emotional oder inhaltlich, zuschreibt. Denn über "jene" Personen, über "jemanden" kann man sprechen, denn sie oder er ist nicht hier. Dadurch kann man zu Beginn eine bessere Verallgemeinerung beim indirekten-assoziativen Fokussieren erreichen.

Im Laufe der Trance kann auf "diese" umgestellt werden, welches eine unmittelbare Präsenz (in allen oben genannten Bereichen) ausdrückt.

Allerdings wird noch immer davon gesprochen, dass es sich um einen Traum handelt.

Träume können ohne Bedeutung sein, oder eine fundamentale Neuorientierung auslösen. Träume haben Menschen jede Nacht ohne sich an viele zu erinnern, gleichzeitig waren Träume in der gesamten Menschheitsgeschichte mit prophetischen Qualitäten assoziiert. Dies ermöglicht die Entladung eines eventuell bestehenden, bzw. die Vorgabe einer speziellen Situation (in der Imagination) durch den Verfasser ohne die Entstehung von, Widerstand.

Nebel wird hier als eindeutige Anspielung auf Rauch, der durch Zigarettenkonsum produziert wird, verwendet. Ob dies der Patient in diesem Moment versteht ist fraglich, da in einer Trance oft nur der Wort- wörtliche Sinn einer Aussage bewusst verstanden wird, wobei Assoziationen unbewusst durchaus geknüpft werden. (81) Weiter wird impliziert, dass es derzeit nicht möglich ist, den Rauch zu verlassen, dass sich aber mit einer wachsenden Erfahrung die Fähigkeit entwickelt, Lösungswege zu entdecken die bis dahin nicht als solche interpretiert worden waren.

Ein Fluss der in jene Richtung läuft, eine Stelle im Boden die Besonderes [Pause] deutet und sich in eine Richtung fortsetzt, spürbar wenn man darauf schreitet, sogar das Zwitschern von Vögeln in den Bäumen oder im Himmel, wohin sie sich bewegen, wohin sie rufen. [Pause] All das kann Richtungen zeigen und Vertrauen geben, so wie [Pause] Moos auf einer Seite eines Baumes eine Himmelsrichtung zeigen kann.

Diese Person, konnte diesen unscheinbaren Zeichen folgen, auch als [Pause] der Weg steiler wurde. Denn zu wissen dass es beschwerlich ist weil es [Pause] bergauf geht, kann oft schon [Pause] genug sein. Einen Schritt nach dem anderen machen zu können.

Jeder Mensch kennt, dass er irgendwo unterwegs ist und die meisten Details seiner Umgebung übersieht. Man hat zwar den Eindruck man würde alles wahrnehmen, aber auf Nachfrage stößt man schnell an seine Grenzen. Unsere bewusste Wahrnehmung ist fähig, "bis zu 7 Informationsquellen gleichzeitig bewusst wahrzunehmen." (140), deshalb entgeht uns zwangsläufig sehr viel in unserer Umgebung.

Man kann sich mit Menschen unterhalten und unmittelbar danach bereits keine Aussage über einzelne Kleidungsstücke, Wortlaute, etc. treffen kann. Ein grobes Bild bleibt, aber die bewusste Kapazität für Details ist begrenzt.

Dass Moos auf einer Seite eines Baumes wächst ist in den meisten Fällen egal. Wenn wir allerdings einen Weg suchen kann es von größter Wichtigkeit sein, denn es zeigt eine Himmelsrichtung an. Gleichzeitig ist dies ein Allgemeinplatz.

Somit folgt ein Allgemeinplatz einer Reihe von Aussagen über Tatsachen, die man zwar im Rahmen des großen Zusammenhanges wahrnimmt aber selten beachtet. Dieses Nacheinander von Aussagen und einem Allgemeinplatz entspricht einer zusammengesetzten Suggestion, in der sich die oben genannten Einzelteile gemeinsam verstärken. (81)

Im Anschluss erfolgt sofort der "Bericht" über den Erfolg der träumenden Person. Besonders wichtig ist diesbezüglich auch das Angebot der Umdeutung von Anstrengung im Prozess als Zeichen des Fortschritts. (Reframing- Konzept; siehe Kapitel „ideomotorische Signale“)

Und diese Person ging weiter bergauf, auch über Steine, kleine wie große, und mit der Anstrengung der Überwindung der großen konnte ihm bewusst werden, [Pause] dass sie doch nur Treppen hinauf waren, hin zu [Pause] seinem Ziel. Jeder Atemzug Zeichen der Anstrengung, bei dem Einatmen – Ausatmen – Einatmen – Ausatmen [hier wieder mit dem Atemrhythmus des Patienten synchronisiert], konnte oftmals schwierig sein, auf dem Weg, dieses tiefe [Wort langgezogen] Atmen weiter durchzuführen, doch blieb er in schwierigen Momenten ganz darauf konzentriert.

Hier wird weiter auf den Weg zum Ziel eingegangen, eingebettet in die aufgebaute Situation.

“Steine in den Weg legen” bedeutet umgangssprachlich bewusst Schwierigkeiten kreieren. Eine Treppe ist jedoch ein hilfreiches, architektonisches Konstrukt um einen Ort besser zugänglich zu machen. Indem Steine zu einer Treppe werden sagt man dem Patienten dass er aus Schwierigkeiten soviel lernen kann, dass er dadurch sogar noch kompetenter, erfolgreicher werden kann.

Ein wichtiger Punkt ist die weitere Anpassung an den Patienten, in dem “diese” Person sogleich zu “ihm” wird. So kann unbewusst eine immer engere Assoziation mit dem Patienten aufgebaut werden, ohne jemals zu sagen “Sie müssen lernen mit dem Rauchen aufzuhören!”.

Erneut wird auf die aktuelle Atmung eingegangen. Die Beobachtung der Atmung, ein damit einhergehendes Bewusstmachen der aktuellen Situation und ein etwaiges

Erlangen der Kontrolle über auftretende Erregungsreaktionen (Panik, Angst, Unruhe, etc.), werden vom Verfasser sehr gerne eingesetzt. Die Atmung ist einer von zwei unbewussten Vorgängen (der andere ist der Lidschlag), auf die auch bewusst Einfluss genommen werden kann und die eng mit dem aktuellen, physiologischen sowie psychologisch- emotionalen Zustand der Person verbunden sind. (165)
Deshalb wird auch die post- hypnotische Suggestion des Erinnerns und Konzentrierens auf die Atmung angeboten.

Und so stieg er immer weiter, mit einem Schritt nach dem anderen. (längere Pause)
Bis an den Punkt über [Pause] den Wolken, über dem Nebel. (Pause)

Ein Schritt nach dem anderen. Wenn eine Herausforderung als Ganzes betrachtet wird, kann sie ob ihrer Größe überwältigen. In Einzelschritte zerlegt ist alles bewältigbar, man muss dann nur einen Schritt nach dem anderen machen. Hier in dieser Geschichte, z.B., schafft man es sogar aus dem Nebel (=Rauch) heraus.

Dieser Mensch wusste seit langem dass er sich aus den Schwaden erheben und [Pause] zurückschauen wird können, auf die Zeit davor. Und genießt nun wirklich jeden Atemzug in der frischen Luft, kann tief [langgezogene Aussprache, mit Einatmen des Patienten synchronisiert] atmen und seine Lungen mit jener neuen Vitalität füllen die so typisch ist, wenn man eine große Leistung vollbracht hat.

Nun da der imaginäre Gipfel erklommen ist, kann man zurückblicken auf das was man erreicht hat. Und er muss es bereits erreicht haben, denn die Zeitform ist nun das Präsens. Der Zeitwechsel soll genau dieses „bereits angekommen“ implizieren, genauso wie den Bezug auf den Patienten, von einer entfernten Person zu einer nahen, von einer Person zu einem Mann, von jemandem in der Vergangenheit zu einem Mann im Hier und Jetzt.

Doch egal wie viel Änderung jetzt [Pause] bereits passiert ist, weiß dieser Mensch auch [Pause] dass es einmal Zeit ist, aus Träumen aufzuwachen, egal an wie viel davon man sich nach dem Aufwachen erinnern kann, bei manchen ist es mehr, bei anderen weniger.
(Pause)

“Egal wie viel Änderung jetzt bereits passiert ist” hat eine Voraussetzung: es ist schon eine Änderung passiert. Mehr oder weniger, die Quantität ist nicht entscheidend, nur das etwas Neues entstanden ist und nun weiter arbeiten kann. Diese Aussage wird wieder mit einer allgemein- gültigen Aussage kombiniert, denn bis jetzt ist der Patient noch aus jedem Traum wieder- aufgewacht.

Auch wird nochmals ein post- hypnotisches Angebot für Amnesie gegeben. Hier ist es wieder in einen Allgemeinplatz verpackt, denn manchmal erinnert man sich an Träume und manchmal nicht.

Manche wachen auf indem sie ihre Augen öffnen, sich bewegen und sich dann erheben, andere [Pause] öffnen ihre Augen und müssen sich erheben bevor sie sich strecken und alles bewegen was Bewegung braucht.

Grundlegende Dinge die die meisten Menschen machen wenn sie aus einer Trance kommen werden in verschiedenen Variationen angeboten. So kann impliziert werden, dass egal wie der Patient nun aufwacht, in welcher Reihenfolge er Dinge tun wird, er tut sie weil er in einer Trance war.

[Pause während sich die Atmung des Patienten beschleunigt, er langsam die Finger zu bewegen beginnt, schließlich die Augen öffnet, sich zu strecken beginnt und aufsteht um ein paar Schritte durch den Raum zu machen.]

B: „Und wie alt waren sie eigentlich als sie den Führerschein gemacht haben?“

P: „Bitte?“

B: „Wie alt waren sie eigentlich als sie den Führerschein gemacht haben?“

P: „Ich, ich war 18, haben wir darüber nicht bereits gesprochen?“

B: „Manchmal kann man sich dessen nicht so sicher sein. Haben sie auch ihren Führerschein bei der Bundespolizeidirektion hier in der Stadt abgeholt?“

P: „Ja, habe ich.“

B: „Waren sie auch bei dem Schalter im ersten Stock, wohin man durch die Stiegen auf der linken Seite kommt?“

P: „Das, das weiß ich nicht mehr so genau.“

(Es folgt noch ein kurzes Gespräch bzgl. der Formalitäten bei der Führerscheinausstellung, Radarstrafen, etc.)

Mit dem schnellen Themenwechsel und Beginn eines Gespräches werden primär zwei Dinge angestrebt: einerseits wird mit dem Thema wieder zum Beginn der Sitzung zurückgekehrt und somit eine bewusste Assoziation zwischen Anfang und Ende geschaffen. Dies legt laut Erickson (81) einen Schleier über die dazwischen passierte, unbewusste Arbeit und fördert somit eine Amnesie bzgl. derselbigen. Dies wird durchgeführt um den unbewusst- erarbeiteten Inhalt mit etwaigen nützlichen, neuen Entwicklungen für die Persönlichkeit vor dem Einfluss des Bewusstseins mit seinen alten Mustern zu schützen.

Andererseits führt der Inhalt der Fragen den Patienten sowohl örtlich als auch zeitlich weit weg von der aktuellen Situation. Er wird in seiner Vorstellung an einen Ort vor über zehn Jahren und mehreren Kilometern Entfernung geführt. Erickson demonstrierte als Beispiel: „Wenn man fragt „Wo sind sie geboren worden?“, so ist dies ein massiver Eingriff in den Gesprächsverlauf. Man fördert nachdrücklich potentielle Amnesie. Ich führe sie weit weg von diesem Raum und fördere dadurch Amnesie für das, was hier vorgefallen ist. Ich halte sie dann in Memphis fest, indem ich sie in ihren Erinnerungen in Memphis kramen lasse, ob dort mein Name erwähnt wurde.“ (81)

3.2.3.4 Ideomotorische Signale

3.2.3.4.1 Was sind ideomotorische Signale?

Grundlage des Konzeptes der ideomotorischen Bewegungen ist die „Ideo- Dynamik“. Dieser Begriff beschreibt eine Fülle von psycho- physiologischen Reaktionen bei der es auf Grund einer kognitiven Aktivität (Idee, Imagination, Emotion, etc.) zu einer körperlichen Reaktion kommt. Als Beispiele können hier die Tränenproduktion und -abfluss bei Freude oder Trauer, vermehrte oder verminderte Darmperistaltik sowie vermehrtes Schwitzen bei Nervosität, etc. angeführt werden.

Die „ideomotorische Aktion“, ein von W. B. Carpenter geprägte Term, bestehend aus „ideo“ (Idee oder mentale Repräsentation) und „motor“ (muskuläre Aktivität), beschreibt die unbewusst- ablaufende Aktivierung von motorischen Einheiten und dazugehörigen Muskeln durch eine kognitive Aktivität. (166)

Ideomotorische Aktivität wird in der Form von ideomotorischen Signalen vor allem im Bereich der Psychologie und Hypnose als Feedback- Mechanismus, sowohl für den Patienten/die Patientin als auch die behandelnde Person, eingesetzt. Durch verschiedenste muskuläre Bewegungen (Arm-, Finger-, Bein- bzw. Kopfbewegungen; von deutlichen wie bei Handlevitationen, etc. bis zu minimal- zuckenden reichend; auch das klassische „Chevreul- Pendel“ basiert auf minimalen muskulären Bewegungen (167)) kann ein Kommunikationssystem mit dem Unbewussten der Patienten/des Patienten aufgebaut werden. Diese geschieht meistens in der Form von Ja/Nein- Fragen. Für jede Antwort wird ein spezifisches Signal vereinbart.

Es besteht sowohl die Möglichkeit, die Antworten vorzugeben (z.B. für „Ja“ bewegt sich der linke Zeigefinger, für „Nein“ bewegt sich der rechte Zeigefinger) oder sie die Patientin/den Patienten selbst entwickeln zu lassen (siehe nachfolgendes Beispiel) (diese zweite Variante ist zu bevorzugen, da hierbei die Verantwortung der Signal- Validität vom Therapeuten weggenommen wird und keine Chance gegeben wird, Widerstand aufzubauen).

Der Anwendbarkeit ist sehr breit, da rund 90% der Bevölkerung ideomotorische Signale entwickeln können. (168)

Sie stellen außerdem einen guten Einstieg in den Bereich der hypnotisch- therapeutischen Erfahrungen dar, weil sie sehr leicht zu dissoziativen Zuständen führen (die oft als Schritt zur Tranceinduktion beschrieben werden (160), ohne einer formellen Tranceinduktion zu

bedürfen. (Oder ohne den gesamten Vorgang „Trance“, „Hypnose“, etc. nennen zu müssen, da diese Begriffe in der Gesellschaft noch mit Stigmata behaftet sind.) Dies wird durch die implizierte Auftrennung in einen beobachtenden, bewussten Teil und jenen Teil der Patientin/des Patienten, der Bewegungen ausführt bzw. Zeichen gibt, erreicht. (167) Außerdem ermöglicht diese Beobachter- Position der Patientin/des Patienten in Bezug auf den Prozess die Behandlung/Thematisierung von hochsensiblen und emotionell- geladenen Themen ohne äquivalente Entwicklung von Widerstand bzw. Abreaktionen.

Weiter kann in der oder den ersten Sitzung(en) allgemeine Arbeit mit dem etablierten Kommunikationsnetz wie z.B. die Themen unbewusstes Lernen, entwickeln von guter Zusammenarbeit des Bewussten mit dem Unbewussten, etc. ausgeführt werden. Dieses Netz kann in weiterer Folge jedoch auch für tiefer gehende bzw. spezifischere Themen bzw. Probleme verwendet werden wie z.B. Verhaltensmodifikation in Bezug auf Risikofaktoren im kardiovaskulären Bereich, Traumabehandlung im psychiatrischen Bereich, Schmerzausschaltung in der Onkologie, etc..

3.2.3.4.2 Validität

Vor allem in Bereichen der Kommunikation, bei denen der Therapieerfolg auf Feedback von Patienten beruht, wie z.B. beim ideomotorischen Signalisieren, ist es essentiell, authentische Information von nicht- authentischer zu unterscheiden.

Bevor jedoch die Authentizität von ideomotorischer Information diskutiert wird muss eine grundlegende Aussage getroffen werden. Erickson und Rossi schrieben diesbezüglich „Ideomotorische Antworten sind nicht notwendigerweise gültiger als andere, sie entstammen einer anderen Informationsquelle, die Einzelne dazu führen kann, sich gelegentlich in wichtigen Angelegenheiten fundierter entscheiden zu können, denn es steht ihnen mehr von ihrer eigenen Information zur Verfügung. Ideomotorisches Signalisieren sollte bei wichtigen Entscheidungen jedoch nicht als einzige Informationsquelle benutzt werden, sonder stellt einfach eine von vielen Möglichkeiten dar, zur Entscheidung zu kommen.“ (83) Nur weil Informationen unbewussten Ursprungs sind, sind sie nicht weniger subjektiv bzw. in weiterer Folge nicht weniger fehleranfällig. Diese Grundeinstellung gilt es in allen Phasen des therapeutischen Kontakts zu wahren.

Ideomotorische Signale können Informationen vermitteln, die bewusst nicht verfügbar sind. (169) Jedoch muss die Therapeutin/der Therapeut immer die Validität (im Sinn von tatsächlich unbewussten Ursprung anstatt bewussten Ursprung) der Signale selbst

hinterfragen. Zu oft versuchen Patienten Signale zu produzieren, von denen sie (auf bewusster Ebene) glauben, dass sie valide sind. Dies kann mit einem Wunsch, mit der Therapeutin/dem Therapeuten zu kooperieren, zusammenhängen, aber auch mit dem mangelnden Wissen und Erfahrung, was genau ideomotorische Signale sind und wie sie erlebt werden. Dieses Unwissen kann dazu führen dass versucht wird, bewusst Signale zu erzeugen, die der Anforderung der Therapeutin/des Therapeuten gerecht werden. Authentische unbewusste Signale zeichnen sich durch repetitive Ausführung mit meistens fast nicht sichtbarer Amplitude aus. Vorsicht gilt laut Rossi und Cheek (1967) bei Verbalisierungen vor den dazugehörigen ideomotorischen Signalen sowie Verbalisierungen nach einem einzelnen, starken Signal. Diese sind vermutlich bewusst-initialisiert und nicht hilfreich für eine tatsächliche Veränderung auf unbewusster Ebene. Hilfreich kann es sein, die Klientin/den Klienten auf etwas anderes zu fokussieren wie z.B. die Atmung, und dadurch in einem „unbeobachteten“ Moment, eine unbewusste ideomotorische Antwort zu erhalten.

3.2.3.4.3 Aufbau des Kommunikationsnetzes

„Jedes Signal, das seiner Natur nach nonverbal und beobachtbar ist“ kann laut Bandler und Grinder als Kommunikationsmittel benutzt werden. (1975)

Primär eignen sich motorische Signale für das Ja/Nein- Kommunikationssystem. Hier empfiehlt es sich, sollte die Entwicklung der Patientin/dem Patienten überlassen werden, verschiedenste Möglichkeiten vorzuschlagen, um eine unnötige Nervosität, ausgelöst durch Unwissen, was genau zu tun ist, zu vermeiden (z.B. „Signale können ein sich hebender Finger sein, der Kopf kann unscheinbar nicken als würde das Unbewusste „Ja“ sagen wollen, Füße können sich bewegen oder vielleicht erschafft ihr Unbewusstes auch etwas ganz neues, an das wir noch nicht gedacht haben.“).

Die Rahmenbedingungen geben vor, in welche Richtung sich die ideomotorische Sitzung weiterentwickelt. Möglich sind hier das Chevreul- Pendel, Fingersignale in einer sitzenden Position mit Händen auf den Oberschenkeln, sitzend mit den Ellenbogen in einer 90°- gebeugten Position mit den Handflächen zueinander. Stehende Positionen werden nicht empfohlen, da hier oftmals nicht der benötigte Entspannungszustand erreicht werden kann. Liegende Positionen sind grundsätzlich möglich, jedoch nur für Patienten/-innen die ausreichende Konzentrationsmöglichkeiten besitzen und nicht einschlafen.

Sobald die Rahmenbedingungen gegeben sind können Signale vorgegeben (siehe oben) oder entwickelt werden. (dies wird in den Punkten bzgl. der verschiedenen Ansätze bzw. im Beispiel dieses Kapitels erklärt)

Üblich sind Signale für „Ja“, „Nein“ und „Ich kann die Antwort noch nicht bewusst wissen“. Die ersten beiden ermöglichen klare Aussagen, letztere Antwortmöglichkeit stellt ein Ventil dar für kritische Themen die mit einem hohen Emotions- und möglicherweise Leidensdruck behaftet sind. Frühere Versuche von David B. Cheek mit der Antwortmöglichkeit „Weiß ich nicht“ schlugen fehl, da dies dann mit zunehmender Häufigkeit als Ausrede benutzt wurde, um therapeutisch- wichtige Themen zu vermeiden. (167). Die Annahme der Aussage durch die Patientin/den Patienten mit dem inkludierten „noch nicht“ enthält eine deutliche Implikation die besagt, dass es eine Zeit geben wird (ohne diese genauer zu spezifizieren), wenn dieser Inhalt bzw. die Antwort zugänglich gemacht werden.

Sollten motorische Signale von der Patientin/dem Patienten nicht entwickelt werden, können noch ideosensorische Signale (Empfindungen wie Kribbeln, etc., Temperatur, etc.) versucht werden. Diese erfordern, bis auf wenige Ausnahmen (eindeutige Durchblutungsunterschiede in den oberen Hautschichten mit unterschiedlichem Hautkolorit, deutliche Unterschiede in Transpiration, etc.), die Kommunikation des Empfindens (hier ist gleich Antwort des Unbewussten) durch die Patientin/den Patienten, damit die Therapeutin/der Therapeut weiterhin die Befragung des Unbewussten leiten kann.

3.2.3.4.4 Reframing

„Ausgangspunkt der Reframing- Technik ist die allgemeine Auffassung, dass man Dinge, die nicht so sind, wie man sie gern hätte, ändern kann. Man muss nur bestimmen, auf welches Ergebnis man hinarbeitet, welches Ziel man verfolgt, dann kann man auch neue Wege suchen, es zu erreichen.“ (167)

Reframing oder „Umdeuten“ im deutschen Sprachraum bezeichnet ein Werkzeug aus der Psychologie, spezieller aus der Systemischen Familientherapie, das von Virginia Satir vorgestellt wurde. Hierbei wird versucht, „einer Situation oder einem Geschehen eine andere Bedeutung oder ein anderer Sinn zugewiesen, und zwar dadurch, dass man versucht, die Situation in einem anderen Kontext (oder „Rahmen“) zu sehen“ (170).

Durch das Erweitern der Information über eine Situation , z.B. wird „Mir ist eine Vase hinuntergefallen und nun habe ich Besitz verloren“ mit „Scherben bringen Glück!“ erweitert, kann von einer materiellen Verlustsituation durch Reframing mit einer Redewendung eine Situation generiert werden, in der man sich von einer höheren Macht gesegnet fühlt.

Grundlegend für Reframing- Techniken im NLP mit ideomotorischen Signalen sind einerseits die Dissoziation von Verhalten (nach Außen) bzw. physiologischer Organisation (Krankheit) weg vom gesamten Menschen hin zu einem Teil des Ichs mit dem anschließend kommuniziert werden kann, als würde es sich um eine fremde Person handeln (z.B. gibt es einen Teil bzw. wird nach einem Teil gesucht der dafür verantwortlich ist, dass das falsche Essverhalten erhalten bleibt). Andererseits gilt das Konzept der „guten Absicht“, welches besagt, dass Verhalten immer einen Sinn hat (wie bereits bei der Darstellung der assoziativen Funktionsweise des Unbewussten bzw. System 1 besprochen) und es deshalb möglich sein kann, diese gute Absicht zu erhalten und nur die Ausdrucksform bzw. Umsetzung zu verändern. (140)

3.2.3.4.5 Variationen

Nachfolgend werden 3 Variationen der ideomotorischen Befragung vorgestellt:

3.2.3.4.5.1 „7- Stufen- Reframing“

Bandler und Grinder beschreiben dies in „Therapie in Trance“ (140):

- Stufe 1: „Ja/Nein/Noch nicht bewusst- Signale mit dem Unbewussten vereinbaren“: Hier werden durch Befragung, Suggestion und Beobachtung die einzelnen, zur Kommunikation notwendigen, Signale ermittelt.
- Stufe 2: „Verhaltensmuster XY bestimmen, das verändert werden soll“. Dies kann das Verhalten sein, mit dem die Patientin/der Patient zur behandelnden Person kommt, es kann jedoch auch ein der Patientin/dem Patienten unbekanntes Verhalten sein und das Unbewusste kann instruiert werden, das die Probleme auslösende Verhalten zu suchen ohne es benennen zu müssen.
- Stufe 3: „Trennung der positiven Funktion vom dazugehörigen Verhalten.“. Hier erfolgt die Dissoziation eines Teiles der Person, der für das Verhalten XY verantwortlich ist, von dem Rest der Patientin/des Patienten. Weiters wird das Kommunikationsnetz auf dieses Teil übertragen, damit eine direkte

Kommunikation möglich wird.(die Erfolgreiche Übertragung wird durch Ja/Nein-Zeichen bestätigt). Anschließend wird versucht zu erheben, welchen Sinn dieses Verhalten erfüllt. Dieser letzte Schritt ist nicht unbedingt notwendig, da der weitere Prozess keinen expliziten, bewusst erkannten Inhalt erfordert.

- Stufe 4: „Neue Alternativen entwickeln“. Hier wird das Assoziationsnetz aktiviert, indem man den dissoziierten Teil bittet auf alle bisherigen Lernerfahrungen zurückzugreifen, neue Verknüpfungen zu erstellen und dadurch eine Reihe von neuen Verhaltensmustern (Richtwert 10) zu entwickeln, die den selben Zweck erfüllen wie XY, jedoch ohne dessen belastende Konsequenzen. Hier ist es wichtig zu vermitteln, dass es sich noch(!) nur um einen kreativen Prozess handelt und noch keine der entwickelten Alternativen angenommen werden müssen.
- Stufe 5: „Neue Alternativen bewerten“. Hier sollen alle Alternativen bewertet werden um jene zu finden, die in der Umsetzung für die Patientin/den Patienten besser sind als das derzeitige Verhalten XY. Jeder solche Fund wird durch ein zugewiesenes Zeichen (z.B. „Ja- Zeichen“ mitgeteilt). Hier wird ein Minimum an 3 verschiedenen, besseren Alternativen angestrebt. Sollten weniger gefunden werden, empfiehlt es sich Schritt 4 zu wiederholen.
- Schritt 6: „Eine Alternative auswählen“. Hier soll der dissoziierte Teil das beste neue Verhalten auswählen und es wird vereinbart, ob dieser zuständige Teil die Verantwortung für die Testung des neuen Verhaltens übernehmen wird.
- Schritt 7: „Zukunfts- Pacing“. Hier soll eine oder mehrere Situationen imaginiert werden (bewusst oder unbewusst), in der statt dem alten Verhalten XY das neue angewandt werden wird. Es wird ein Signal vereinbart, ob die Situation dadurch zufriedenstellend gelöst wurde. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, wird zu Schritt 4 zurückgekehrt und der Prozess wiederholt.

3.2.3.4.5.2 Die „20 Fragen Methode“ – ein retrospektiver Ansatz (167)

Diese Variante wurde von L. M. LeCron entwickelt und eignet sich besonders für unerfahrene Therapeuten, da die schrittweise Annäherung an ein auslösendes Ereignis zu einer wiederholenden Auseinandersetzung mit dem selbigen (auf einer unbewussten Ebene) führt. Dadurch kommt es, bis bewusst zur tatsächlichen Ursache gelangt wird, zu einer aufbauenden Desensibilisierung.

Die grundlegende Einteilung erfolgt laut Rossi und Cheek in:

- Zugriff auf das Problem („Gibt es ein Problem in der Vergangenheit das für die aktuellen Probleme verantwortlich ist?“, „War es vor dem 20/10/8/etc. Lebensjahr?“, „Das Unbewusste kann diese Auslöser nochmal Revue passieren lassen und ein „Ja- Zeichen“ geben wenn es bereit ist, diese bewusst werden zu lassen, ein „Nein“- Zeichen wenn sie bewusst unbekannt bleiben sollen.“, etc.)
- Therapeutisches Reframing (siehe Bsp. „7-Stufen Reframing“)
- Ratifizierung der therapeutischen Erfolge (siehe Bsp. „7-Stufen Reframing“; bzw. führen Cheek und Rossi noch Befragung wie z.B. „Nach diesem Prozess, kann dieses Problem nun gelöst sein?“, „Gibt es etwas dass wir diesbezüglich noch wissen müssen?“, etc. durch)

3.2.3.4.5.3 Progressiver chronologischer Ansatz (167)

Bei der retrospektiven Bearbeitung können, laut Rossi und Cheek Probleme bei der Erlangung von unangenehmen Erinnerungen entstehen, die zu einer Unfähigkeit führen, diese auf Ebene der Sprach- steuernden Kognition zu manifestieren.

Zwei Möglichkeiten damit umzugehen sind, erstens, die Modifikation der jeweiligen Situation durch Imagination und dadurch Kreation einer alternativen Erinnerung mit angenehmeren Konsequenzen. Zweitens kann in der Zeit zurückgegangen werden zu einem Zeitpunkt vor dem auslösenden Ereignis und von dort in einer chronologischen Weise vorangeschritten werden. Dadurch soll die Patientin/der Patient essentielle Informationen zu traumatischen/auslösenden Ereignissen erhalten. Diese können, laut Rossi und Cheek, zu einer Auflösung des inneren Konfliktes führen.

3.2.3.4.6 Abschluss

Für den Abschluss einer ideomotorischen Sitzung gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- Gespräch: für motivierte und zuversichtliche Patienten kann der Abschluss in Form eines normalen Gespräches erfolgen. Dies kann vom Smalltalk bis hin zum Besprechen des weiteren Verlaufs (Wie, Wann, Wo wird das neues Verhalten sich manifestieren, wie damit umgegangen werden kann, was es bedeutet wenn zuerst keine Veränderung eintritt, etc.) reichen.
- Entspannungs- Trance: für unsichere bzw. zweifelnde Patienten besteht immer ein Risiko, dass bewusste, festgefahrene Verhaltens- und Denkmuster in den assoziativ- kreativen, unbewussten Prozess eingreifen. Deshalb kann nach dem

ideomotorischen Teil der Behandlung eine Entspannungstrance variabler Dauer und Tiefe durchgeführt werden, um neu- entwickelte Prozesse zu schützen. (für verschiedene Möglichkeiten für Entspannungsverfahren siehe Kapitel „Entspannungstrance“)

3.2.3.4.7 Beispiel

Nachfolgend soll an einer hypothetischen Patientin demonstriert werden, wie das ideomotorische Signalisieren für die Veränderung von relevanten Verhalten bei einem kardiovaskulären Risikofaktor eingesetzt werden kann. Leitfaden ist das 7- Stufen-Reframing nach Bandler und Grinder.

Als Beispiel soll hier eine, hypothetische Patientin mit multiple kardio- vaskulären Risikofaktoren angeführt werden.

(Dieses hypothetische Szenario kann auf Grund der minimalistischen Anforderungen von einer Allgemeinmedizinerpraxis, Krankenhäusern bis hin zu Rehabilitationszentren angesiedelt werden.)

B(ehandler): „Wenn sie jetzt so darüber nachdenken, glauben Sie dass Sie besser mit Fingersignalen oder mit einem Pendel arbeiten können?“

P(atientin): „Ich glaube eher mit einem Pendel.“

Hier wurde eine Doppelbindung formuliert, indem die scheinbare Wahl zwischen zwei Möglichkeiten gegeben wurde. (siehe Bsp „Geschichte“).

Der Patientin wird anschließend ein Pendel überreicht und ihr die Arbeitsposition erklärt. Hierbei handelt es sich um eine sitzende Haltung, die Fußsohlen sind beide flach auf dem Boden, Beine ungekreuzt mit dem Ellenbogen der Pendel- Hand auf dem Oberschenkel, das Handgelenk locker und der Pendelfaden zwischen Daumen und Zeigefinger gehalten zwischen den Beinen hängend.

B: „Wichtig bei dieser Art von Tätigkeit, ist das Beobachten. Viele Menschen glauben das ideomotorische Signalisieren ist nicht valide, weil sie keine korrekten oder sinnvollen Antworten bekommen. Dies ist aber deswegen so, weil sie sich Antworten, die sie sich

schon selbst zurechtgelegt haben, erwarten und diese dann auch bekommen. Und so kann nichts neues passieren. Ich möchte es ihnen zeigen.

Das Pendel ist jetzt still. Denken sie nun so intensiv wie sie nur können an das Wort „Ja“. Stellen sie es sich auf einer Tafel geschrieben vor, sagen sie es sich selbst vor und beobachten sie das Pendel.“

[Nach einigen Sekunden beginnt das Pendel, von der Patientin aus, vor- und zurückzuschwingen. In weitere Folge wird dies mit (J) abgekürzt werden. Jede andere, wiederholt und eindeutig- auftretende Pendelbewegung wäre ebenso valide.]

Um eine Kommunikationsbasis zu schaffen wird über das Instrument der Imagination versucht eine ideomotorische Reaktion zu kreieren die auf allen Ebenen mit „Ja“ assoziiert ist. Hierzu werden visuelle Reize wie das geschriebene Wort oder auditive Reize wie formulierte Gedanken benutzt. Es könnte, wenn die eben genannten Vorschläge versagen, auch situative Zusammenhänge geschaffen werden, wie z.B. Fragen die sich die Patientin selbst stellen kann deren Antwort ja ist. Diese Antwort kann dann durch Suggestionen in ideomotorische Bewegungen ausgedrückt werden.

B: „Sie sehen, wenn sie eine Idee verfolgen, kommt es zu einem Ausdruck in ihrem Körper.“

Hier wurde der erste Schritt zur Etablierung des Kommunikationsnetzes mit dem Unbewussten vollzogen. Weiter wird jedoch auch demonstriert, dass wenn die Patientin eine kognitive Vorstellung erzeugt, diese in einer veränderten körperlichen Aktivität resultiert. Impliziert wird damit, wenn sie die Idee etabliert, ihren Körper gesünder zu machen, resultiert dies schon in den ersten Veränderungen.

Außerdem wird demonstriert, dass zur korrekten Kommunikation mit dem Unbewussten/System 1 bewusste Ideen so gut wie möglich Außen- vor gelassen werden müssen. Denn genauso wie unbewusste Strömungen motorisch ausgedrückt werden können, so wurde dies auch bei bewussten Ideen gezeigt. Diese letzteren sind jedoch bedeutsam für die Rigidität des „Modells der Wirklichkeit“ der Patienten und für deren Problemlösung nicht hilfreich. (77, 78)

B: „Nun konzentrieren Sie sich bitte auf „Nein“. Wieder können sie es geschrieben sehen, in ihren Gedanken immer wieder vorsagen, genau wie beim Finden der Ja- Antwort.

[Nach ca. 15 Sekunden beginnt das Pendel von links nach rechts zu schwingen. In weiterer Folge wird dies mit (N) abgekürzt.]

B: „Sehr gut, jetzt haben wir also schon die Möglichkeit Ja- und Nein- Fragen zu stellen. Manchmal kann es für besonders schwierige Themen noch ein bisschen Zeit brauchen um sich damit bewusst auseinanderzusetzen. Deshalb werden wir auch noch eine Option „Ich kann die Antwort noch nicht bewusst wissen“ schaffen. Denken sie bitte intensiv, wie bei den vorherigen Antworten, dieses mal „noch nicht bewusst wissen.“

[Nach ca. 30 Sekunden beginnt das Pendel gegen den Uhrzeigersinn im Kreis zu schwenken. In weiterer Folge wird diese Antwort mit (NNB) (noch nicht bewusst) abgekürzt.]

*Eine der bahnbrechenden Ansichten von Milton Erickson war, dass Probleme rein auf einer unbewussten Ebene gelöst werden können. Dies schafft einen therapeutischen Rahmen in dem die Begrenzungen des Bewusstseins nicht wirksam sind, da rein der assoziative Teil (System 1) der Patienten Probleme identifiziert, Lösungsstrategien entwickelt und anwendet. Dies kann soweit gehen dass im Rahmen einer ideomotorischen Behandlung weder die behandelte Person noch die Therapeutin/der Therapeut das Problem, die Lösung bzw. Umsetzungsstrategie(n) kennen. (83)
Mit den (NNB)- Antwort wird ein Ventil geschaffen für Situationen, in denen es hilfreicher ist wenn die Patientin/der Patient oder auch die behandelnde Person nicht über die genauen Vorgänge Bescheid weiß, jedoch implizit trotzdem Arbeit verrichtet wird.*

B: „Sehr gut. Jetzt haben wir alle Möglichkeiten zur Verständigung die wir brauchen. Also können wir beginnen zu erforschen, wie sich ihr Essverhalten verändern kann. Sind sie bereit?“

P: „Ja, ich denke schon.“

B: „Gut. Wir sind ja heute hier weil sie fühlen, dass sie es nicht ändern können.“

P: „Ja, ich versuche eine Zeit lang gesünder zu essen, aber ich falle immer wieder zurück in meine Gewohnheiten.“

B: „Wir können heute eine Lösung herausfinden. Begeben sie sich bitte wieder in die Pendel- Position und bringen sie es zur Ruhe.

Und während sie Fragen stellen und auf Antworten warten, möchte ich dass Sie sich erinnern, das Pendel wie einen Film, eine Serie im Fernsehen, ein Theater auf der Bühne zu betrachten. Man weiß nicht genau was kommen wird, man ist in jener spannenden, neugierigen Erwartungshaltung.

Bevor mit der ideomotorischen Kommunikation begonnen wird, wird noch einmal zusammengefasst, was der Grund ist, dass die Patientin hier ist. Hier könnte bei genauerem Befragen noch Details herausgefunden werden und bereits durch das Anwenden des Meta- Modelles von Bandler und Grinder (77, 78) bzw. angebrachte Suggestionen therapiert werden. Dies soll an dieser Stelle aber nicht ausgearbeitet werden.

Betrachten sie jetzt bitte das Pendel und die erste Frage an ihr Unbewusstes ist „Gibt es einen Grund für ihr ungesundes Essverhalten?“.

P: [(J)- Zeichen]

Durch das Suchen eines Grundes werden mehrere Dinge erreicht. Einerseits wird bewusst gemacht, dass es für jedes Verhalten einen Grund gibt. Jeder Mensch ist von Bedürfnissen wie Selbsterhaltung, persönlicher Entwicklung, Schutz, sozialem Zugehörigkeitsgefühl, etc. angetrieben bzw. motiviert. Um gewisse Ziele in diesen Bereichen zu erreichen, werden verschiedenste Verhalten ausprobiert bzw. von Vorbildern übernommen.

Andererseits zeigt dieser Grund für das Verhalten, dass es sehr wohl Kontrolle darüber gibt. Die Unfähigkeit etwas zu ändern, vor allem nach multiplen gescheiterten Versuchen generiert in Menschen oftmals ein Gefühl der Ohnmächtigkeit. Die Erkenntnis dass es jedoch sehr wohl eine persönliche Fähigkeit, ein Potential gibt, Verhalten zu ändern kann ein Momentum in Gang setzen, dass maßgeblich zum therapeutischen Erfolg beiträgt.

B: „Es gibt also einen Grund für ihr Verhalten. Das ist fast immer so. Denn alles was wir tun haben wir gelernt und wenn ich lerne verstehe ich das erste Mal, das eine Aktion

Auswirkungen hat. Und irgendwann haben sie gelernt, dass es Sinn machen kann, auf jene Art und Weise zu Essen. Deshalb werden wir uns nun jenen Teil von ihnen suchen, der dafür verantwortlich ist. Bitten sie nun ihr Unbewusstes den Teil von ihnen zu suchen, der für ihr Essverhalten zuständig ist und ihm die „Ja“- „Nein“- „Noch nicht bewusst“- Antworten zu übertragen. Er soll dann ein „Ja“- Zeichen geben wenn er diese erhalten hat. P: [Nach eine Dauer von ca. 35 Sekunden gibt die Patientin ein (J)- Zeichen.]

Der erste Teil der Aussage ist eine Tatsache, die sich auf Lernverhalten bezieht, dass für jeden Menschen gilt. Dieses „Yes- Set“ soll Rapport- unterstützend wirken. (siehe Kapitel „Rapport“).

Weiter wird nun der Bereich des Problems, das Essverhalten, auf einen Teil der Patientin übertragen. Dies impliziert nach wie vor eine Zugehörigkeit, denn es ist ein Teil von ihr mit ihren Problemen, für die Dauer der therapeutischen Intervention bzw. bei eventuell notwendigen weiteren Behandlungen wird dieser Aspekt jedoch dissoziiert.

Dissoziation (im psychologisch- kognitiven Sinn) bedeutet dass gewisse geistige Prozesse vom Gesamten der Person abgespalten werden. Dies kann kurzfristig (wie z.B. hier beim ideomotorischen Signalisieren) oder langfristig (wie. z.B. bei Kindheitstraumata, multiplen Persönlichkeiten, etc.) geschehen. Hier, abseits von Verdrängung von emotionalen Inhalten für die die Bewältigungsstrategien fehlen, ermöglicht die Dissoziation, dass das Bewusstsein/System 2 das problematische Verhalten betrachten kann und Lösungsstrategien vom, mehr oder weniger autonom- arbeitenden, kreativen System 1 oder Unbewussten kommen können. (160)

Durch die ideomotorische Antwort wird von der Patientin die angebotene Dissoziationsmöglichkeit akzeptiert.

B: „Sehr gut. Wir kommunizieren jetzt also mit dem Teil, der für das Essverhalten verantwortlich ist. Fragen sie diesen Teil von ihnen jetzt bitte, ob er, genau wie wenn sie Träume haben, die wirklich alles beinhalten können, ihre Kreativität, ihre Fähigkeit sich neues Vorzustellen, wirklich all ihre schaffenden Ressourcen benutzen kann um neue Alternativen für das Essverhalten hervorzubringen, die den Zweck weiter erfüllen.“

Nachdem die Dissoziation akzeptiert und durchgeführt wurde (ersichtlich durch die gegebene ideomotorische Antwort), wird nun der verantwortliche Teil gebeten, neue Strategien zu entwickeln. Um dies zu ermöglichen, wird er mit einem Allgemeinplatz, einer nicht bestreitbaren, allgemein- gültigen Tatsache, in Verbindung gebracht. In diesem Fall wird die Tatsache angesprochen, dass jeder Mensch träumt und dass Träume alles zum Inhalt haben können, was imaginiert und assoziativ in Verbindung gebracht werden kann.

Indem die Suche nach neuen Lösungen mit Träumen und deren unbegrenztem Assoziationsnetz verbunden werden, wird das Repertoire an Lösungsmöglichkeiten nicht nur ausreichend groß, sondern, wie oftmals wichtiger, nicht zu sehr begrenzt.

P: [nach ca. einer Minute ergibt sich noch kein (J)- Signal]

B: „Es braucht manchmal Zeit, Neues zu akzeptieren und Möglichkeiten zu entwickeln. Fragen sie bitte nochmals den Ess- Teil, ob er neue Verhalten entwickeln kann, die des selben Zweck erfüllen wie ihr bisheriges Essverhalten. Es muss noch keines dieser Alternativen angenommen werden, nur spielerisch neue Dinge geschaffen werden.“

Wenn nicht sofort eine Antwort gegeben wird, ist es primär wichtig, die Klientin/den Klienten zu beruhigen. Meistens erwarten sie ebenso- schnelle Antworten wie der bewusste Verstand gewohnt ist sie zu geben. Deshalb gilt es „Verzögerungen“ anzusprechen und klarzustellen dass man auf authentische Antworten manchmal warten muss.

Weiter wurde hier die Tatsache erwähnt, dass der Prozess der Übernahme von Alternativen noch nicht sofort stattfinden muss. Erickson, Rossi und andere Pioniere der modernen Hypnose beschreiben wiederholt, dass menschliches Verhalten einen Grund hat und der Versuch, etwas nur „wegzunehmen“ ohne den Zweck zu respektieren und zu schützen, ein reiner Versuch bleibt. (140)

Die Formulierung „noch keine angenommen werden“ impliziert jedoch dass eine Alternative übernommen werden wird, nachdem genug Zeit zur „spielerischen Schaffung“ und Überprüfung gegeben wurde.

P: [nach ca. 30 Sekunden kommt es zu unspezifischen Bewegungen im Pendel]

B: „Wir sehen hier Bewegungen die keiner Antwort zugeordnet sind. Aber das ist gut so, Bewegung ist nicht Stillstand und wir werden beobachten wohin uns das führt.“

Wieder wird angesprochen was gesehen wird, gemäß dem Utilisationsprinzip Ericksons (82), um Rapport zu stärken, Unsicherheit zu zerstreuen und das therapeutische Momentum zu erhalten.

Außerdem kann jede Veränderung im Verhalten, wie z.B. hier neue, unspezifische Pendelbewegungen, als Veränderung in der Gehirn- Aktivität gesehen werden. (148) Und Veränderung ist das was in dieser hypothetischen Behandlung im Mittelpunkt steht.

P: [Nach ca. 1,5 Minuten zeigt sich ein (J)- Signal]

B: „Sehr schön. Wir können also nun neue Alternativen entwickeln lassen. Ich möchte, dass sie ihrem Unbewussten nun mitteilen, dass es sich jetzt Zeit lassen kann und 10 neue Alternativen zum Essverhalten entwickeln soll. Jede einzelne soll den gleichen Zweck, das gleiche Ziel haben wie das die derzeitige Strategie, das Ziel auf eine andere Art und Weise, jedoch mindestens so gut und effizient erreichen. Wenn dies geschehen ist, soll es ein deutliches (J)- Zeichen geben.

Gemäß dem im Kapitel „Reframing“ erwähntem Prinzip der „guten Absicht“ wird unter der Annahme, dass das Essverhalten einen Sinn und Zweck erfüllt, gearbeitet.

Dieser Zweck muss anscheinend erfüllt werden, sogar um den Preis, den eine ungesunde Ernährung mit sich bringt. Somit wird das Mittel, mit dem er erreicht wird, nicht einfach aufgegeben werden.

Deshalb initialisiert dieser Schritt im Reframing eine Suche auf unbewusster Ebene. Dabei sollen Alternativen gefunden werden, Mittel die das Erreichen des selben Zieles, des selben Zwecks ermöglichen, aber einen anderen Weg einschlagen.

Erst wenn ein neues, mindestens ebenso effektives Werkzeug zur Verfügung steht, wird das alte aufgegeben werden.

[Nach ca. 30 Sekunden] Sie können einstweilen ruhig, und genau richtig tief atmen und vielleicht beobachten wann das Pendel sich zu bewegen beginnt.“

P: [nach ca. 3 Minuten beginnt ein (J)- Zeichen]

B: „Ausgezeichnet, wir haben also schon 10 Alternativen gefunden. Nun soll der zuständige Teil jede dieser Möglichkeiten unbewusst beurteilen. Für jede Möglichkeit die

genauso effektiv, ebenso unmittelbar und leicht verfügbar ist, soll er uns ein (J)- Zeichen geben. Und wenn alle durchgesehen worden sind, soll er ein (N)- Zeichen geben.“

Nachdem 10 alternative Möglichkeiten kreiert wurden, wird nun die genaue Analyse begonnen. Wie bereits oben erwähnt, wird nur dann ein neuer Weg unbewusst akzeptiert werden, wenn dieser mindestens genauso effektiv, verfügbar und umsetzbar ist wie der bisherige. Alles andere würde einen Mehraufwand entsprechen und wäre nicht effizient. Deshalb wird in diesem Schritt das Unbewusste oder System 1 der Patientin gebeten, ihre geschaffenen Alternativen hinsichtlich dieser Gesichtspunkte zu untersuchen.

P: [Über die nächsten Minuten gibt es 2 (J)- Zeichen; anschließend wird ein (N)- Zeichen gegeben.]

B: „Wir haben also 2 Möglichkeiten, die mindestens genauso gut anwendbar und effektiv sind. Damit wollen wir uns noch nicht zufriedengeben. Bitten sie den verantwortlichen Teil nochmals auf alle ihre kreativen Ressourcen zuzugreifen und nochmals 10 Alternativen zu entwickeln und uns anschließend wieder ein (J)- Zeichen zu geben.“

Die genau nötige Anzahl an Alternativen bleibt der jeweiligen Therapeutin(dem jeweiligen Therapeuten überlassen. Es empfiehlt sich jedoch mindesten 3 gleichwertige oder bessere Alternativen entwickeln zu lassen. Bei nur einer besteht die Möglichkeit, dass diese in weiterer Folge nicht angenommen wird, 2 verschiedene entsprechen nur einer begrenzten Auswahlmöglichkeit.

Da dieses Ziel in diesem hypothetischen Fall beim ersten Versuch nicht erreicht wurde, wird noch einmal, wie von Bandler und Grinder in „Therapie in Trance“ (140) empfohlen, ein Schritt zurückgegangen und nochmals wiederholt.

P: [über mehrere Minuten kommt es zu unspezifischen Bewegungen im Pendel ohne wirklichen Ausschlag oder eine eindeutig- erkennbare Tendenz zu einem Zeichen hin. Anschließend wird ein eindeutiges (J)- Zeichen gegeben.]

B: „Sehr gut, wir haben also etwas neues zum Ansehen. Lassen wir nun diese neuen Alternativen von ihrem Unbewussten durchsehen und für jede Alternative die mindestens genauso effektiv und anwendbar ist wie ihr jetziges Verhalten soll ihr Unbewusstes bitte

ein (J)- Zeichen geben. Wenn alle Möglichkeiten durchgesehen sind, soll es uns bitte ein (N)- Zeichen geben.“

P: [in den nächsten Minuten werden 5 (J)- Zeichen gegeben, anschließend ein (N)- Zeichen.]

B: „Wunderbar. Wir haben jetzt also mindestens 5 Alternativen, vielleicht sogar 7 wenn die 2 aus der vorherigen Runde andere waren, die mindesten genauso effektiv und anwendbar sind wie ihr bisheriges Verhalten. Der nächste Schritt ist, dass wir ihr Unbewusstes bitten von all diesen neuen Möglichkeiten eine auszuwählen, von der es glaubt, dass sie den Zweck, die positive Funktion, am besten erfüllt, besser noch als ihr jetziges Verhalten. Wenn es diese gefunden hat, soll es bitte ein (J)- Zeichen geben.“

Aus den verschiedenen Möglichkeiten soll nun die effektivste ausgewählt werden. Es wird dabei nicht spezifiziert, auf Grund welcher Kriterien dies geschehen soll. Durch diese unspezifische Aufgabenstellung wird eine maximale Individualität des Prozesses erreicht. (siehe Allg. Formulieren; Kapitel „Entspannungstrance“) Die Limitationen im Verständnis der Patientin können nicht die Aussage des Behandlers missinterpretieren, da dieser hier durch seine allgemeine Aussage eine Interpretation, auf bevorzugt unbewusster Ebene, und dadurch Entwicklung einer individuelle Lösungsstrategie fördert. Würde der Patientin eine gezielte Anweisung, wie sie die neue Strategie entwickeln oder auswählen soll, gegeben werden, könnten ihre Interpretationen diese eventuell nur unzureichend bis gar nicht umsetzen. (81)

P: [nach ca. 2 Minuten wurde noch kein Zeichen gegeben]

B: „Entscheidungen können Zeit brauchen, vor allem wenn so viele attraktive Alternativen zur Auswahl stehen. Sie können sich wieder auf ihren Atem konzentrieren, wie er über die Nase hineinströmt [synchronisiert mit den Atembewegungen der Patientin] und wie von selbst hinaus fließen kann.

P: [nach einigen Minuten kommt es zu unspezifischen Bewegungen des Pendels die schließlich in einem (J)- Zeichen resultieren.]

B: „Sehr gut. Jetzt da wir eine Alternative gefunden haben, in die ihr Unbewusstes volles Vertrauen hat, gehen wir an die Umsetzung. Etwas neues kann für einige Zeit, Tage, Wochen, ausprobiert werden, und wenn es nicht das Richtige ist, wieder zurückgekehrt werden. So kann auch ein neues Verhalten, eine neue Strategie ausprobiert werden. Fragen wir jetzt ihr Unbewusstes, ob es die Verantwortung übernimmt, dass das neue Verhalten in

Zukunft ausprobiert wird, und je nach Ergebnis behalten oder für eine andere Alternative ausgetauscht wird. [Kurzes Zuwarten] Dies kann sofort passieren oder auch über einige Zeit geschehen. Das wichtige ist das erwartungsvolle Beobachten was man wie umsetzt.“

P: [nach einigen Minuten kommt es zu einem (J)- Zeichen]

Hier wird die Umsetzung vom Bewusstsein der Patientin entfernt und auf den verantwortlichen Teil übertragen. Ihrem Bewusstsein obliegt deshalb wieder nur mehr die Beobachterrolle. Dies hilft wiederum, den Prozess vor vorgefassten Meinungen und Limitationen zu schützen.

Weiter wird der natürliche Verlauf eines Lernprozesses beschrieben, bei dem ein Versuch gestartet wird, ein Problem mit einer entwickelten Strategie zu lösen. Bandler und Grinder beschreiben in „Therapie in Trance“ (140) dass, wenn dies funktioniert ist das Problem gelöst. Sollte es nur zu einer vorübergehenden Lösung kommen und anschließend das alte Problem wieder auftauchen oder sich neue Probleme ergeben, sollte dies lediglich als Zeichen verstanden werden, dass die Lösung funktioniert hat bzw. wird gezeigt, dass das Problem nicht „in Stein gemeißelt“ ist, sich jetzt aber andere Parameter entwickelt haben. Wenn es zu keiner Lösung kommt, bedeutet dies lediglich, dass die angewandte Strategie nicht passend war und die Entwicklung von Lösungsansätzen weiter gehen muss.

Dadurch soll vermieden werden, dass die Patientin eine Strategie umsetzt, wenn diese aber nicht passend sein sollte den gesamten Prozess aufgibt. Statt dessen soll das Muster der Behandlung als Beispiel im unbewussten Repertoire an Wissen bleiben, das die Schritte Analyse – Strategie- Entwicklung – Bewertung – Anwendung – Analyse vermittelt.

B: „Nun wollen wir ihr Unbewusstes bitten, sich in der Fantasie eine Situation vorzustellen, in der sie früher anders reagiert haben und in der es das neue Verhalten anwenden wird. Wenn dies gut funktioniert soll es uns ein (J)- Zeichen geben, wenn es nicht gut geht ein (N)- Zeichen. Hierfür können wir uns wirklich Zeit nehmen, es kann unbewusst wirklich jeder Aspekt der Situation und des neuen Verhaltens durchgespielt werden um sich wirklich ganz sicher zu sein.“

Erneut wird die Imagination benutzt, um eine Sicherung für die therapeutische Änderung zu generieren. Indem eine typische Situation mit dem neuen Verhalten

durchgespielt wird wird nicht nur nochmals geklärt, ob dieses wirklich kompatibel ist (siehe „future pacing“) sondern es werden, gemäß der Neuro- Plastizitäts- Theorie, auch die spezifischen neuronalen Netzwerke aktiviert . Diese können bei der tatsächlichen Anwendung dann leichter re- aktiviert werden, sprich es fällt leichter die Alternative auszuführen. (80, 163)

P: [mehrere Minuten kommt es zu unspezifischen Bewegungen]

B: „Sehr gut, Bewegung kann uns hier Anzeigen, dass Zusammenhänge angesehen, Möglichkeiten versucht und Lösungen gefunden werden können.“

P: [es zeigt sich schlussendlich ein (J)- Zeichen]

B: „Perfekt. Wir haben jetzt den letzten Schritt abgeschlossen, der das neue Verhalten integriert. Sie können das Pendel jetzt zur Seite legen und bevor wir für heute abschließen möchte ich, dass sie ihre Fußsohlen fest auf den Boden stellen, die Hände auf die Oberschenkel legen und einen Moment zu ihrem Atmen zurückkehren. Dass sie beobachten wie Luft durch ihre Nase hineinströmen kann [...]

Hier kann eine beliebig lange Entspannungstrance durchgeführt werden. Details zum Aufbau siehe Kapitel „Entspannungstrance“.

Der Sinn darin besteht neu entstandene Assoziationen des Unbewussten oder System 1, die durch die ideomotorische Arbeit kreiert wurden unmittelbar danach vor dem zweifelnden Einfluss des Bewusstseins bzw. System 2 zu schützen. Erickson beschreibt wiederholt wie wichtig es ist, neu geschaffene Ideen in der initialen Phase vor einem kritischen Bewusstsein zu schützen. Zu häufig würden, in unserem rationalistischen Zeitalter, bewusste Denkschema unbewusste Leistungen in ihrer Bedeutung schmälern und so ein Entwickeln und folgendes Umsetzen verhindern. (160)

4 Diskussion

Diese Arbeit hatte als Ziel, einerseits die Relevanz von Lebensstil- Parametern für Erkrankungen des kardiovaskulären Bereiches aufzuarbeiten, bestehende Forschungen über Hypnose und Lebensstiländerung zu recherchieren und existierende hypnotische Verfahren zu recherchieren, die in den klinischen Alltag einfließen können, um das Erreichen von Therapiezielen zu ermöglichen, zu fördern, zu erleichtern.

Sie ist nur ein sehr kleiner Auszug aus dem was es gibt und ein verschwindend geringer von dem was möglich ist. Wenn Lesern/-innen gezeigt werden konnte, wie immens groß das Feld der zwischenmenschlichen Kommunikation tatsächlich ist, wie groß die Welt durch Betrachten sein könnte und wie klein wir sie uns durch Interpretation bauen, dann ist sie erfolgreich.

Die hier beschriebenen Beispiele sind als sehr rudimentär zu betrachten und führen an keiner gezielten Ausbildung vorbei. Jedoch konnten 5 Wochen in einem Speziellen Studien- Modul dem Verfasser einen Einblick gewähren, der den Wert vermittelte und erste Werkzeuge in die Hände gab, um effektiver zu arbeiten. Diese Werkzeuge sind nicht etwas, das andere ersetzt. Sie sind etwas, das komplementiert, akzentuiert, eine Hand die hochhebt anstatt zu verdrängen.

Wenn diese Dinge, wie es bereits langsam an der Medizinischen Universität Graz geschieht, schon in die Ausbildung von Studenten einfließen, können vielleicht zukünftige Generationen von Ärzten zielgerichtet wissenschaftliche Fakten und Daten in einem Feld der zwischenmenschlichen Kommunikation und Wirklichkeits- Interpretation erarbeiten.

Die Aussagen, was gemacht werden kann und dass es keine Lebensaufgabe ist, sondern normale Menschen in jeder Sparte der Medizin zu effektiveren Kommunikatoren werden können, sollen der Ton sein, der diese Arbeit färbt und nachhallt.

5 Literaturverzeichnis

- 1 Böcker, Denk, Heitz. Pathologie. 3rd ed.: Elsevier Urban&Fischer [cited 2013 Jun 26].
- 2 Sidney C. Smith JMFFFC, Amy Collins MA, Roberto Ferrari MPF, David R. Holmes JMFF, Susanne Logstrup CJMF, Diana Vaca McGhie MP et al. Our Time: A Call to Save Preventable Death From Cardiovascular Disease (Heart Disease and Stroke). *Circulation* 2012 [cited 2013 Jul 9]; (126):2769–75. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/126/23/2769.full>.
- 3 Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease: A national clinical guideline; 2007 [cited 2013 Jul 9]. Available from: URL:<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>.
- 4 WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: WHO. WHO technical report series 916 [cited 2013 Jul 9]. Available from: URL:http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf.
- 5 Milton H. Erickson [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Milton_H._Erickson
- 6 Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 33 [cited 2013 Jul 9]. Available from: URL:<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-CVD-prevention.pdf>.
- 7 Allgemeine Ziele Kardiologie. Available from: URL:<http://www.meduni-graz.at/18886>.
- 8 WHO. Cardiovascular diseases (CVDs): fact sheet: WHO; 2013 317 [cited 2013 Jul 9]. Available from: URL:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- 9 WHO. ICD-10 WHO Version; 2013 [cited 2013 Jul 9]. Available from: URL:<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/>.
- 10 Prävention [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:<http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4vention>.
- 11 Krankheitsprävention; 2013 [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankheitspr%C3%A4vention>.
- 12 Europäische Kommission. cardiovascular diseases; 2013 [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cardiovascular_diseases/.
- 13 Herz- Kreislauf Erkrankungen weltweit im Zunehmen [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:<http://www.netdokter.at/nachrichten/?id=121965>.
- 14 Value of Primordial and Primary Prevention for Cardiovascular Disease : A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2011 [cited 2013 Jul 9]; (124):967–90. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/124/8/967.full.pdf+html>.
- 15 DALY; 2013 [cited 2013 Jun 26]. Available from: URL:<http://de.wikipedia.org/wiki/DALY>.
- 16 Capewell S, O'Flaherty M. Rapid mortality falls after risk-factor changes in populations. *The Lancet* 2011 [cited 2013 Jul 9]; (378):752–3. Available from: URL:[http://han.medunigraz.at/han/257/dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62302-1](http://han.medunigraz.at/han/257/dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62302-1).
- 17 National Institute for Health and Clinical Excellence. Prevention of cardiovascular disease - Costing Report: Implementing NICE guidelines: National Institute for Health

- and Clinical Excellence; 2010 [cited 2013 Jul 9]. Available from:
 URL:<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13024/49325/49325.pdf>.
- 18 Prescott E, Scharling H, Osler M, Schnohr P. Importance of light smoking and inhalation habits on risk of myocardial infarction and all cause mortality. A 22 year follow up of 12 149 men and women in The Copenhagen City Heart Study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2002 [cited 2013 Jul 9]; (56):702–6. Available from:
 URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732233/pdf/v056p00702.pdf>.
 - 19 Law M, Morris J, Wald N. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997 [cited 2013 Jul 9]; (315). Available from:
 URL:<http://han.medunigraz.at/han/26/www.bmj.com/content/315/7114/973>.
 - 20 Raupach T, Schäfer K, Konstantinidis S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: a change in paradigm. *European Heart Journal* 2006 [cited 2013 Jul 9]; (27):386–92. Available from:
 URL:<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/27/4/386.full.pdf+html>.
 - 21 Ambrose MD FACC JA, Barua MD PhD RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *Journal of the American College of Cardiology* 2004 [cited 2013 Jul 9]; (43):1731–7. Available from:
 URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704004346>.
 - 22 Bermudez MD MPH EA, Rifai PhD N, Buring ScD JE, Manson MD DrPH JE, Ridker MD MPH PM. Relation between markers of systemic vascular inflammation and smoking in women. *The American Journal of Cardiology* 2002 [cited 2013 Jul 9]; (89):1117–9. Available from:
 URL:<http://han.medunigraz.at/han/3084/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002914902022841>.
 - 23 Simpson AJ, Gray RS, Moore NRBNA. The effects of chronic smoking on the fibrinolytic potential of plasma and platelets. *British Journal of Haematology* 1997 [cited 2013 Jul 9]; (97):208–13. Available from:
 URL:http://han.medunigraz.at/han/4422_1/onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2141.1997.d01-2137.x/pdf.
 - 24 Moreno Jr. H, Chalon S, Urae A, Tangphao O, Abiose AK, Hoffman BB et al. Endothelial dysfunction in human hand veins is rapidly reversible after smoking cessation. *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology* 1998 [cited 2013 Jul 9]; (275):1040–5. Available from:
 URL:<http://ajpheart.physiology.org/content/275/3/H1040.long>.
 - 25 Morita MD H, Ikeda MD PhD H, Haramaki MD PhD N, Eguchi MD PhD H, Imaizumi MD PhD FACC T. Only two-week smoking cessation improves platelet aggregability and intraplatelet redox imbalance of long-term smokers. *Journal of the American College of Cardiology* 2005 [cited 2013 Jul 9]; (45):589–94. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704022557>.
 - 26 He K, Song Y, Daviglius ML, Lia K, van Horn L, Dyer AR et al. Accumulated Evidence on Fish Consumption and Coronary Heart Disease Mortality : A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Circulation* 2004 [cited 2013 Jul 9]; (109):2705–11. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/109/22/2705.full.pdf+html>.
 - 27 He K, Song Y, Daviglius ML, Liu K, van Horn L, Dyer AR et al. Fish Consumption and Incidence of Stroke : A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Stroke* 2004 [cited 2013 Jul 9]; (35):1538–42. Available from:

URL:<http://stroke.ahajournals.org/content/35/7/1538.full.pdf+html?sid=0f10a05c-f85d-447c-b0d8-a6b91a81b512>.

- 28 Sacks MD FM, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *The New England Journal of Medicine* 2001 [cited 2013 Jul 10]; (344(1)):3–10. Available from:
URL:<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200101043440101>.
- 29 Bibbins-Domingo MD PhD K, Chertow MD MPH GM, Coxson PhD PG, Moran MD A, Lightwood PhD JM, Pletcher MD MPH MJ et al. Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease. *The New England Journal of Medicine* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (362):590–9. Available from:
URL:<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0907355>.
- 30 Vivekananthan MD DP, et al. Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomised trials. *The Lancet* 2003 [cited 2013 Jul 10]; (361):2017–23. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603136379>.
- 31 Weickert MO, Pfeiffer AFH. Metabolic Effects of Dietary Fiber Consumption and Prevention of Diabetes. *The Journal of Nutrition* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (138):439–42. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/1929/jn.nutrition.org/content/138/3/439.full.pdf+html?sid=406872e9-ef36-4554-85fa-4d2576d82f32>.
- 32 Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (92):1189–96. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/4274/ajcn.nutrition.org/content/92/5/1189.full.pdf+html?sid=0cef5564-4a82-4258-bd59-fd171d1f95ed>.
- 33 Talbot LA, Morell CH, Fleg JL, Metter J: Changes in leisure time physical activity and risk of all-cause mortality in men and women: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Preventive Medicine* 2007 [cited 2013 Jul 10]; (45/2-3):169–76. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/348/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S091743507002381>.
- 34 U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines advisory committee report, 2008: U.S. Department of Health and Human Services; 2008 [cited 2013 Jul 10]. Available from:
URL:<http://www.health.gov/paguidelines/report/pdf/committeereport.pdf>.
- 35 Löllgen H, Böckenhoff A, Knapp G. Physical Activity and All-cause Mortality: An Updated Meta-analysis with Different Intensity Categories. *International Journal of Sports Medicine* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (30(3)):213–24. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/9887/https/www.thieme-connect.de/ejournals/html/10.1055/s-0028-1128150>.
- 36 Williams PT. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2001 [cited 2013 Jul 10]; (33(5)):754–61. Available from:
URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821586/>.
- 37 Hambrecht R, Walther C, Möbius-Winkler S, Gielen S, Linke A, Conradi K et al. Percutaneous Coronary Angioplasty Compared With Exercise Training in Patients With Stable Coronary Artery Disease : A Randomized Trial. *Circulation* 2004 [cited

- 2013 Jul 10]; (109):1371–8. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/317/circ.ahajournals.org/content/109/11/1371.full.pdf+html?sid=afac510b-a4c7-4d32-b533-b0bc3c64b245>.
- 38 Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *British Medical Journal* 2004 [cited 2013 Jul 10]; (328(7433)). Available from:
URL:http://han.medunigraz.at/han/26/www.bmj.com/highwire/filestream/322834/field_highwire_article_pdf/0.pdf.
- 39 Margetts B, Rogers E, Widhal K, Remaut de Winter A, Zunft, H-JF. Relationship between attitudes to health, body weight and physical activity and level of physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition* 1999 [cited 2013 Jul 10]; (2(1A)):97–103.
- 40 Afonso C, Graca P, Kearney JM, Gibney MJ, Almeida MD de. Physical activity in European seniors: attitudes, beliefs and levels. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2001 [cited 2013 Jul 10]; (5(4)):226–9.
- 41 Durstine LJ, Painter P, Franklin BA, Morgan D, Pitteti KH, Roberts SO. Physical Activity for the Chronically Ill and Disabled. *Sports Medicine* 2000 [cited 2013 Jul 10]; (30(3)):207–19. Available from:
URL:<http://www.problemsinanes.com/pt/re/merck/pdfhandler.00007256-200030030-00005.pdf;jsessionid=RMFJQ80kn02JyyYdj1cv29sMPJf05zy2nhwnxTkymrFhJW208glt!-261918151!181195628!8091!-1?nav=reference>.
- 42 Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, et al. Exercise Standards for Testing and Training : A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 2001 [cited 2013 Jul 10]; (104):1694–740. Available from:
URL:<http://han.medunigraz.at/han/317/circ.ahajournals.org/content/104/14/1694.full.pdf+html?sid=939e11e2-6742-4d2b-911b-c3ab42485bb7>.
- 43 Di Francescomarino S, Sciartilli A, Di Valerio V, Di Baldassarre A, Gallina S. The effect of physical exercise on endothelial function. *Sports Medicine* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (39(10)):797–812.
- 44 Billman GE. Cardiac autonomic neural remodeling and susceptibility to sudden cardiac death: effect of endurance exercise training. *American Journal of Physiology - Heart and Circulatory Physiology* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (297):H1171–H1193. Available from: URL:<http://ajpheart.physiology.org/content/297/4/H1171.full.pdf>.
- 45 Heran BS, Chen JMH, Ebrahim S, Moxham Tea. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *The Cochrane Library* [cited 2013 Jul 10]. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001800.pub2/abstract;jsessionid=007D97E29E976CC09CF986A3693578C4.d03t01>.
- 46 Fry J, Finley W. The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society* 2005 [cited 2013 Jul 10]; (64(3)):359–62.
- 47 Cattaneo A, Monasta L, Stamatakis E, Lioret S, et al. Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Reviews* 2010 [cited 2013 Jun 27]; (11):389–98. Available from: URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2009.00639.x/pdf>.
- 48 Piepoli M, Corrá U, Benzer Wea. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (17):1–17. Available from:

- URL:http://www.kardrehab.insel.ch/fileadmin/kardiorehab/kardiorehab_user/Bilder/6.1_EJCPR_Secondary_prevention.pdf.
- 49 Sapolsky RM. Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping. 3rd ed. New York: Owl; 2004.
 - 50 Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal* 2007 [cited 2013 Jul 10]; (28):2972–84. Available from: URL:<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/28/24/2972.full.pdf+html>.
 - 51 Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Systematic Review*; 2004 2 [cited 2013 Jul 10]. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15106183>.
 - 52 Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of Internal Medicine* 2011 [cited 2013 Jul 10]; (171(2)):134–40.
 - 53 Cossette RN PhD S, Frasura-Smith PhD N, Lespérance MD F. Clinical Implications of a Reduction in Psychological Distress on Cardiac Prognosis in Patients Participating in a Psychosocial Intervention Program. *Psychosomatic Medicine* 2001 [cited 2013 Jul 10]; (63):257–66. Available from: URL:<http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/2/257.full.pdf+html?sid=f57dfd03-4c87-486a-b0e5-453499588d07>.
 - 54 Stewart PhD ST, Cutler PhD DM, Rosen MD ScD AB. Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *The New England Journal of Medicine* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (361):2252–60. Available from: URL:<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0900459#t=articleTop>.
 - 55 Prospective Studies Collaboration, Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J et al. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (373(9669)):1083–96. Available from: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2662372/>.
 - 56 Berrington de Gonzalez D.Phil. A, Hartge ScD P, Cerhan PhD JR, Flint Dr.P.H. AJ, et al. Body-Mass Index and Mortality among 1.46 Million White Adults. *The New England Journal of Medicine* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (363(23)):2211–9. Available from: URL:<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1000367>.
 - 57 Zheng MD PhD W, McLerran M.S. DF, Rolland M.L.I.S B, Zhang MD MPH X, Inoue MD PhD M, et al. Association between Body-Mass Index and Risk of Death in More Than 1 Million Asians. *The New England Journal of Medicine* 2011 [cited 2013 Jul 10]; (364):719–29. Available from: URL:<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1010679>.
 - 58 Romero-Corral MD A, Montori MD VM, Somers MD VK, Korinek MD J, Thomas MD RJ, Allison PhD TJ et al. Association of bodyweight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies. *The Lancet* 2006 [cited 2013 Jul 10]; (368(9536)):666–78. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606692519>.
 - 59 Lavie MD CJ, Milani MD RV, Ventura MD HO. Obesity and Cardiovascular Disease: Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss. *Journal of the American College of Cardiology* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (53(21)):1925–32. Available from: URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109709007463>.

- 60 Hastie CE, Padmanabhan S, Slack R, Pell AP, Oldroyd KG, Flapan AD et al. Obesity paradox in a cohort of 4880 consecutive patients undergoing percutaneous coronary intervention. *European Heart Journal* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (31):222–6. Available from: URL:<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/31/2/222.full.pdf+html?sid=467d9b1c-7a3b-4821-888e-9cddde714038>.
- 61 Haslam MB DW, James MD WPJ. Obesity. *The Lancet* 2005 [cited 2013 Jul 10]; (366):1197–209. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605674831>.
- 62 MacMahon PhD S, Peto FRS R, Collins MB R, Godwin DrPhil J, MacMahon S, Cutler MD J et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease:: Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *The Lancet* 1990 [cited 2013 Jul 10]; (335(8692)):765–74. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673690908789>.
- 63 Wattigney WA, Mensah GA, Croft JB. Increasing Trends in Hospitalization for Atrial Fibrillation in the United States, 1985 Through 1999 : Implications for Primary Prevention. *Circulation* 2003 [cited 2013 Jul 10]; (108):711–6. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/317/circ.ahajournals.org/content/108/6/711.full.pdf+html?sid=5b6425d8-6e5d-4776-8796-bd70597b2fbb>.
- 64 Skoog MD I, Nilsson MD L, Persson MD G, Lernfelt MD B, Landahl MD S, Palmertz MD B et al. 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *The Lancet* 1996 [cited 2013 Jul 10]; (347):1141–5. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067369690608X>.
- 65 Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *The Lancet* 2002 [cited 2013 Jul 10]; (360(9349)):1903–13. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673602119118>.
- 66 Mancia G, Backer G de, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G et al. 2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of Hypertension* 2007 [cited 2013 Jul 10]; (25(9)):1751–62.
- 67 Sarwar N, Danesh J, Eiriksdottir G, et al. Triglycerides and the Risk of Coronary Heart Disease : 10 158 Incident Cases Among 262 525 Participants in 29 Western Prospective Studies. *Circulation* 2006 [cited 2013 Jul 10]; (115):450–8. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/115/4/450.full.pdf+html?sid=906e8694-836d-48a0-93ec-884abc11ab2f>.
- 68 ADVANCE Collaborative Group. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *The New England Journal of Medicine* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (358):2560–72. Available from: URL:<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0802987>.
- 69 Ray MD KK, et al. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (373(9677)):1765–72. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/257/www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609606978>.

- 70 Zhao L, Kolm P, Borger MA, et al. Comparison of recovery after mitral valve repair and replacement. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2007 [cited 2013 Jul 10]; (133(5)):1257–63. Available from: URL:<http://jtcs.ctsnetjournals.org/cgi/reprint/133/5/1257?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Comparison+of+recovery+after+mitral+valve+repair+and+replacement&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>.
- 71 Heidenreich PA, Trodgon JG, Khavjou OA, et al. Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States : A Policy Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2011 [cited 2013 Jul 10]; (123):933–44. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/123/8/933.full.pdf+html?sid=ddb461c8-d248-42e7-a599-494ca444247c>.
- 72 Redberg RF, Benjamin EJ, Bittner V, et al. AHA/ACCF 2009 Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (120):1296–336. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/120/13/1296.full.pdf+html?sid=8aca5f73-5b88-4b6e-b35e-1eb30f14d879>.
- 73 Williams JB, DeLong ER, Peterson ED, Dokholyan RS, Ou FS, Ferguson Jr et al. Secondary Prevention After Coronary Artery Bypass Graft Surgery : Findings of a National Randomized Controlled Trial and Sustained Society-Led Incorporation Into Practice. *Circulation* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (123):39–45. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/123/1/39.full.pdf+html?sid=bbadfba0-fcf3-4e5e-adbb-53654c25c00a>.
- 74 Rauch B, Schiele Rudolf, Schneider S, et al. OMEGA, a Randomized, Placebo-Controlled Trial to Test the Effect of Highly Purified Omega-3 Fatty Acids on Top of Modern Guideline-Adjusted Therapy After Myocardial InfarctionClinical Perspective. *Circulation* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (122):2152–9. Available from: URL:<http://circ.ahajournals.org/content/122/21/2152.full.pdf+html?sid=ef1f05befbe9-408f-97df-3930420b366e>.
- 75 Maggioni MD AP, et al. Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial InfarctionResults of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Archives of Internal Medicine* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (168(20)):2194–204. Available from: URL:<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414622>.
- 76 Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults : A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2010 [cited 2013 Jul 10]; (122):406–41. Available from: URL:<http://han.medunigraz.at/han/317/circ.ahajournals.org/content/122/4/406.full.pdf+html?sid=26ae6223-ce10-4631-b2ec-33317bb77168>.
- 77 Bandler R, Grinder J. A book about language and therapy. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books; 1975. (The structure of magic / by John Grinder and Richard Bandler; vol 1) [cited 2013 Jun 28].
- 78 Grinder J, Bandler R. The structure of magic. Palo Alto (Calif.): Science and Behavior Books; 1976 [cited 2013 Jun 28].
- 79 Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update: A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and

Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation* 2007 [cited 2013 Jul 10]; (115):2675–82. Available from:

URL:<http://han.medunigraz.at/han/317/circ.ahajournals.org/content/115/20/2675.full?sid=6aef0ab6-43a3-4fb0-a250-bbc380d2bea4>.

- 80 Biasiotto J. *Psych*; 2012 [cited 2013 Jun 28].
- 81 Erickson MH, Rossi EL. *Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen*. 8th ed. Stuttgart: Klett-Cotta; 2006. (Leben lernen; vol 49).
- 82 Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. London: Penguin; 2012.
- 83 Erickson MH, Rossi EL. *Hypnose erleben: Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004. (Leben lernen; vol 168).
- 84 Plassmann AA, Schmitt G. *Klassische Konditionierung nach Pawlow: Universität Duisburg- Essen* [cited 2013 Jun 28]. Available from: URL:<http://www.uni-due.de/edit/lp/behavior/pawlow.htm>.
- 85 Park C. *Mind-Body CAM Interventions: Current Status and Considerations for Integration Into Clinical Health Psychology*. *Journal of Clinical Psychology* 2012 [cited 2013 Jul 10]; (69(1)):45–63.
- 86 Sood A, et al. *Complementary treatments for tobacco cessation: a survey*. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2006 [cited 2013 Jul 10]; (6):767–71.
- 87 Weizman N, Heresco-Levy U, Lichtenberg P. *Hypnosis: clinical applications*. Harefuah 2004 [cited 2013 Jul 10]; (143(1)):42–6.
- 88 Johnson DL, Karkut RT. *Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion*. *Psychological Reports* 1994 [cited 2013 Jul 10]; (75(2)):851–7.
- 89 Elkins GR, Rajab MH. *Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a threesession intervention*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2004 [cited 2013 Jul 10]; (52(1)):73–81.
- 90 Rabkin SW, Boyko E, Shane F, Kaufert J. *A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis*. *Addictive Behaviours* 1984 [cited 2013 Jul 10]; (9(2)):157–73.
- 91 Ahijevych K, Yerardi R, Nedilsky N. *Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2000 [cited 2013 Jul 10]; (48(4)):374–87.
- 92 Spiegel D, Frischholz EJ, Fleiss JL, Spiegel H. *Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis*. *American Journal of Psychiatry* 1993 [cited 2013 Jul 10]; (150(7)):1090–7.
- 93 Green JP, Lynn SJ, Montgomery GH. *Gender- related differences in hypnosis- based treatments for smoling: a follow- up meta- analysis*. *The American Journal of Clinical Hypnosis* [cited 2013 Jul 10]; 2008(3):259–71.
- 94 Riegel B. *Hypnosis for smoking cessation: group and individual treatment - a free choice study*. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2013 [cited 2013 Jul 10]; (2):146–61.
- 95 Tahiri M, et al. *Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials*. *The American Journal of Medicine* 2012 [cited 2013 Jul 10]; (125(6)):576–84.

- 96 Abbot NC, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*; 2000 2 [cited 2013 Jul 10].
- 97 Barnes J, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*; 2010 10 [cited 2013 Jul 10].
- 98 Carmody TP, et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (5):811–8.
- 99 Johnson DL, Karkut RT. Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion. *Psychological Reports* 1996 [cited 2013 Jul 10]; (79(2)):659–68.
- 100 Wadden TA, Flaxman J. Hypnosis and weight loss: A preliminary study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1981 [cited 2013 Jul 10]; (29(2)):162–73.
- 101 Cherniack MD EP. Potential Applications for Alternative Medicine to Treat Obesity in an Aging Population. *Alternative Medicine Review* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (13(1)):34–42.
- 102 Fawzy FI, et al. A comprehensive psychological approach to obesity. *Psychiatric Medicine* 1983 [cited 2013 Jul 10]; (1(3)):257–73.
- 103 Steyer TE, Ables A. Complementary and alternative therapies for weight loss. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2009 [cited 2013 Jul 10]; (36(2)):395–406.
- 104 Pittler MH, Ernst E. Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *International Journal of Obesity* 2005 [cited 2013 Jul 10]; (29):1030–8.
- 105 Stradling J, Roberts D, Wilson A, Lovelock E. Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in patients with obstructive sleep apnoea. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity* 1998 [cited 2013 Jul 10]; (22(3)):278–81.
- 106 Allison DB, Faith MS. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996 [cited 2013 Jul 10]; (64(3)):513–6.
- 107 Kirsch I. Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments--another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996 [cited 2013 Jul 10]; (64(3)):517–9.
- 108 Bolocofsky DN, Spinler D, Coulthard-Morris L. Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology* 1985 [cited 2013 Jul 10]; (41(1)):35–41.
- 109 Roth A. Diabetes mellitus and obesity. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2002 [cited 2013 Jul 10]; (29(2)):279–95.
- 110 Xu Y, Cardena E. Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2008 [cited 2013 Jul 10]; (1):63–72.
- 111 Ratner H, Gross L, Casas J, Castells S. A hypnotherapeutic approach to the improvement of compliance in adolescent diabetics. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1990 [cited 2013 Jul 10]; (32(3)):154–9.
- 112 Garrow D, Le Egede. National patterns and correlates of complementary and alternative medicine use in adults with diabetes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2006 [cited 2013 Jul 10]; (12(9)):895–902.

- 113 Garrow D, Le Egede. Association between complementary and alternative medicine use, preventive care practices, and use of conventional medical services among adults with diabetes. *Diabetes Care* 2006 [cited 2013 Jul 10]; (29(1)):15–9.
- 114 Kavanagh T, Shepard RJ, Pandit V, Doney H. Exercise and hypnotherapy in the rehabilitation of the coronary patient. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 1970 [cited 2013 Jul 16]; (10):578–87.
- 115 Kavanagh T, Shepard RJ, Doney H. Hypnosis and exercise. A possible combined therapy following myocardial infarction. *The American Journal of Clinical Hypnosis* 1974 [cited 2013 Jul 16]; (3):160–5.
- 116 Williamson J, et al. Hypnotic manipulation of effort sense during dynamic exercise: cardiovascular response and brain activation. *Journal of Applied Physiology* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (90):1392–9.
- 117 Forman BD. Use of hypnosis for improving medical compliance in psychiatric patients. *Southern Medical Journal* 1985 [cited 2013 Jul 16]; (78(3)):242–4.
- 118 Traklyali G, et al. Conscious hypnosis as a method for patient motivation in cervical headgear wear. *European Journal of Orthodontics* 2008 [cited 2013 Jul 16]; (30):147–52.
- 119 Carvalho C, et al. The effect of posthypnotic suggestion, hypnotic suggestibility, and goal intentions on adherence to medical instructions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2008 [cited 2013 Jul 16]; (56(2)):143–55.
- 120 Schwickert M, et al. Stress management in the treatment of essential hypertension. *MMW Fortschritte der Medizin* 2006 [cited 2013 Jul 16]; (148(47)):40–2.
- 121 Herrmann JM. Essential hypertension and stress. When do yoga, psychotherapy and autogenic training help? *MMW Fortschritte der Medizin* 2002 [cited 2013 Jul 16]; (144(19)):38–41.
- 122 Aivazyan TA, et al. Efficacy of relaxation techniques in hypertensive patients. *Health Psychology* 1988 [cited 2013 Jul 16]; (7):193–200.
- 123 Aivazian TA, et al. The comparative effectiveness of different psychological methods for treating patients with a labile course of hypertension: (based on international research data). *Ter Arkh* 1990 [cited 2013 Jul 16]; (62(1)):26–8.
- 124 Plaskota M, et al. A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety patients with cancer receiving palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 2012 [cited 2013 Jul 16]; (18(2)):69–75.
- 125 Golden WL. Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2012 [cited 2013 Jul 16]; (54(2)):263–74.
- 126 Smaga D, et al. Hypnosis and anxiety problems. *Revue Medical Suisse* 2010 [cited 2013 Jul 16]; (6(236)):330–3.
- 127 Snow A, et al. A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures. *Journal of Psychosocial Oncology* 2012 [cited 2013 Jul 16]; (30(3)):281–93.
- 128 Lang EV, et al. Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 2006 [cited 2013 Jul 16]; (126(1-3)):155–64.
- 129 Ashton C Jr., et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *Journal of Cardiovascular Surgery* 1997 [cited 2013 Jul 16]; (38(1)):69–75.

- 130 Kiecolt-Glaser JK, et al. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (69(4)):674–82.
- 131 Whitehouse WG, et al. Psychosocial and Immune Effects of Self-Hypnosis Training for Stress Management Throughout the First Semester of Medical School. *Psychosomatic Medicine* 1996 [cited 2013 Jul 16]; (58):249–63.
- 132 Gruzelier J, Smith F, Nagy A, Henderson D. Cellular and humoral immunity, mood and exam stress: the influences of self-hypnosis and personality predictors. *International Journal of Psychophysiology* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (42(1)):55–71.
- 133 Naito A, et al. The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time: a controlled study. *Brain Research Bulletin* 2003 [cited 2013 Jul 16]; (62(3)):241–53.
- 134 Gay MC. Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one-year follow-up. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2007 [cited 2013 Jul 16]; (55(1)):67–83.
- 135 Deabler PhD HL, et al. The Use of Relaxation and Hypnosis in Lowering High Blood Pressure. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1973 [cited 2013 Jul 16]; (16(2)):75–83.
- 136 Nishith P, et al. Brief hypnosis substitutes for alprazolam use in college students: transient experiences and quantitative EEG responses. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1999 [cited 2013 Jul 16]; (41(3)):262–8.
- 137 Hypnosis [cited 2013 Jun 28]. Available from:
URL:<http://en.wikipedia.org/wiki/Hypnosis>.
- 138 Erickson MH, Rossi SL, Rossi EL. *Hypnose: Induktion - psychotherapeutische Anwendung - Beispiele*. 6th ed. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta; 2004. (Leben lernen; vol 35).
- 139 Kirsch I, Braffman W. Imaginative Suggestibility and Hypnotizability. *Current Directions in Psychological Science* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (10(2)):57–61.
- 140 Grinder J, Bandler R. *Therapie in Trance: Hypnose: Kommunikation mit dem Unbewussten*. 8th ed. Stuttgart: Klett-Cotta; 1995. (Konzepte der Humanwissenschaften).
- 141 Sabaté E. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization; 2003 [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf.
- 142 Munger PharmD MA. Critical overview of antihypertensive therapies: what is preventing us from getting there? Based on a presentation by Mark A. Munger, PharmD. *American Journal of Managed Care* 2000 [cited 2013 Jul 16]; (6(4 Suppl)):211–21.
- 143 Dunbar-Jacob J, et al. Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research* 2000 [cited 2013 Jul 16]; (18):48–90.
- 144 Liebl A, et al. Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland: Ergebnisse der CODE-2 ® -Studie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (126):585–9.
- 145 Heller RF, et al. Blood pressure measurement in the United Kingdom Heart Disease Prevention Project. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1978 [cited 2013 Jul 16]; (32):235–8.
- 146 Clark PhD DO. Issues of Adherence, Penetration, and Measurement in Physical Activity Effectiveness Studies. *Medical Care* 2001 [cited 2013 Jul 16]; (39(5)):409–12.

- 147 Rapport [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:<http://en.wikipedia.org/wiki/Rapport>.
- 148 Navarro J, Karlins M. What every BODY is saying: An ex-FBI agent's guide to speed-reading people. 1st ed. New York, NY: Collins Living; 2008.
- 149 Generative Transformationsgrammatik [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Generative_Transformationsgrammatik.
- 150 Bandler R, Grinder J. Neue Wege der Kurzzeit-Therapie: Neurolinguistische Programme. 6th ed. Paderborn: Junfermann; 1987. (Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften; vol 18).
- 151 Mohl A. Der grosse Zauberlehrling: Das NLP-Arbeitsbuch für Lernende und Anwender. 2nd ed. Paderborn: Junfermann; 2010. (Reihe Kommunikation - NLP) [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://books.google.at/books?id=Wz69jYz9wm0C&pg=PA154&dq=rapport+spiegeln&hl=de&sa=X&ei=GqKTUeBwyPk81-eBkAQ&ved=0CDkQ6AEwAQ#v=onepage&q=rapport%20spiegeln&f=false>.
- 152 Mohl A. Der Zauberlehrling: Das NLP Lern- und Übungsbuch. 10th ed. Paderborn: Junfermann; 2010. (Reihe Kommunikation NLP) [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://books.google.at/books?id=9TiwhusafVQC&pg=PT60&dq=nach%3%A4ffen+gro%3%9Fe+zauberlehrling&hl=de&sa=X&ei=bIKcUfzwBcGxtAaCrIGIBw&ved=0CD4Q6AEwAQ>.
- 153 Soussignan R. Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: a test of the facial feedback hypothesis. *Emotion* 2002 [cited 2013 Jul 16]; (2(1)):52–74.
- 154 Dittrich SFM. Die 10 Gebote der Hypnose: Erfolgsfaktoren für die Praxis: Books on Demand; 2012 [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:http://books.google.at/books?id=axkx1c7t-ZQC&pg=PA50&dq=yes+setting&hl=de&sa=X&ei=IDWeUZ_DKsOmtAaG2ICoAw&ved=0CDYQ6AEwAA#v=onepage&q=yes%20setting&f=false.
- 155 Eberwein W, Schütz G. Die Kunst der Hypnose: Dialoge mit dem Unbewussten ; mit Anleitungen zur Selbsthypnose. Paderborn: Junfermann; 1996.
- 156 Progressive Muskelentspannung [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Progressive_Muskelentspannung.
- 157 Gysin DT. Schmerztherapie bei Kindern: Hypnose als Therapieform. *Pädiatrie* 2009 [cited 2013 Jul 16]; (3):32–5.
- 158 Ötsch W, Stahl T, Jochims I, Derks L. Das Wörterbuch des NLP: Das NLP-Enzyklopädie-Projekt. Paderborn: Junfermann; 1997. (Reihe Pragmatismus & Tradition; vol 54) [cited 2013 Jun 29]. Available from:
URL:http://books.google.at/books?id=4h_9u7XSL0MC&printsec=frontcover&hl=de&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=future%20pacing&f=false.
- 159 Stephan S. Hypnosetherapie in der Praxis: Leitfaden zur Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Psychotherapeuten. 2nd ed. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2003 [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:http://books.google.at/books?id=Oh_skm9HrB8C&pg=PA35&dq=hypnose+sprechtempo&hl=de&sa=X&ei=9EyyUbzAFKuQ7Aa5xoDYDA&ved=0CD0Q6AEwAA#v=onepage&q=hypnose%20sprechtempo&f=false.

- 160 HYPNOSIS: Milton H. Erickson - Complete Works [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://de.scribd.com/doc/31021493/HYPNOSIS-Milton-H-Erickson-Complete-Works>.
- 161 Schulz- Stübner. Medizinische Hypnose: Grundlagen und Behandlungstechniken; 2007 [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://books.google.at/books?id=0PB4-rXatEIC&pg=PA70&dq=erwartungshaltung+hypnose&hl=de&sa=X&ei=tpWwUb3MGMrnswbs34CwBQ&ved=0CE8Q6AEwAw#v=onepage&q=erwartungshaltung%20hypnose&f=false>.
- 162 Byrne PhD JH. Chapter 7: Synaptic Plasticity: Department of Neurobiology and Anatomy, University of Texas Medical School [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://neuroscience.uth.tmc.edu/s1/chapter07.html>.
- 163 Malenka RC. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress: Chapter 11: Synaptic Plasticity; 2002 [cited 2013 Jul 16].
- 164 Gordon DC. Therapeutic metaphors: Helping others through the looking glass. Cupertino, Calif: Meta Publications; 1978.
- 165 Grossman D, Christensen LW. On combat: The psychology and physiology of deadly conflict in war and in peace. 3rd ed. [Illinois?]: Warrior Science Pub.; 2008.
- 166 Carpenter MD FRS, William B. On the Influence of Suggestion in Modifying and directing Muscular Movement, independently of Volition; 1852 [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:<http://www.sgipt.org/medppp/psymot/carp1852.htm>.
- 167 Rossi EL, Cheek DB. Mind-body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis. 1st ed. New York: W.W. Norton; 1994.
- 168 Revenstorf PD, Peter DB. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:http://books.google.at/books?id=RsJtW7VAAbQC&pg=PA175&lpg=PA175&dq=ideomotorisches+signalisieren&source=bl&ots=eFOiEf0YnX&sig=e9myH6O0z1UasEdNYnug2Wz74UE&hl=de&sa=X&ei=QYxMUemAJMnDtQb_34HYCQ&ved=0CDQQ6AEwAQ#v=onepage&q=ideomotorisches%20signalisieren&f=false.
- 169 Gauchou HL, et al. Expression of nonconscious knowledge via ideomotor actions. Consciousness and Cognition 2012 [cited 2013 Jul 16]; (21):976–82.
- 170 Umdeutung (Psychologie) [cited 2013 Jun 29]. Available from: URL:http://de.wikipedia.org/wiki/Umdeutung_%28Psychologie%29.