

**Diplomarbeit**

**Einsatzmöglichkeiten von erweiterter ärztlicher  
Kommunikation  
am Beispiel von Hypnose und anderen Mentaltechniken**

eingereicht von

**Karl Michael ZWANZGER**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

unter der Betreuung von

**Univ.-Prof. Dr. med. Robert Gasser PhD (Oxford UK)**

**Ass. Prof. Dr. med. Helmut Brussee**

Klinische Abteilung für Kardiologie

LKH Graz

### *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, Mai 2014*

**Meinen Eltern Christina und Karl,  
Anna und Lena**

# **DANKSAGUNG**

*Univ.-Prof. Dr. med. univ. Robert Gasser PhD (Oxford UK)*

*und*

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

Danke für die Hilfe und das Engagement im Rahmen des Studienspezialmoduls und danke für die Begeisterung, mit der Dr. Gasser und Dr. Brussee die Hypnose vermittelt haben. Dadurch wurde ich inspiriert, mich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Mein besonderer Dank gilt dem Studienrektor Priv.-Doz. Dr. med. univ. Johannes Schalamon und dem Studienrektor Stellvertreter Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. rer. nat. Dr. scient. med. Erwin Petek.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Kollegen aus dem Hypnose-SSM (Studien-Spezial-Modul), mit denen es über einen Zeitraum von nunmehr über fast zwei Jahren einen regen theoretischen und praktischen Erfahrungsaustausch zum Thema Hypnose gegeben hat. Besonders danke ich in diesem Zusammenhang Herrn cand. med. Clemens Kaindlstorfer und Frau Dr. med. univ. Magdalena Hadl, die mir wertvolle Ideen und Anregungen geliefert haben.

## **Anmerkung:**

Bezeichnungen wie „Arzt“, „Therapeut“ oder „Patient“ werden in dieser Arbeit geschlechtsneutral verwendet. In jedem Fall kann damit eine Frau oder ein Mann gemeint sein. Das ausdrückliche Formulieren jeweils beider Bezeichnungen (etwa der Therapeut und die Therapeutin) wurde daher sinngemäß im laufenden Text nur an entscheidenden Stellen durchgeführt.

# **ZUSAMMENFASSUNG**

Diese Arbeit beschäftigt sich mit erweiterter ärztlicher Kommunikation und zeigt die Möglichkeiten, den Nutzen und die Sinnhaftigkeit des klinischen Einsatzes am Beispiel von Hypnose und anderen Mentaltechniken. Die Arbeit wurde im Rahmen einer Literaturrecherche zusammengestellt, die auch phänomenologischen Charakter aufweist und deren Kern auf die theoretischen Hintergründe der Hypnose und deren praktische Anwendbarkeit im klinischen Alltag abzielt. Der theoretische Teil dieser Arbeit wurde aus medizinischer und psychologischer Fachliteratur und wissenschaftlichen Datenbanken wie „*PubMed*“ entnommen und ist anhand der Erkenntnisse aus der Hypnoseforschung in diese Arbeit eingeflossen. Somit kann diese Arbeit als „*Werkzeug für die Praxis*“ betrachtet werden. Damit diese als Manual gedachte Arbeit einen praktischen Nutzen erfüllen kann, spiegelt der hier zusammen getragene theoretische Teil wesentliche Einblicke in verschiedene Wissenschafts- und Wissensbereiche wider, die sich mit erweiterter ärztlicher Kommunikation und vor allem mit ärztlicher Hypnose auseinandersetzen. Die aus unterschiedlichen Perspektiven dargestellten Zugangswege zur Hypnose sollen es ermöglichen, diese etwas umfassender zu betrachten und gleichzeitig dazu beitragen, die Hypnose zu entmystifizieren. Dies ist wichtig, damit sich die Hypnose im klinischen Alltag etablieren kann und ihr Potenzial zukünftig ausgeschöpft werden kann. Anhand von beobachteten Fallbeispielen aus der Praxis sind auch phänomenologische Aspekte in diese Arbeit mit eingebracht worden, deren Ziel es ist, die Erscheinungen und Phänomene, die unter Hypnose auftreten, nachvollziehbar zu beschreiben.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with advanced medical communication and shows the possibilities and usefulness of the clinical practice of hypnosis and other mental techniques. The thesis was supported by a literature review that also has phenomenological character and whose core aims are the theoretical background of hypnosis and its practical applicability in clinical practice. The theoretical part of this thesis was taken from medical and psychological literature and scientific databases such as „*PubMed*“ and has been incorporated on the basis of findings from hypnosis research in this thesis. Thus, it can be considered as a *“tool for practice”*. The theoretical part gathered here gives key insights into various scientific and knowledge areas dealing with advanced medical communication and especially with medical hypnosis. The access routes to hypnosis represented from different perspectives should make it possible to consider them a little more comprehensive, while helping to demystify hypnosis. This will pave the way for the establishment of hypnosis in clinical practice and the exploitation of its potential in the future. Examples from practice and phenomenological aspects have been introduced in this thesis with the aim to describe comprehensible phenomena that occur under hypnosis.

# INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG .....	4
ZUSAMMENFASSUNG .....	5
ABSTRACT .....	6
EINLEITUNG .....	9
Teil I: Geschichte der Hypnose .....	15
1.1    Geschichte der Hypnose .....	16
1.1.2    Erickson und die moderne Hypnose .....	24
1.1.3    Auszüge aus Ericksons Lehrgeschichten .....	29
1.2    Einfluss der Geschichte auf die öffentliche Wahrnehmung von Hypnose .....	31
2    Teil II: Die Theorie als Werkzeug für die Praxis .....	34
2.1    Die Sinne als Brücke zur Welt .....	35
2.2    Die Grundannahmen des NLP und deren Erfinder .....	38
2.3    Meta-Modell und Milton-Modell der Sprache .....	40
2.3.1    Filter der Wahrnehmung .....	46
2.3.2    Beispiele zu Meta-Modell-Fragen im Alltag .....	47
2.3.3    Das Milton-Modell .....	53
2.4    Bewusstsein und Unbewusstes .....	55
2.4.2    Das moderne ICH und die Hypnose .....	62
2.4.3    Verbindung zwischen Körper, Geist und Unbewusstem .....	70
2.4.4    Das Nocebo - der böse Zwilling des Placebos .....	79
2.5    Modelling .....	83
2.6    Hypnose .....	87
2.6.1    Hypnosestudien .....	91
2.6.2    Einsatzmöglichkeiten der Hypnose .....	92
2.6.3    Hypnotische Kommunikation im ärztlichen Alltag .....	93
2.6.4    Hypnotische Phänomene .....	94
2.6.5    Einige Beispiele für den medizinischen Gebrauch von Hypnose .....	96
2.7    Suggestion .....	108
2.8    Suggestibilität .....	110
2.9    Trance und Rapport .....	111
2.9.1    Der Außerirdische .....	117
2.10    Individuelles Tranceerleben und Trancetiefe .....	119
2.11    Pacing und Leading .....	121
2.12    Induktion .....	124
2.12.1    Induktionsritual .....	125
2.12.2    Schnellinduktionstechnik .....	127
2.12.3    Einstreutechnik .....	129
2.12.4    Tranceinduktion bei Kindern .....	130
2.13    Utilisation und Reframing .....	131
2.13.1    Aspekte für Utilisation .....	132
2.14    Selbsthypnose .....	133
2.15    Visualisieren und Mentaltraining .....	135
2.15.1    Assoziiertes Imaginieren .....	137
GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN .....	140
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	141
TABELLENVERZEICHNIS .....	150

*„Sprich, damit ich Dich sehe.“*

Sokrates v. Athen (469 v. Chr. – 399 v. Chr.)

# EINLEITUNG

Obig stehender Satz von Sokrates von Athen ergibt genau genommen keinen Sinn, dennoch wissen wir, was gemeint ist. In der Dichtung zeugt das Vermischen von Sinnesebenen vom tiefgreifenden Erleben des Dichters, und nimmt den Leser mit in eine Welt, in der synästhetische Wahrnehmung unser Inneres zu berühren vermag. In dieser Arbeit geht es um „*Wahrnehmung*“ und um „*Achtsamkeit*“. Gleich am Beginn möchte ich dazu einladen, die eigene Wahrnehmung immer ein wenig nach innen gerichtet zu halten, weil ein achtsamer Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen die Grundvoraussetzung dafür ist, das, was hier in Form einer Literaturrecherche zusammengetragen wurde, auf einer tieferen Ebene verstehen zu können.

Doch noch einmal kurz zurück zu Sokrates, der selbst keine schriftlichen Aufzeichnungen hinterlassen hat, jedoch von seinem Schüler Platon in sokratischen Lehr- und Streitgesprächen nachgezeichnet wurde. Im Dialog „*Symposion*“ lässt Platon seinen Lehrer über die Inschriften „*Erkenne dich selbst*“ bzw. „*Nichts im Übermaß*“ referieren. Man könnte sagen, für Sokrates war die Innenschau („*Erkenne dich selbst*“) die Grundvoraussetzung, um adäquate Problemlösungsstrategien für die Außenwelt entwickeln zu können. Sokrates sei, so rühmte er sich, der weiseste unter den Menschen, weil er wisse, dass er nichts wisse. Diese Sichtweise zwang ihn, die Ergebnisse seines Denkens immer wieder neu zu hinterfragen. Das methodische Fragen und Hinterfragen eigener und fremder Gedanken ist ebenfalls Teil dieser Arbeit. (1,2)

Heute, fast zweieinhalb-tausend Jahre später, leben wir in einer schnelllebigen, turbulenten Zeit der Veränderung. Anforderungen in Beruf- und Privatleben nehmen an Komplexität zu, sodass es zunehmend wichtiger wird, den Herausforderungen im Leben angemessen zu begegnen. Heute gilt Sokrates' Erkenntnis genauso wie damals - gesellschaftsbedingt möglicherweise verlagert auf andere Ebenen der Wahrnehmung.

Was für Sokrates die Innenschau war, dafür gibt es mittlerweile in der modernen Hirnforschung ausreichende Erklärungsmodelle. Mittels funktioneller Bildgebung wie fMRT (funktionelle Magnetresonanztomographie) und PET (Positronen-Emissions-Tomographie) lässt sich nachweisen, dass eine hypnotische Tranceinduktion zu Veränderungen im Gehirn führt. Aus neurowissenschaftlicher Perspektive besteht Übereinstimmung, dass der Trancezustand ein neurobiologisch erfassbares Korrelat der Hirnfunktion in einem veränderten Bewusstseinszustand darstellt. (3-5) Im Zustand der Trance kommt es, genauso wie in Ruhe- und Entspannungszuständen, die wir alltäglich

erleben - jedoch in Trance besonders intensiv - zu einer Neubewertung und Umorientierung der eigenen Erfahrungswelt, zu unbewussten Suchprozessen, die es ermöglichen, über den Lauf der Zeit das eigene ICH als integrative Leistung, besser angepasst an die Bedürfnisse des eigenen Lebens, zu erhalten. (6)

Heutzutage gibt es eine Vielfalt von Möglichkeiten, womit sich Menschen in einer Dienstleistungs- bzw. Konsumgesellschaft beschäftigen können. Dieses hohe Maß an Auswahl mag viele Vorteile mit sich bringen, jedoch oft auch Überforderung und Orientierungslosigkeit des Einzelnen, vor allem in Zeiten persönlicher Krisen, Krankheit oder Verlust.

In dieser Arbeit setzt sich der Verfasser auch mit der Bedeutung und Beeinflussung von unbewussten Suchprozessen auseinander. Mithilfe von Beispielen wird anhand der Kommunikationswerkzeuge der klinischen Hypnose und anderer Mentaltechniken wie Techniken aus dem NLP (Neuro-Linguistisches Programmieren) erläutert, wie es möglich ist, durch bewusste Einflussnahme auf diese Suchprozesse, erwünschte Ergebnisse zu erzielen. Unter Mentaltechniken im weiteren Sinne sind hier alle Prozesse gemeint, die zu einer Optimierung der menschlichen Informationsverarbeitung beitragen. Dabei stellt sich die Frage, welche Vorteile der Einsatz dieser Kommunikationstools für den Arzt mit sich bringt.

Mittlerweile ist bekannt, dass Sprache mehr ist als ein Austausch von Informationen auf rein auditiver Ebene (Worte, Semantik), als ein kinästhetischer Ausdruck (Mimik, Gestik) oder ein visuelles Erleben (innere Bilder, die entstehen). Durch Sprache entstehen innere Verarbeitungsprozesse, die ein individuelles Erleben der eigenen Realität ermöglichen und durch Sprache ist es möglich, erlebte bzw. gemachte Erfahrungen auf Basis der eigenen Realität anderen Menschen zugänglich zu machen. Kurz und prägnant: „*Sprache schafft Wirklichkeit.*“ Auch die Prozesse der Sprachverarbeitung werden logisch nachvollziehbar anhand von Erklärungsmodellen aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen dargestellt. Sprache verändert das innere Erleben einer Person, prägt gemachte Erfahrungen und damit verbundene Gefühle.

In der täglichen klinischen Arbeit wird viel von einem Arzt verlangt, die Qualität der Kommunikation wird gerne hoch gepriesen, doch diese fehlt oft, vor allem bei Ärzten am Beginn ihrer beruflichen Laufbahn. Sie wird jedoch vom Arbeitgeber, vom Patienten und vom Team erwartet. In Beratungsgesprächen, bei denen es um schwere Erkrankungen geht, wie z. B. in der Onkologie, steht häufig die negative Prognose in Prozentsätzen, dem Wunsch des Patienten zu überleben, gegenüber. Unabhängig vom tatsächlichen Ausgang

der Erkrankung wird durch die Aufklärungspflicht eine belastende Situation geschaffen. In der Praxis sollten Statistiken von Prognosen entkoppelt werden, da jeder Patient ein einzigartiges Individuum ist, mit einem Körper, einem Geist und einer Seele. Insofern erscheint eine Beschäftigung mit dem Thema lohnenswert, wenn nicht gar notwendig. (7)

Als angenehme Nebeneffekte beim Erlernen und Praktizieren von Hypnose treten eine geschärfte Wahrnehmung, einhergehend mit einer Verbesserung der Lebensqualität und einer Verbesserung der Gesundheit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene auf.

Bei der Selbsthypnose wird geübt, den Kopf leer zu machen, sich auf sein Unbewusstes und auf selbstregulierende Verarbeitungsprozesse zu verlassen und dabei steuernd eingreifen zu können. So können neu erlernte Strategien als erweiterte Handlungsmöglichkeiten in Form von bewussten und unbewussten Ressourcen integriert werden. Mit der Zeit tritt bei regelmäßiger Anwendung ein verstärktes Erleben des Augenblicks auf. Dies führt zu einer intensivierten Alltagspräsenz, die ein anderes, hochwertigeres Zeiterleben ermöglicht. Mit dieser neu gewonnenen Qualität der Wahrnehmung ist man zu sehr großen Leistungen fähig - physisch wie psychisch.

Nachgewiesener Maßen wird durch regelmäßig angewandte Selbsthypnose und zielgerichtetes Mentaltraining zur Gesundheitsförderung das Immunsystem gestärkt und die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten erniedrigt. Es entwickelt sich eine gesündere Körperwahrnehmung und ernährungstechnisch wird ein sinn- bzw. maßvolles Verhalten bevorzugt, vorausgesetzt, man verwendet diese Techniken nachhaltig. Dazu genügt es, sich täglich eine bestimmte Zeit für die Innenschau frei zu halten. Eine der Lebensregeln von Tenzin Gyatso, dem 14. Dalai Lama, lautet: „*Verbringe jeden Tag einige Zeit mit Dir selbst.*“ (8)

Neben den subjektiven Veränderungen (Trancephänomene), die der Hypnotisand wahrnehmen kann, lassen sich auch direkt messbare Körperphänomene während oder unmittelbar nach einer Hypnose feststellen. Diese sind: Ein niedrigerer Blutdruck, verlangsamter Atem- und Herzrhythmus, verringerte Ausschüttung von Stresshormonen, veränderte Körperwahrnehmung bzw. Analgesie bis hin zur Anästhesie. Das Leben mit chronischen Schmerzen kann verbessert werden, wobei eine hypnotische Analgesie nicht durch den Opioid-Antagonisten Naloxon aufgehoben wird, was darauf hinweisen könnte, dass die Schmerzfreiheit nicht ausschließlich durch körpereigene Opiode hervorgerufen wird. (9) Mittels EEG (Elektroenzephalographie) lassen sich veränderte Gehirnströmmuster ableiten, häufig Alpha-Wellen (8-13 Hz), die auch bei einer Aktiv-Wachtrance am Laufband zu messen sind. Bei tieferen Trancezuständen treten Theta-

Wellen (3,5-8 Hz), und bei sehr geübten Anwendern Delta-Wellen (unter 3,5 Hz) im EEG auf, die sonst nur in REM-Phasen (Rapid Eye Movement) oder Tiefschlafphasen vorkommen. Im Wachbewusstsein, bei geistiger Aktivität und in Stresszuständen ist eine Beta-Aktivität (13-30 Hz) dominierend. Eine sich einstellende „*Vagotonie*“ bzw. eine Verlagerung des vegetativen Nervensystems in Richtung Parasympathikus erklären zum Teil die physiologisch messbaren Veränderungen während der Hypnose. (3)

Der österreichische Kommunikationswissenschaftler, Soziologe, Psychotherapeut und Philosoph Paul Watzlawick hat das berühmte Axiom geprägt: „*Man kann nicht NICHT kommunizieren.*“ Das heißt, jegliches Verhalten ist Kommunikation. Menschen kommunizieren auch, wenn sie nicht miteinander sprechen, dies kann nonverbal und auch auf unbewusster Ebene geschehen. Durch subtile Veränderungen der Stimmlage oder kleinste Bewegungen der Gesichtsmuskulatur können Worte plötzlich eine andere Bedeutung bekommen. Wir lösen also immer, wenn wir uns in Interaktion mit anderen Menschen befinden - aber auch mit uns selbst - einen Prozess aus, der Veränderung nach sich zieht, bzw. der Situation eine Bedeutung verleiht. Das heißt, durch Kommunikation befindet sich der Mensch in einem Prozess der Veränderung, der ständigen Erweiterung seiner Erfahrungswelt und damit seiner Persönlichkeit. Man könnte auch sagen: Kommunikation ist „*immer*“ auch Manipulation, weil der Mensch aus jeglicher sozialer Interaktion ein wenig anders herausgeht, als er hineingegangen ist und weil hinter jeder Kommunikation eine Absicht steht. Natürlich gilt dies vor allem bei der Kommunikation mit sich selbst, wobei man dann konsequenter Weise von Selbst-Manipulation sprechen müsste, denn es beeinflussen uns tagtäglich innere Bilder, Zwiegespräche und Gefühle. Unsere Vergangenheit hat uns sozusagen geprägt und wirkt mitunter mittels erlernter Muster, oder, wie es im NLP genannt wird, mittels Filterleistungen, die früher einmal nützlich waren, bis in unsere Gegenwart hinein. Meist sind alte Verhaltensweisen in einer Situation von Nutzen, können allerdings zu einem späteren Zeitpunkt inadäquat werden und begeben uns dann als unbewusste Selbstbeeinflussungen im Alltag. Vielfach erkennen Menschen solche alten Muster nicht und sind auch nicht in der Lage, diese zu unterbrechen und durch besser passende Strategien zu ersetzen.

Diese Mechanismen zu erkennen und zu verändern, wird im zweiten Teil dieser Arbeit beschrieben. Mithilfe von Hypnose wird gezeigt, wie in Trance unbewusste Suchprozesse angeregt werden, die beim Patienten einen Veränderungsprozess auslösen können.

Ärzte müssen oft schwierige Gespräche mit Angehörigen führen und dies kann sich auf die Stimmung und das Denken der Beteiligten auswirken. Die Nachricht einer potentiell

tödlichen Erkrankung kann das Leben eines betroffenen Patienten und seiner Angehörigen grundlegend verändern. Deshalb ist es entscheidend, welche Strategien jemand erlernt hat, sich an eine schwierige Situation anzupassen, und mit Veränderungen zurechtzukommen. „*Survival oft the Fittest*“ nach Darwin besagt: „*Nicht die Stärkeren überleben, sondern die am besten Angepassten.*“ (10)

Um als Arzt in Belastungssituationen beruflicher oder privater Natur, oder im täglichen Umgang mit Patienten gut vorbereitet zu sein, ist es von Vorteil, sich mit Strategien zu beschäftigen, die praktisch anwendbar, leicht erlernbar und effektiv, aber auch effizient umsetzbar sind, sodass erwünschte Ergebnisse folgen. Als Arzt möchte man erreichen, dass einem die Patienten vertrauen, dass Patienten die verordneten Medikamente wie vereinbart einnehmen und das ärztliche Beratungsgespräch ernst nehmen. Man möchte seinen Patienten auf einer Basis des gegenseitigen Respekts und Vertrauens begegnen, möchte bei seiner täglichen Arbeit Freude haben und erfolgreich sein. Erfolgreich, nach den für sich definierten Parametern, wie Erfolg auf beruflicher und privater Ebene aussehen soll. Wie dies mithilfe von Hypnose und Techniken aus dem NLP zu erreichen ist und wodurch man eine bessere Kommunikation und somit bessere Ergebnisse erzielen kann, das wird anhand einer Literaturrecherche dargestellt. Dabei werden auch eine Reihe phänomenologischer Aspekte in diese Arbeit mit einfließen wie z. B. beobachtbare Hypnosephänomene, die in der Praxis auftreten. Besonders hervorgehoben wird das „*subjektive Erleben*“, denn darum geht es im Zustand einer Trance – vor allem, wie der Patient das erlebt.

*Die Menschen haben Angst davor, in sich hinein zu schauen. Es ist aber der einzige Ort, wo sie finden, was sie brauchen.*

Dan Millman, Der Pfad des friedvollen Kriegers (11)

## **Teil I: Geschichte der Hypnose**

## 1.1 Geschichte der Hypnose

*"Jede Kultur wird durch die Suggestion eines unsichtbaren Hypnotiseurs  
zusammengehalten - durch künstlich erzeugte Illusion."  
William Butler Yeats*

Seit dem *Neolithikum* (Jungsteinzeit) haben Schamanen archaische Trancerituale zur Behandlung von Erkrankungen benutzt. Hypnotische Methoden waren in der priesterlichen Medizin der Ägypter, Chaldäer, Inder und Griechen (z. B. Tempelschlaf der Asklepiaden) bekannt. (12)

Vor Tausenden von Jahren verfasste Keilschriften der alten Sumerer belegen, dass diese schon vor 6000 Jahren die Hypnose nutzten. In einer der ältesten Sanskrit-Schriften, dem „*Manusmriti*“ (Gesetzbuch des Manu), das laut Hinduismus auf den Stammvater der Menschen zurückzuführen ist, findet sich die Beschreibung von drei verschiedenen Schlaf-Zuständen: „*Dem Wachschlaf, dem Traumschlaf und dem Wonnenschlaf*“, die vergleichbar sind mit den Abstufungen der heute bekannten Trancetiefen. (13) In altägyptischen Papyrusrollen wurde übermittelt, dass es in Ägypten Schlaftempel und Heiltrancen gab. (14) Interessanterweise scheint es auch eine anatomische und physiologische Korrelation zwischen dem „*Auge des Re*“, dem gespiegelten „*Horusauge*“ der Ägypter, und der Morphologie des menschlichen Gehirns, bzw. seiner funktionalen Prozesse im Bereich des Thalamus während einer Trance zu geben. Mehr dazu im Kapitel 2.4.3.

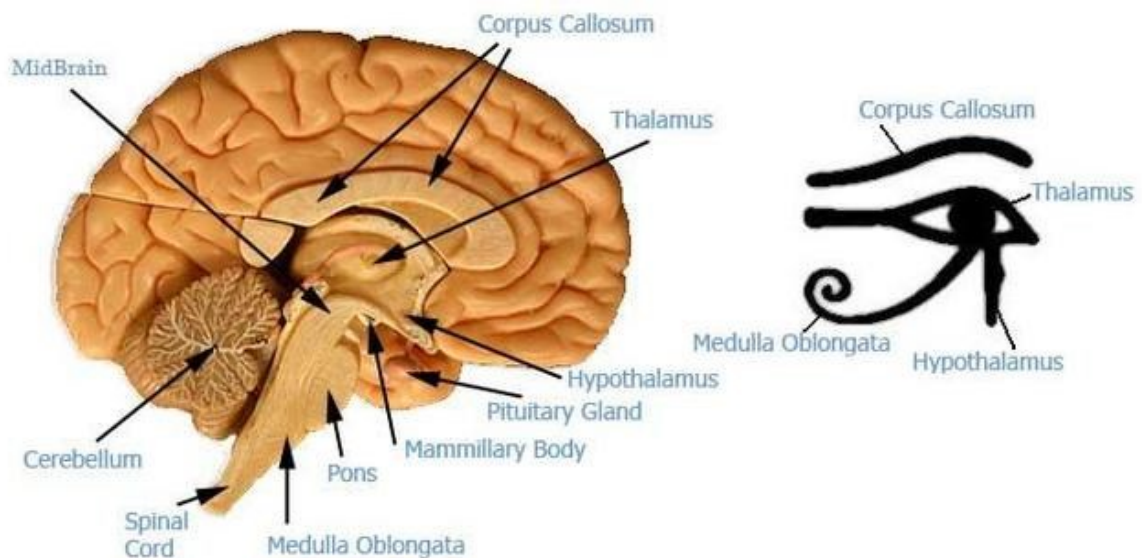


Abbildung 1: Das Auge des Re [<http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM>]

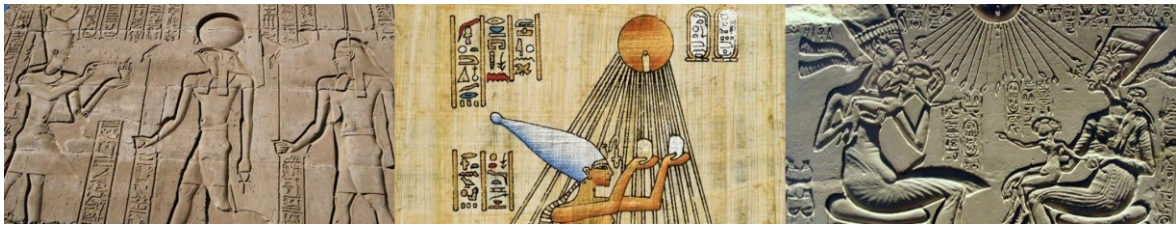


Abbildung 2: Der Sonnengott Re [<http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM>]

Vor mehr als 500 Jahren lebte der in der Schweiz geborene Arzt, Alchemist und Mystiker Theophrastus Bombastus von Hohenheim, besser bekannt als „*Paracelsus*“. In seinen Schriften beschreibt er u. a. eine Methode zur Heilung von Syphilis mit Quecksilber und war einer der ersten, der „*Magnetiten*“ zu Heilzwecken einsetzte, indem er damit über den Körper von Patienten strich. Der Ire Valentine Greatrakes, genannt „*der große irische Streicher*“, heilte um 1600 n. Chr. Menschen mit seiner Streichtechnik. (14,15) Den Königen früherer Zeiten wurden Heilkräfte zugesprochen, sodass durch ihre Handauflegung oft wundersame Heilungen geschahen. (16) Nach dem heutigen Verständnis von Hypnose, bewirken rituelle Handlungen, wie sie anhand der letzten Beispiele beschrieben sind, dass Menschen in Trance gehen. Die Erkenntnis: „*Alles, was eine Trance voraussetzt, verursacht Trance*“, verdanken wir Clark Leonhard Hull, auf den am Ende dieses Kapitels noch eingegangen wird. (14)

Die moderne Geschichte der Hypnose begann mit dem Arzt und Heiler Franz Anton Mesmer, geb. 1734 in Iznang am Bodensee. Mesmer studierte erst Philosophie und Theologie in Dillingen und Ingolstadt, später Jura. 1759 zog er für das Studium der Medizin nach Wien, wurde Schüler von Gerard van Swieten, dem Hofarzt der Kaiserin Maria Theresia und promovierte 1766 im Fach Medizin. Inspiriert durch die Lehren von Paracelsus und beeinflusst durch den katholischen Pater Johann Joseph Gassner, verfasste Mesmer eine Dissertation zum Thema: „*De planetarum influxu in corpus humanum*“ (Der Einfluss der Planeten auf den menschlichen Körper). Als niedergelassener Arzt praktizierte er in Wien und wandte eine von ihm entwickelte Magnetheilungstechnik an, die er „*tierischen Magnetismus*“ nannte. Die von Mesmer entwickelte Theorie und Behandlungsmethode ist auch unter dem Begriff „*Mesmerismus*“ bekannt. Mesmer nahm an Anlehnung von Isaac Newtons Gravitationsgesetz an, im menschlichen Körper befinde sich ein Äther, eine Art „*physikalisches Fluidum*“, welches die Menschen untereinander und mit dem Kosmos verbinde. Dieses Fluidum (belebte Schwerkraft) sei übertragbar und könne physiologische Heilkräfte entfalten. (3,12,14) Mesmer könnte man als den ersten Esoteriker der Moderne bezeichnen, welcher der alten alchemistischen Vorstellung eines

alles durchströmenden Fluidums einen neuen Namen gab. Seine Theorie des physikalischen Fluidums ist vergleichbar mit der altindischen Lehre der Energiekanäle („*Chakren*“) oder der Aura, das jeden Menschen umgebende Energie- und Informationsfeld, mithilfe dessen der Mensch in ständigem Austausch mit seiner Umwelt und dem Kosmos stehe.

Nach anfänglichen Erfolgen als „*Magnetiseur*“ und regem Zulauf von Seiten der Bevölkerung, gründete Mesmer ein Hospital für seine Methoden des Heilens. Dadurch zog er sich den Unmut der Medizinischen Fakultät Wien zu, die seiner Arbeit kritisch gegenüberstand. Als Mesmer die damals populäre Pianistin und Sängerin Maria Theresia Paradis, die seit ihrem dritten Lebensjahr erblindet war, vorübergehend von ihrer Blindheit heilte, musste er aufgrund der inzwischen zunehmenden Anfeindungen mit der Wiener Ärzteschaft Wien verlassen und flüchtete nach Paris. Die Ursache der Blindheit ist bis heute ungeklärt. Es wird vermutet, dass es sich um eine psychogene Erblindung handelte. In Paris wurde Mesmer bald zum Liebling des Pariser Hofes, betrieb eine eigene Praxis, etablierte seine „*heilsame Praktik*“ im ganzen Land und wurde so berühmt, dass jeder, der Rang und Namen hatte, sich von ihm behandeln ließ. Die Ärzteschaft war Mesmer inzwischen auch hier feindlich gesinnt und bezeichnete ihn als Betrüger, worauf Mesmer ein folgenreicher Fehler unterlief. Er bat den König, eine Untersuchungskommission einzusetzen, die seine Methode prüfen sollte. Dieses Gremium war beauftragt, herauszufinden, ob es einen animalischen Magnetismus gab. Benjamin Franklin, einer der Gründerväter der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung, war zu dieser Zeit Diplomat in Paris und verkündete als Sprecher der Untersuchungskommission deren Urteil: „*Von den Händen dieses Mesmer geht nichts aus, was ich sehen kann, deshalb muss der Mesmerismus ein Betrug sein.*“ (14) Mesmer verließ daraufhin Paris und kehrte zurück nach Wien, wo er eine Zeitlang weiter praktizierte. Nach einer Denunzierung wegen jakobinischer Gesinnung wurde Mesmer an seinen Geburtsort verwiesen. In den folgenden Jahren reiste Mesmer viel durch Europa und kehrte schließlich müde in die Schweiz zurück, wo er 1815 an den Folgen eines Schlaganfalls verstarb. (14,15) In Europa löste Mesmers Diskreditierung rege Diskussionen an den anderen regierenden Königshäusern aus, wodurch seine Lehre noch längere Zeit im Gespräch blieb und auch weiter verbreitet wurde. Mesmer gilt heute als Vorkämpfer der modernen Psychotherapie bzw. der modernen Hypnose. (3) Einer seiner Schüler, der Marquis de Puységur, führte den Mesmerismus in abgewandelter Form in Frankreich fort. De Puységur prägte den Begriff des „*Somnambulismus*“, der heute eine allgemein gebräuchliche Verwendung für das

„Schlafwandeln“ findet. Puységur beschrieb den „*somnambulen Zustand*“ als eine tiefe Hypnosestufe und in diesem Zusammenhang wurde er zu jener Zeit auch gebraucht. 1824 wurde in Frankreich die erste Zahnextraktion im somnambulen Zustand durch Delatour und 1829 die erste Brustamputation durch Cloquet durchgeführt, die beide ihre Patienten mittels Mesmerismus anästhesierten. (17) Im Jahre 1843 führte der englische Chirurg und Herausgeber der medizinischen Fachzeitschrift „*Zoist*“, John Elliotson, mehrere schmerzarme Operationen mithilfe des Mesmerismus durch. Elliotson verlor deshalb seine Professur an der Universität von London und seine Mitgliedschaften in den Königlich Medizinischen und Chirurgischen Gesellschaften. (12) 1846 berichtete der schottische Arzt James Esdaile über mehrere hundert erfolgreiche Operationen mittels Mesmerismus aus Kalkutta und von einer Senkung der Mortalitätsrate von damals üblichen 40 Prozent auf 5 Prozent. 1850 wurde eine medizinische Kommission von der englischen Regierung mit der Überprüfung Esdailes Berichten beauftragt und stellte fest, dass mit dem Mesmerismus auch bei den schwersten Operationen die vollständige Unempfindlichkeit dem Schmerz gegenüber herbeigeführt wird und, dass der Einfluss des Mesmerismus auf die Reduktion des Operationsschocks auf jeden Fall günstig war. Nachdem 1846 Äther und 1847 Chloroform eingeführt wurden, verdrängten diese Verfahren nicht nur die bis dahin zur Anästhesie verwendeten Drogen Opium und Alkohol, sondern auch den Mesmerismus als Möglichkeit der Anästhesie. (3,12)



Abbildung 3: Franz Anton Mesmer [<http://www.britannica.com/EBchecked/media/169415/Franz-Anton-Mesmer>]

Nach Mesmer und De Puységur wurde in ganz Europa dennoch weiter magnetisiert und mesmerisiert. In Deutschland erregte der Arzt Justinus Kerner beträchtliches Aufsehen, weil er die sogenannte „*Seherin von Prevorst*“ magnetisierte, die in diesem Zustand mit den Geistern von Verstorbenen kommuniziert haben soll. Mitte des 19. Jahrhunderts lösten die „*Fox-Schwestern*“ in New York eine „*Spiritismus-Welle*“ aus, die auch auf Europa überschwappte und die häufig in Verbindung mit dem Mesmerismus gebracht wurde, was dazu geführt hat, den Mesmerismus innerhalb der Bevölkerung zu mystifizieren. (3,18) Das okkult-mystische Element, das sich der Magnetismus in dieser Zeit erworben hatte, wurde von den damaligen Laien- und Bühnenhypnotiseuren noch weiter verstärkt, was auch dazu beitrug, dass sich die Wissenschaft einige Jahrzehnte von „*derlei Phänomenen*“ distanzierte.

Erst als der schottische Augenarzt James Braid 1841 eine öffentliche Demonstration eines Laienhypnotiseurs in Manchester beobachtete, änderte sich dies. Braid schlussfolgerte, dass das „*Flattern der Augenlider*“ nicht gespielt werden konnte. Braids Interesse war geweckt und er begann, sich wissenschaftlich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Er beobachtete erstmals, dass durch optische, und später akustische Fixation, ein neurologisch bedingter Schlafzustand auftrat. Durch diesen Nachweis entmystifizierte Braid die Theorie eines Fluidums und nannte seine Entdeckung „*Monoideismus*“ bzw. „*Neurypnology*“. Beide Bezeichnungen setzten sich nicht durch und wurden später durch den Begriff Hypnose ersetzt. Entlehnt wurde der Begriff Hypnose aus der griechischen Mythologie von „*Hypnos*“, dem „*Gott des Schlafes*“, weil man den Zustand als einen schlafähnlichen ansah. Die neue Definition war auch dafür gedacht, sich von den Laienpraktikern und dem Heilmagnetismus in einem wissenschaftlichen Kontext zu entkoppeln.

Das wissenschaftliche Interesse für die Hypnose setzte so richtig mit Ende der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts ein, wo man ausgehend von Braids Aufzeichnungen intensiver begann, sich mit Hypnose zu beschäftigen. Ausgelöst wurde dieses Interesse durch die öffentlichen Massenhypnosen des dänischen Bühnenhypnotiseurs Carl Hansen.

Der Lehrstuhlinhaber für Physiologie und Histologie an der Friedrich-Wilhelms-Universität Breslau, der Physiologe Rudolf Heidenhain, war 1880 unter den Zuschauern einer spektakulären Massenhypnose Hansens und begann, sich daraufhin experimentell mit der Wirkung von Suggestionen zu beschäftigen. Heidenhain erklärte den Zustand der Hypnose mit einer zentralen Hemmung im Gehirn und prägte den Begriff „*kortikale*

*Inhibition*“. Die meisten Ärzte jener Zeit, unter anderem auch der damals junge Sigmund Freud, waren anfangs vor allem experimentell-neurophysiologisch an der Hypnose interessiert. (3,14,18)

Zu dieser Zeit entstanden in Frankreich zwei bedeutende Schulen, die sich mit der Erforschung von Hypnose beschäftigten. Der französische Psychiater und Neurologe Hippolyte Bernheim in Nancy verfolgte gemeinsam mit seinem Arztkollegen Ambroise-August Liébeault einen psychologischen Ansatz und der Pathologe und Neurologe Jean-Martin Charcot in Paris einen Psychopathologischen. (14)

1885 lernte Sigmund Freud Charcot in Paris kennen, der zu jener Zeit einen Ruf als führender Neurologe Europas genoss. Von ihm erlernte Freud die „*Schreckhypnose*“ und die Theorie kennen, Hypnose sei eine psychopathologische Unterform der Hysterie. Charcot erschreckte zur Einleitung einer Hypnose seine Patienten, die daraufhin in eine Schockstarre bzw. einen tranceähnlichen Zustand verfielen. Da Charcot vornehmlich mit „*Geisteskranken*“ arbeitete, nahm dieser an, die Hypnose sei eine Art künstlich hervorgerufene Hysterie. In den späten 1880er Jahren nahm die Bedeutung der „*Schule von Nancy*“ zu, da sie psychotherapeutisch etwas zu bieten hatte. Freud übersetzte 1888 Bernheims „*Die Suggestion und ihre Heilwirkung*“ ins Deutsche, wodurch Ende der 1880er Jahre die Schule von Nancy den deutschen Sprachraum in puncto Hypnose dominierte. Beim Entwickeln seiner Redetherapie, die Freud später „*Psychoanalyse*“ nannte, nutzte er die Hypnose, um die „*Zensur*“ seiner Patienten zu umgehen und so Erfahrungen aufdecken zu können, die, wie er dachte, Neurosen hervorbringen. Durch einen peinlichen Zwischenfall mit einer Patientin, die nach einer Trance Freud geküsst haben soll, wandte dieser sich von der Hypnose ab und postulierte, dass Hypnose nicht funktioniere. Aus Freuds Veröffentlichungen, wo er unter anderem schreibt, dass Hypnose zu aufwendig sei, lässt sich entnehmen bzw. vermuten, dass er aufgrund seines autoritären Stils an der Hypnose scheiterte. (19) Freuds Psychoanalyse beeinflusste nachhaltig die weitere Geschichte der Psychologie, sodass es als inadäquat galt, irgendwelche andere Behandlungsansätze anzudenken, wodurch die Hypnose lange Zeit in Vergessenheit geriet. (3,14) Zwei kurze Auszüge aus Freuds Schriften belegen, wie Freud die Hypnose wohl gesehen haben mag:

Auszug aus „Massenpsychologie und Ich-Analyse“:

*„Ferenczi hat richtig herausgefunden, dass sich der Hypnotiseur mit dem Schlafgebot, welches oft zur Einleitung der Hypnose gegeben wird, an die Stelle der Eltern setzt. Er meinte zwei Arten der Hypnose unterscheiden zu sollen, eine schmeichlerisch begütigende, die er dem Muttervorbild, und eine drohende, die er dem Vater zuschrieb.“ (19,20)*

Auszug aus „Über Psychoanalyse – Fünf Vorlesungen“:

*„Nun war mir die Hypnose als ein launenhaftes und sozusagen mystisches Hilfsmittel bald unliebsam geworden; als ich aber die Erfahrung machte, dass es mir trotz aller Bemühungen nicht gelingen wollte, mehr als einen Bruchteil meiner Kranken in den hypnotischen Zustand zu versetzen, beschloss ich, die Hypnose aufzugeben.“ (21)*

Bis Mitte des 20. Jahrhunderts kam es zu keinen nennenswerten Weiterentwicklungen auf dem Gebiet der Hypnose, bis der US-amerikanische Psychologe Clark Hull, der eingangs schon erwähnt wurde, im Jahre 1943 den Klassiker *„Hypnosis and Suggestibility“* veröffentlichte. Hull erweckte das wissenschaftliche Interesse an der experimentellen Hypnoseforschung wieder. Die wichtigste Erkenntnis aus Halls Werken lautet: *„Alles, was eine Trance voraussetzt, verursacht Trance.“* Diese Erkenntnis ist wichtig für das Verständnis von Hypnose, denn viele Therapeuten sagen: *„Ich arbeite nicht mit Trance, sondern nur mit Katathymem Bilderleben.“* Hull hätte darauf vermutlich geantwortet: *„Dies setzt eine Trance voraus, und verursacht deshalb auch Trancezustände.“ (14)*

In dieser Arbeit wird der Begriff Hypnose oft mit dem Begriff Trance gleichgesetzt, wenn z. B. die Rede ist von *„in Hypnose gehen“* ist eigentlich *„in Trance gehen“* gemeint, bzw. der veränderte Bewusstseinszustand, in den man sich hineinbegibt. Deshalb wird eingangs richtig gestellt, dass man unter *„Hypnose“* die Technik versteht, die es ermöglicht, einen anderen Menschen oder sich selbst in den Zustand einer Trance zu versetzen und dass *„Trance“* den besonderen Bewusstseinszustand meint, in dem man sich während einer Fremd- oder Selbsthypnose befindet.

Hypnose zur Zeit Freuds wurde hauptsächlich auf eine suggestive Behandlungstechnik mit autoritärem bzw. fremdbestimmten Charakter reduziert. Einige Neuerungen tauchten auf, als der deutsche Psychiater und Hypnosespezialist Johannes Heinrich Schultz, 1928 sein *„Autogenes Training“* (AT) als effektive Selbstbeeinflussungstechnik vorstellte. Die experimentelle Hypnoseforschung, wie sie Hull betrieb, hatte das Ziel, Hypnose zu standardisieren und zu systematisieren und blieb weitgehend autoritär.

Eine individualisierte Vorgehensweise wurde erst durch Milton Hyland Erickson populär, der mit seiner ressourcenorientierten Denkweise und seinen hypnotischen Sprachmustern einen Meilenstein in der modernen Geschichte der Hypnose gesetzt hat. (3)

Erickson bevorzugte einen indirekten permissiven Stil und ging davon aus, dass in jedem Menschen bereits die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen, um ein bestehendes Problem zu lösen. Die Hypnose diene ihm, um Zugang zu diesen Ressourcen zu schaffen, die verborgen im Unbewussten seien. Erickson veränderte mit seiner Sichtweise die Bedeutung des „*Unbewussten*“ grundlegend. Für ihn war damit das Unbewusste ein „*unermesslicher Schatz an Ressourcen*“ und nicht mehr ausschließlich „*Ort für Verdrängtes*“. Da Erickson das Wesen der Hypnose von Grund auf revolutionierte, wird in einem eigenen Kapitel das Leben und Wirken des Milton H. Ericksons beschrieben.

### **1.1.1.1 Fazit**

Betrachtet man die Geschichte der Hypnose auf einer Metaebene, wird klar, dass die Erscheinungsformen, die wir heute unter dem Begriff Hypnose subsumieren, in jeder Kultur- und Zeitepoche einen „*Zustand*“ meinen, der sich vom Wachbewusstsein unterscheidet. Die Menschen haben sich aufgrund von Erfahrungswissen zu allen Zeiten für die Auswirkungen dieses Zustandes auf Körper, Geist und Seele und die damit verbundenen Möglichkeiten der Heilung interessiert. Der Terminus „*Seele*“ soll an dieser Stelle nicht unkommentiert bleiben, doch soll auch nicht die „*Polyphonie*“ der mythischen, religiösen oder philosophischen Bedeutungen dieses Begriffes strapaziert werden. Vielmehr soll „*die Seele*“ in dieser Arbeit im Zusammenhang eines sich „*selbst organisierenden Heilungssystems*“ gesehen werden, auf das mittels hypnotischer Selbst- und Fremdkommunikation eingewirkt werden kann.

Der Trancezustand, der dazu benutzt wird, Heilungsprozesse zu aktivieren, kann auf viele verschiedene Weisen herbeigeführt werden. Die heute bekannteste Anwendungsform ist die Hypnose. Diese zu entmystifizieren, soll ein weiterer Teil dieser Arbeit sein. Damit dies gelingen kann, werden Schemata und Modelle aus mehreren Wissenschafts- und Wissensbereichen verwendet. Dabei muss man sich vor Augen halten, dass Modelle immer nur eine verkürzte Abbildung der Wirklichkeit darstellen und so zu gebrauchen sind wie eine Landkarte – zur Orientierung. Denn so wie die Landkarte nicht das Land ist, sondern nur ein Gebiet repräsentiert, so soll das Modell dazu dienen, einen von vielen möglichen Einblicken zu erhalten.

## 1.1.2 Erickson und die moderne Hypnose

*“My voice will go with you.“ „Meine Stimme wird dich begleiten und sie kann sich verändern in die Stimme deiner Eltern, deiner Lehrer, deiner Spielkameraden und du kannst sie auch in anderen Sprachen hören.“*

Milton. H. Erickson (22)

Der amerikanische Psychiater und Hypnotherapeut Milton Hayland Erickson wurde am 15. Dez. 1901 in Aurum im Bundesstaat Nevada als zweites von neun Kindern geboren. Er starb am 29. März 1980 im Alter von 78 Jahren in der Wüstenstadt Phoenix im Bundesstaat Arizona und hinterließ seiner Frau Betty, seinen acht Kindern und seinen Schülern ein „geistiges Erbe“, das die Welt der modernen Hypnose entscheidend verändert hat und heute noch prägt. Sein Haus in Phoenix hatte sich noch zu Lebzeiten zu einem Wallfahrtsort entwickelt, zu dem Therapeuten aus aller Welt kamen, die seine Techniken lernen wollten. Erickson hatte Psychologie und Medizin studiert, war zeitweise Professor und Chef-Psychiater einer Klinik und wurde zum Mythos als einfacher niedergelassener Psychiater in einer Wüstenstadt. (23)

### **Kindheit und Jugend**

Ericksons Vater arbeitete zur Zeit seiner Geburt in den Silberminen von Aurum. Als er 5 Jahre alt war, zogen Albert und Clara Erickson mit ihren Kindern auf eine kleine Farm in der Nähe von Lowell (Wisconsin), wo Erickson erst die Grundschule und später die High-School in Reeseville abschloss. Als Kind litt er unter „Legasthenie“ und als „Hochschüler“ machte er es sich zur Gewohnheit, Wörterbücher stets von vorne bis hinten zu lesen, was ihm den Spitznamen „Dictionary“ einbrachte. Durch seine Lese-Rechtschreibstörung geriet er in den Verdacht, „zurückgeblieben“ zu sein. Doch er übte die Buchstaben zu visualisieren und schaffte es, sich seines „Handicaps“ zu entledigen. Kurz nach Abschluss der High-School, im Aug. 1919, erkrankte Erickson an einer schweren Form von „Polyomyelitis“, und fiel für einige Tage ins Koma. Als bedeutsames Erlebnis führte Milton später an, was der beauftragte Arzt zu seiner Mutter sagte: „Dieser junge Mann wird den nächsten Morgen nicht mehr erleben.“ (22) Erickson war sehr wütend, dass ein Arzt so mit seiner Mutter sprach. Er konnte kaum sprechen, doch gelang es ihm, mit Gesten zu vermitteln, man möge den Schrankspiegel so stellen, dass er zum Fenster hinaussehen konnte. Erickson war wild entschlossen, das Spiegelbild der Sonne am nächsten Morgen aufgehen zu sehen. Schließlich erwachte er nach einem längeren Fieberdelir vom Hals abwärts gelähmt und war in den darauf folgenden Monaten unfähig

zu sprechen. (22) An den Rollstuhl gefesselt, konnte er nichts anderes tun, als seinen jüngeren Geschwistern beim Spielen zuzusehen. In dieser Zeit soll er seine Beobachtungsfähigkeit auf eine Weise geschärft haben, die es ihm in seiner späteren Arbeit ermöglichte, feinste Nuancen der Veränderung von Mimik und Gestik seiner Patienten wahrzunehmen. So beobachtete er, wie seine kleine Schwester sich das Laufen beibrachte, verfolgte ihre Krabbelerfahrungen bis zu den ersten Gehversuchen und lernte, wie Menschen in seiner Umgebung nonverbal kommunizierten.

Nonverbales Verhalten lässt sich am besten lesen, wenn man sich zwei Fragen stellt. Erstens ist es Behagen oder zweitens ist es Unbehagen, das eine Person gerade zum Ausdruck bringt. In einer behaglichen Atmosphäre kann man Zeichen von „*Spiegelungen*“ erleben, wie z. B. das Angleichen von Körperhaltungen oder Gesten. Ist das Unbehagen in einer Situation bereits weiter fortgeschritten, kommt eine von drei elementaren Reaktionen zum Ausdruck. Entweder „*Schockstarre*“, „*Flucht*“ oder „*Kampf*“. Nonverbale Signale für Schockstarre sind beispielsweise Zeichen wie verschränkte Hände oder starrer Blick, Signale für Flucht sind unruhiges Wippen der Beine oder nervöses Klopfen mit den Fingern und Signale für Kampf drücken sich in offener oder indirekter Aggression aus. (24) Um mit seiner Einschätzung richtig zu liegen, muss man nonverbales Verhalten immer gemeinsam mit dem Kontext einer Situation oder Handlung betrachten. Solche Signale richtig deuten zu können, war eine der größten Stärken Ericksons.

Die Erlebnisse dieser Zeit ließen in Erickson den Willen und den Drang wachsen, selbst wieder laufen zu können. Die meiste Zeit saß er völlig bewegungsunfähig und gefesselt in seinem Körper in einem Schaukelstuhl. Dabei gab es Zeiten, wo er ganz alleine war und seine Familie nur durch das Küchenfenster bei der Arbeit auf dem Feld beobachten konnte. Eines Tages ereignete es sich, dass er seine Lieben aus dem Blickfeld verlor und plötzlich bemerkte er, dass, nach Minuten intensivster Vorstellung etwas sehen zu wollen, sich sein Schaukelstuhl zu bewegen begann. Die intensive Imagination einer gewünschten Positionsveränderung soll dazu geführt haben, dass er auf diese Weise seine ersten „*ideomotorischen*“ Erlebnisse hatte, die ihn weiter motivierten zu üben. Mithilfe von Imagination arbeitete er Stück für Stück, um seine gelähmten Muskeln wieder funktionstüchtig zu machen, bis er nach einem knappen Jahr mithilfe von Krücken gehen konnte. Trotz Abraten seiner Ärzte unternahm er diverse Anstrengungen, um seinen Gesundheitszustand weiter aufzubauen, so auch eine 200 Flussmeilen lange Kanufahrt auf

dem Mississippi. Nach zwei Jahren harter Arbeit konnte er schließlich ohne Krücken laufen. Was von der Erkrankung zurück blieb, war ein Hinken am rechten Bein und eine Funktionseinschränkung seiner Zunge sowie seiner Lippen, sodass er sich nicht gut artikulieren konnte und dadurch auch schlecht zu verstehen war. Trotzdem wurde er berühmt für das, was er mit seiner Stimme erreichte. Jeffrey Zeig, der die Autobiographie Ericksons geschrieben hat und Präsident der Milton Erickson Stiftung ist, erinnert sich:

*„Es ist als ob Picasso vor deinen Augen „Guernica“ malt. Dir ist sofort klar, dass du einen Meister am Werk siehst und ich glaube, dass der Reichtum von Ericksons Entdeckungen nur oberflächlich erfasst ist.“ (3,23,25,26)*

Eine dieser Entdeckungen, von denen Zeig sprach, war der therapeutische Nutzen von Metaphern und Geschichten, die in einer Sammlung von Ericksons *„Lehrgeschichten“* nachzulesen sind. So wurde Erickson bekannt dafür, Ereignisse aus dem Leben seiner Patienten in geschicktester Weise in Geschichten einfließen zu lassen und durch die Erfolge seiner *„Storytelling-Methode“*, die er als Einleitung für eine Hypnose verwendete, über die Lande berühmt. Dabei ließ Erickson direkte und indirekte Suggestionen wie beiläufig in einem Gespräch fallen und versetzte den Patienten scheinbar unmerklich, wie von Zauberhand, in einen Trancezustand.



Abbildung 4: Haus von Milton H. Erickson [Verfügbar unter: Nemetschek P. Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Kotta Verlag; 2011.]

Die wichtigsten Elemente von Ericksons „*Geschichtenerzähler-Methode*“ lassen sich wie folgt zusammenfassen: (27) „*Herbeiführen körperlicher Entspannung – vage Zeitbegriffe – Ermüdung und Herbeiführen von Lethargie – Pacing und Leading – (vorhandene) Körperempfindungen werden angesprochen oder ausgelöst – Fokussierung auf natürliche Körpervorgänge wie Atmung oder Herzschlag – Aufforderung zur Dissoziation – Aufforderung zur Imagination – Suggestion eines safe place – Anregung des bildhaften Erlebens – Aufhebung und Rücknahme der Hypnose.*“ (27)

### **Ericksons Wurzeln und Prägung**

Väterlicherseits stammten die Ericksons aus Norwegen und waren in zweiter Generation in die U.S.A. eingewandert. Der Umstand, dass „*Wickingerblut*“ durch Ericksons Adern floss, erfüllte ihn offensichtlich mit Stolz. Er trug oft einen violetten Seidenanzug mit einem aufgestickten Wickingerkopf. Violett war übrigens die einzige Farbe, die Erickson sehen konnte, da er unter einer Rot-Grün-Sehschwäche litt und außerdem Tonhöhen-taub war, d. h. er konnte den Rhythmus von Musik nur schwer erkennen und durch seine Dyslexie konnte er kaum ein „*m*“ von einer „*3*“ unterscheiden. Mütterlicherseits floss etwas „*Indianerblut*“ durch Ericksons Venen, was sich auch in der Tatsache des starken Pioniergeistes seiner Familie widerspiegelte. „*Aufbrechen – Wagnisse eingehen – Neuland betreten*“ lautete damals das Motto der Familie. Dies drückte sich auch in Ericksons Lebenseinstellung aus, die trotz schwerer Bürden auf die Herausforderungen des Lebens fokussiert war. „*Was immer kommen mag, wir werden es packen*“ war eine oft und gerne benutzte Formulierung Ericksons. (22)

Diese Haltung hat er vermutlich von seinen Eltern übernommen, die ihrerseits wahrscheinlich durch die zuversichtliche Aufbruchsstimmung um die Jahrhundertwende 1900 geprägt waren. Damals lautete die Devise: „*Go west young man*“. Dies war auch der Traum von Ericksons Vater, der unbedingt Cowboy werden wollte. Dazu passend gibt es eine Skizze Freuds, in der er die „*seelische Dynamik*“ als eine Art Dampfmaschine darstellte und wo er postulierte, dass der ungezügelter Druck des „*Es*“ in einem Dampfkessel nach oben drückt, wo er durch Schieber und Regler vom „*Über-Ich*“ in vernünftige Bahnen Richtung „*Ich*“ gelenkt wird. Die Eisenbahn galt damals in den U.S.A. und in Europa ja schlechthin als Symbol für eine neue Ära. (22)



Abbildung 5: Milton Hyland Erickson [Verfügbar unter: Nemetschek P. Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Kotta Verlag; 2011.]

Erickson hat später öfters erzählt, dass er in einer Hütte mit nur drei Wänden geboren wurde, die vierte Wand war eine Felswand und der Boden bestand aus gestampftem Lehm. Erickson ist auch später als berühmter Lehrer und Hypnotherapeut stets ein bodenständiger Mann geblieben. Dies drückte sich auch durch seine Lebensumgebung aus, in der kein Hauch von Luxus zu finden war. Eine seiner wichtigsten „*Siedlerqualitäten*“ erlernte Erickson schon als Kind, nämlich zu improvisieren und all die Dinge zu nutzen, die vorhanden waren. Dieses Prinzip sollte sich später in seiner Arbeit als „*Utilisationsprinzip*“ ausdrücken. Die Nöte und Sorgen jener Zeit ließen die Menschen auch auf eine gute Vorratshaltung achten. Als Farmer waren die Kornspeicher eine der wertvollsten Schätze. Erickson brachte dies häufig als machtvolle Metapher in seine Therapie ein, indem er sagte: „*Das Unbewusste ist wie ein großer Speicher, du brauchst nur hineinzugreifen und was du benötigst herauszuholen.*“ Die Erfolge, die Erickson mit solchen Metaphern erzielte, waren so groß, dass heute Therapeuten in aller Welt versuchen, es ihm nachzumachen. Er gilt als Gründervater der modernen Hypnose und wurde „*größter Kommunikator der Welt*“ genannt und „*ein Therapeut ohne seinesgleichen*“. Um 1980 behauptete ein Kritiker, der Kult um Erickson würde sich bald legen, doch das Gegenteil trat ein. In Deutschland ist die Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose die größte Vereinigung von Hypnosetherapeuten. (23)

### 1.1.3 Auszüge aus Ericksons Lehrgeschichten

#### **Beobachtungsgabe**

„Eines Tages kam eine hübsche junge Frau zu Erickson, weil sie wissen wollte ob er wohl der richtige Psychiater für sie sei. Sie sagte, keiner der vielen Kollegen die sie aufgesucht hatte, wäre der richtige Psychiater für sie gewesen. Erickson notierte ein paar Daten und sagte: „*Ich bin der richtige Psychiater für sie.*“ Er bot ihr an, dies durch eine einzige Frage zu beweisen. Diese Frage würde ihr allerdings nicht gefallen, doch sie wollte sie trotzdem hören. „*Wie lange tragen sie schon Frauenkleider*“, erkundigte sich Erickson und tatsächlich war die Frau ein Mann. Erickson hatte gesehen, wie sie einen Fussel vom Ärmel zupfte, wie es nur Männer tun – mit einer direkten Bewegung - ohne die Rücksicht, die Frauen dabei auf ihre Brust nehmen.“ (23)

#### **Utilisieren des Wortsalates von „Mr. John Doe“**

„In einer Klinik traf Erickson auf einen Patienten, von dem niemand etwas wusste obwohl er schon Jahre da war, denn niemand bekam mehr als „*Wortsalat*“ aus ihm heraus. Der Mann sagte etwa: „*Die Wand ist blau und Kartoffeln.*“ Wochenlang versuchte Erickson etwas aus dem Mann heraus zu bekommen und erhielt als Antwort nur Wortsalat. Schließlich schickte er seine Sekretärin zu dem Mann um mit ihm zu reden. Diese erhielt ebenfalls nur Wortsalat als Antwort und schrieb alles auf, was der Mann zu ihr sagte. Erickson studierte die Niederschrift und übte selbst ähnlichen Wortsalat. Er setzte sich nun täglich neben den Patienten auf eine Bank. Tagelang sagte er erst einmal gar nichts, dann begann er eine Konversation. Als der Patient mit wütendem Wortsalat reagierte, antwortete Erickson dem verblüfften Patienten mit höflichem Ton in ähnlichem Wortsalat. So ging es einige Zeit hin und her und Erickson führte dieses Gespräch aus Wortsalat bis zum Mittag mit dem Patienten fort. Schließlich sagte der Patient: „*Warum reden sie nicht vernünftig Dr. Erickson*“, und Erickson entgegnete: „*Gerne, ich würde gerne ihre Krankengeschichte aufnehmen.*“ Worauf der Patient ihm seine Geschichte erzählte.“ (23)

### **Der Gärtner**

„Einmal wurde Erickson gebeten, einem totkranken Krebspatienten zu helfen, der an starken Tumorschmerzen litt, obwohl er großzügig Opiate bekam. Vorab erfuhr Erickson noch, dass der Mann von Hypnose überhaupt nichts hielt. Erickson erwähnte nichts von Hypnose. Er redete über Tomaten, denn der Kranke war Gärtner gewesen und liebte Pflanzen. In seinem Monolog streute Erickson hypnotische Suggestionen ein, die er ein bisschen anders intonierte als seine restlichen Ausführungen. Erickson sprach über den Tomatensamen, den man pflanzt und „*hofft*“ dass er wachsen und mit seinen Früchten „*Zufriedenheit*“ bringen wird. Der Samen saugt Wasser auf, „*ohne große Mühe*“, wegen des Regens, der „*Friede*“ und Behaglichkeit bringt. So redete Erickson lange. Zwischendurch kam die Frau des Patienten mit einem Zettel, auf dem die Frage stand, wann die Hypnose endlich anfangen würde, doch der Patient war längst in einer tiefen Trance. Hinterher fühlte er sich viel besser und seine Schmerzen waren längst nicht mehr so schlimm. Einige Tage später wiederholte Erickson die Hypnose noch einmal mit ähnlichen Suggestionen. Der ehemalige Gärtner lebte noch deutlich länger, als die Ärzte angenommen hatten und starb friedlich.“ (23)

## 1.2 Einfluss der Geschichte auf die öffentliche Wahrnehmung von Hypnose

Im angloamerikanischen Raum ist die Hypnose weitaus bekannter als in Europa und wird von der Bevölkerung überwiegend positiv wahrgenommen. Befragt man in Los Angeles jemanden auf der Straße zum Thema Hypnose, bekommt man weitaus positivere Antworten als in Deutschland oder Österreich. (28) Dieser Umstand ist zum Teil geschichtlich begründet und spiegelt sich heute vor allem im Angebot des amerikanischen Gesundheitswesens wider, in dem medizinische Hypnose und Hypnosepsychotherapie stark vertreten sind. Die Hypnose, aber auch andere alternative Methoden haben in den USA (United States of America) in vielen Bereichen des Gesundheitswesens als ergänzende Therapie Einzug gehalten. (29) Nach den beiden Weltkriegen wurde Hypnose in den USA vermehrt zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen eingesetzt. Seit 1958 ist jede medizinische Fakultät in den USA verpflichtet, Hypnoseseminare anzubieten. In Deutschland wurde die „*Hypnotherapie*“ 2006 vom „*Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie*“ als wissenschaftliche Methode anerkannt. (30) In Österreich ist gemäß § 13 Abs. 1 und 2 Psychotherapiegesetz im BGBl. 361/1990 die Berufsbezeichnung „*Psychotherapeut*“ geregelt. Daraus ergibt sich in weiterer Folge die Regelung für den Einsatz von „*therapeutischer Hypnose*“, die in drei verschiedene Formen aufgeführt wird, nämlich in

„*Hypnosepsychotherapie*“, „*Hypnose*“ und „*Hypnose*“.

Hypnosepsychotherapie als ein tiefenpsychologisches Psychotherapieverfahren ist nur Psychotherapeuten vorbehalten. Unter den Begriff Hypnotherapie fallen in Österreich Weiterbildungsmaßnahmen für bestimmte Gesundheitsberufe ohne Psychotherapieausbildung, wie z. B. klinische Psychologen, Ärzte oder Zahnärzte. Unter Hypnose werden alle nicht wissenschaftlich assoziierten Zusammenhänge mit Hypnose subsumiert, wie z. B. die Showhypnose. Was den Einsatz von Hypnose als Psychotherapieverfahren betrifft, hat sich die Tiefenpsychologie in Österreich damit eine Vormachtstellung verschafft. (31,32)

Wie eingangs schon erwähnt, lässt sich diese Entwicklung geschichtlich nur bedingt erklären. So wollte Adolf Hitler die Psychotherapie komplett ausmerzen: *„Ein reinrassiger Deutscher hat gesund zu sein.“*, so die damalige Doktrin. Spekulationen zufolge rund um Textpassagen aus *„Mein Kampf“*, bzw. Nachforschungen des OSS (Office of Strategic Services) im Jahre 1943 und aufgrund angeblich unabhängiger Aussagen von Zeitzeugen, habe Hitler im Jahre 1918 selbst Hilfe durch *„Psychotherapie“* erhalten. Er sei mittels Hypnose von einer *„hysterischen Blindheit“* geheilt worden.

*„Der Gefreite Hitler hat vorgegeben am 14. Oktober 1918 mit einer Senfgasvergiftung der Augen die Front verlassen zu haben und sei im Reservelazarett Pasewalk diesbezüglich behandelt worden. Von Marine-Stabsarzt Dr. Edmund Forster, sei Hitler jedoch als Hysteriker mit entsprechenden Symptomen in Abteilung 6, einer Sonderabteilung zur psychiatrischen Behandlung geschädigter Kriegsoffer, in Pasewalk mit Hypnose behandelt worden.“* (33-36)

Hitlers Krankenblatt, welches obige Mutmaßung bestätigen oder widerlegen könnte, galt bereits vor der Zeit Hitlers Machtergreifung als verschollen. Ein Personenkreis, der sich mit den Akten Hitlers aus dieser Zeit beschäftigt hat, darunter auch ein General und ein Oberst, sind allesamt eines unnatürlichen Todes aus dem Leben gerissen worden. (36,37)

In der Vorkriegszeit des zweiten Weltkrieges sind viele spätere Pioniere der Psychotherapie und auch anderer wissenschaftlicher Disziplinen emigriert. So zum Beispiel der Mitbegründer der Gestalttherapie Fritz Perls, Sigmund Freud oder Albert Einstein. Letzterer wurde in den frühen 1930er Jahren wegen seiner pazifistischen Haltung zunehmend diskreditiert. Wenige, die nicht geflohen sind, überlebten die Grausamkeiten der Konzentrationslager, wie der Neurologe und Psychiater Viktor Emil Frankl, der später die dritte Wiener Schule der Psychotherapie begründete und seine Methode *„Logotherapie und Existenzanalyse“* nannte. (22)

Die Menschen, die in den Ländern Deutschland und Österreich nach dem Krieg lebten, waren dieselben, jedoch nachhaltig geprägt durch die jahrelange Propaganda Joseph Goebbels, der es akribisch verstanden hat, die Massen zu manipulieren. Ein öffentliches Bekenntnis zur Ideologie des Dritten Reiches ist nach Kriegsende und auch heute noch gesetzlich verboten. Jedoch hat sich das erlebte Leid und die Propaganda der Kriegsjahre nicht sofort aus den geprägten Köpfen der Menschen tilgen lassen. Die zum Teil übernommenen Wertvorstellungen der Naziherrschaft konnten nicht von heute auf morgen verändert werden. Die Kinder dieser Nachfolgegeneration von „*Betroffenen*“ erfuhren durch ihre vom Krieg geprägten Eltern einen Teil von deren Werten. So ist es nachvollziehbar, dass deutsche und österreichische Kinder anders sozialisiert wurden als amerikanische. Die Kinder in Österreich und Deutschland erfahren zum Teil auch heute noch Kritik, die sich bereits in der Sprache ausdrückt. Während US-Amerikaner einen reichen Wortschatz an Lob und Wertschätzung, auch in ihrer Alltagssprache ausdrücken, wie: „*nice, marvelous, great, incredible, phantastic etc.*“, wird in Österreich, vor allem in ländlichen Gebieten, diese Ausdrucksweise weniger gepflegt. „*Nicht schlecht*“ bedeutet in Österreich 90%iges Lob. Wenn jemand zum Ausdruck bringt: „*Es könnte besser nicht sein*“, liegt hier der Fokus bereits wieder auf Fehler, nach denen gesucht wird. So hat es auch die Psychotherapie in unserem Land in den ersten Jahren nach dem Krieg schwer gehabt. Sie hat durch die Kriegswirren gezeichnet, in den Anfangsjahren der zweiten Republik eine Tradition des Aufspürens von Defiziten, Schäden und Traumata betrieben, die durch eine Erziehung entstanden ist, die bekannt wurde als „*Schwarze Pädagogik*“. Dieser Erziehungsmethode lagen Gewalt und Einschüchterung zu Grunde und sie zielte darauf ab, gehorsame, abgehärtete und Über-Ich geprägte Kinder heran zu ziehen. Einer ressourcenorientierten Methode wie der Hypnose wurde deshalb zu jener Zeit im deutschsprachigen Raum wenig Aufmerksamkeit geschenkt. (34,38)

## **2 Teil II: Die Theorie als Werkzeug für die Praxis**

## 2.1 Die Sinne als Brücke zur Welt

„*Wer nach außen schaut, träumt. Wer nach innen blickt, erwacht.*“  
Carl Gustav Jung

John Locke, ein Vordenker der Aufklärung, beschreibt mit seiner „*Tabula-rasa-Lehre*“ metaphorisch den Verstand bzw. die Seele als „*unbeschriebenes Blatt*“ zum Zeitpunkt der Geburt. Erst später prägen Eindrücke von außen den Menschen. Lockes Annahmen werden als Teil des Empirismus betrachtet, demzufolge Wissen nur über Sinneserfahrung entstehen könne. Gottfried Wilhelm Leibnitz, welcher als der universelle Geist seiner Zeit galt, fügte dem noch etwas hinzu: Er nahm an, dass es bestimmte angeborene Ideen gibt, wie die der Mathematik und Logik. Der Ausspruch „*Nichts ist im Verstand, was nicht vorher in den Sinnen wäre*“ geht auf den 400 Jahre vor Leibnitz lebenden Dominikanermönch, Kirchenlehrer und Philosophen Thomas von Aquin zurück. (39,40)



Abbildung 6: Thomas von Aquin, Original lat.: "Nihil est in intellectu, quod non sit prius in sensu."  
[Verfügbar unter: [http://de.wikiquote.org/wiki/Thomas\\_von\\_Aquin](http://de.wikiquote.org/wiki/Thomas_von_Aquin)]

Wenn wir noch weiter in der Zeit zurückgehen, können wir feststellen, dass sich schon die alten Griechen jene Grundfragen gestellt haben, die zu allen Zeiten auftauchen, die jedoch abhängig von der jeweiligen Zeit, in der ein Denker lebt, immer wieder neu formuliert werden müssen – ein Kreislauf, wenn man so will – eine „*philosophia perennis et universalis*“. (41) Eine solche Grundfrage ist auch eine der zentralen Verständnisfragen des NLP, deren Techniken hier auch vorgestellt werden und über deren Grundannahmen es sich lohnt, nachzudenken:

„*Wie erlebt der Mensch die Wirklichkeit?*“

Um der Antwort auf diese Frage näher zu kommen, kann man sich als plastisches Beispiel das Bild eines Neugeborenen vorstellen, der mit einem funktional ausgestatteten Nervensystem auf die Welt kommt, dazu aber Sinnesreize braucht, die das Nervensystem verarbeiten kann. Bleiben diese Reize aus, wie beispielsweise durch „*Deprivation*“, kommt es zu Entwicklungsstörungen. Nun beginnt der Mensch bei normaler Entwicklung, über seine fünf Sinne die Welt zu erfahren. Die Augen entwickeln sich bereits früh in der Schwangerschaft. Sie sind zum Schutz vom zweiten bis zum siebten Monat verschlossen. Etwa ab der 28. Woche kann der „*Fötus*“ zwischen hell und dunkel unterscheiden. (42,43) Das Sinnessystem der visuellen Wahrnehmung beginnt aufgrund von Reizen von außen, erstmals schon zu arbeiten, wenn Licht durch den Bauch der Mutter dringt. Genauso ist es mit allen weiteren Sinneskanälen, „*dem Hören, Fühlen, Riechen und Schmecken*“. Sie fungieren als Kanäle und verbinden die Innenwelt mit der Außenwelt, repräsentieren die Außenwelt als „*Abbild der Innenwelt*“, so eine der „*Grundannahmen des NLP*“. Über die Erfahrung von Sinneseindrücken, die im Nervensystem verarbeitet werden, vernetzen sich neurologische Strukturen weiter, Entwicklungsprozesse vom Neugeborenen über den Säugling bis hin zum Kleinkind laufen ab, sodass allmählich aus vielen Sinneserfahrungen eine kleine Welt entsteht - die Welt des persönlichen Erlebens eines Kindes. Ein Erwachsener nennt das individuelle Erleben der Welt dann Realität, weil es seinen gemachten Erfahrungen entspricht. So entsteht aus dem Erlebten bezogen auf sich ein Selbstbild - die Außenwelt mit eingeschlossen ein persönliches Weltbild, das wiederum entstanden ist aus der Summe der neuronal verarbeiteten sensorischen Reize einer Person. (44,45)

Die allgemeine Sinnesphysiologie definiert „*grob*“ vier verschiedene Typen von Sensoren, die eine Reizaufnahme möglich machen. Erstens Sensoren, die mechanische Reize registrieren (Haut, Ohr, Gleichgewichtsorgan), zweitens Sensoren, die auf chemische Reize reagieren (Druck-, Geschmacks-, Geruchsrezeptoren), drittens Sensoren, die Temperaturveränderungen registrieren (warm, kalt) und viertens Sensoren, die auf Photonen reagieren, wie die Stäbchen und Zapfen des Auges. (42)

Die Summe aller Verarbeitungsprozesse, die das Nervensystem unseres Neugeborenen leistet, führt mit den Jahren zum Entstehen von Individualität, eine Persönlichkeit bildet sich aus. „*Man bezeichnet im NLP die so entstandene Innenwelt auch als Abbild der Außenwelt, wenn man die Außenwelt als real bezeichnet, als Abbild der Realität.*“ (26) Die neurologischen Verarbeitungsprozesse, die zu individuellem Erleben führen, werden im Modelldenken des NLP als Filterfunktionen oder Filterleistungen bezeichnet, die aufgrund der ganz persönlichen Erfahrung entstanden sind. Durch diese Filter entsteht für eine x-beliebige Person deren individuelles Realitätserleben. (12,13) Aus dieser Erkenntnis leitet sich eine weitere Grundannahme des NLP ab:

„*Die Landkarte ist nicht das Gebiet*“. (3,46)

## 2.2 Die Grundannahmen des NLP und deren Erfinder

„NLP is a usermanual for your brain!“  
Richard Wayne Bandler

Richard Wayne Bandler und John Thomas Grinder, die beiden Begründer des NLP, definieren ihr Werk als: „*das Studium über die Struktur subjektiver menschlicher Erfahrung*“. Bandler, ein US-amerikanischer Informatiker und Psychologe entwickelte gemeinsam mit Grinder, einem US-amerikanischen Linguisten, die Methoden des NLP. Das Neuro-Linguistische Programmieren beinhaltet Kommunikationstechniken und Methoden, deren Anwendung zu voraussagbaren und erwünschten psychischen Abläufen beim Menschen führen. Innerhalb der Psychologie werden diese Methoden kritisch betrachtet und ihre Wirksamkeit angezweifelt. (47) Im medizinischen Alltag lassen sich jedoch einzelne Techniken und Grundannahmen aus dem NLP in einfacher und praktischer Weise im Umgang mit Patienten nutzen, deshalb folgt hier ein kurzer Überblick über das Wesen der Grundannahmen, die die Ausgangsbasis der Neuro-Linguistischen Kommunikation bilden:

Bandler war beim Entwickeln der Grundannahmen maßgeblich von den Therapeuten, die er „*modellierte*“, beeinflusst. So auch von Erickson, der annahm, dass hinter jedem noch so bizarren Verhalten eine positive Absicht läge und die betreffende Person zum jeweiligen Zeitpunkt die beste Wahl treffe. Modelling analysiert und beschreibt einen Prozess, die Erfahrungsmuster von Menschen zu entschlüsseln und für andere Menschen reproduzierbar zu machen. Von Korzybski wurde Bandler inspiriert, ihm verdanken die Grundannahmen eine ihrer berühmtesten Metaphern: „*Die Landkarte ist nicht das Gebiet*“. Diese Aussage bedeutet, dass jeder Mensch sich seine eigene Innenwelt schafft, sein eigenes Verständnis von und über die Welt im Außen macht. Diese Aussage ist deshalb so bedeutsam, weil sie „*Individualitätsbewusstsein*“ schafft und sich damit von der medizinischen Forschung, die sich mit „*klar definierten Bewusstseinszuständen*“ beschäftigt, abgrenzt. (48,49)

Um die Innenwelt einer anderen Person besser ergründen zu können, haben Bandler und Grinder Strategien von erfolgreichen Menschen modelliert. Sie haben von damals lebenden Therapeuten, deren Erfahrungen in nachvollziehbarer Weise auf deren Umsetzbarkeit überprüft und lernbar gemacht, weil sie davon ausgingen, dass Ergebnisse reproduzierbar sind. Hier folgen nun die ursprünglichen acht Grundannahmen nach Richard Bandler, die aus Beobachtungen entstanden und die im Laufe der letzten Jahrzehnte mehrfach modifiziert wurden: (26,50)

1. *„The ability to change the process by which we experience reality is more often valuable than changing the content of our experience of reality.“*
2. *“The meaning of the communication is the response you get.“*
3. *“All distinctions human beings are able to make concerning our environment and our behavior can be usefully represented through the visual, auditory, kinesthetic, olfactory, and gustatory senses.“*
4. *„The resources an individual needs in order to effect a change are already within them.“*
5. *„The map is not the territory.“*
6. *“The positive worth of the individual is held constant, while the value and appropriateness of internal and / or external behavior is questioned.“*
7. *“There is a positive intention motivating every behavior, and a context in which every behavior has value.“*
7. *“Feedback vs. Failure. - All results and behaviors are achievements, whether they are desired outcomes for a given task/context, or not.“*

## 2.3 Meta-Modell und Milton-Modell der Sprache

### **Historisches:**

Von den Grundannahmen ausgehend, entwickelten Bandler und Grinder 1975 das Meta-Modell des NLP, das ursprünglich aus dem „*Neuro-Linguistic-Training*“ (NLT) hervorging, welches der Sprachwissenschaftler Alfred Korzybski 1938 entwickelte. Die Arbeit Korzybskis war eine der wichtigsten Inspirationsquellen für Bandler und Grinder. Die Motivation für die beiden war es, Sprachmuster zu identifizieren, die den Erfolg von damals bedeutenden Therapeuten wie Fritz Perls und Virginia Satir ausmachten. Anhand der Analyse von Sprachstrukturen, die Perls und Satir verwendeten, wurde das Meta-Modell des NLP entwickelt. (51)

Satir gilt als die Urmutter der „*humanistisch-systemischen Familientherapie*“, Perls als Mitbegründer der „*Gestalttherapie*“, beide in ihrem Denken durch die humanistische Psychologie beeinflusst, welche von einem ressourcenorientierten Selbstkonzept ausgeht. (52) Bandler war zu jener Zeit mit dem Anthropologen Gregory Bateson befreundet, der als geistiger Mitbegründer des NLP gilt. Bateson schrieb das Vorwort zum ersten NLP-Buch, welches das Meta-Modell enthielt, „*Struktur der Magie I*“. Bateson machte damals Bandler und Grinder auf Erickson aufmerksam und sagte zu ihnen:

„*Da ist ein merkwürdiger alter Typ unten in Phoenix, Arizona. Ein brillanter Therapeut, aber keiner weiß, was er da macht oder wie er es macht. Warum fahrt ihr nicht hin und findet es heraus?*“ (26)

So haben Bandler und Grinder sich mit Erickson in Verbindung gesetzt und begonnen, dessen Arbeit zu beschreiben. Sie analysierten und modellierten Ericksons Art, Sprache einzusetzen, die Sprachmuster, die er verwendete, und in welchem Kontext er sie verwendete, und haben damit Trancesprache lehrbar gemacht. Was „*modellieren*“ so einzigartig macht, wird im Kapitel 2.5 abgehandelt. Die durch Beobachtung von Ericksons Arbeitsweise gewonnenen Erkenntnisse wurden in das Meta-Modell des NLP übernommen und Ericksons Methode des Einsatzes „*hypnotischer Sprachmuster*“ wurde nach Milton H. Erickson benannt. John Grinder sagte, Erickson sei für ihn die bedeutendste Person gewesen, die er je studiert und modelliert habe. (49)

### **Meta-Modell:**

Menschen kommunizieren untereinander und mit sich selbst via Sprache. Das Gesprochene vermittelt eine Kurzversion dessen, was der Mensch im Inneren erlebt bzw. verarbeitet und gespeichert hat. Alles, was der Mensch je erlebt hat, ist im Unbewussten gespeichert. Was an bewussten Inhalten über Sprache zum Ausdruck gelangt, wurde aus der allgemeinen Linguistik entlehnt und im NLP mit dem Begriff „*Oberflächenstruktur*“ übernommen, da es nur einen kleinen Teil dessen widerspiegelt, was der Mensch mittels seiner Worte tatsächlich auszudrücken vermag. (53)

Unter „*Tiefenstruktur*“ versteht man die komplette sprachliche Repräsentation dessen, was dem Gesprochenen zugrunde liegt, also die gesamte Repräsentation der ursprünglich gemachten Erfahrung bis zu dem Zeitpunkt, wo das innere Wissen dieser Erfahrung über Sprache mitgeteilt wird. In Hypnose macht man sich das innere Wissen von unbewussten Inhalten zunutze, indem im Zustand der Trance unbewusst ablaufende „*Suchprozesse*“, mittels vager Formulierungen und Suggestionen verstärkt werden. Diese Suchprozesse führen dazu, dass Inhalte nach und nach bewusst werden, bzw. Lösungen gefunden werden können, die aus den eigenen Ressourcen stammen. (53)

Die Termini „*Tiefenstruktur*“ und „*Oberflächenstruktur*“ wurden in den 1950er Jahren vom Sprachwissenschaftler Noam Chomsky geprägt. Nach welchen Regeln genau Sprache zwischen Tiefen- und Oberflächenstruktur verarbeitet wird, hat Chomsky in seinem Modell der „*generativen „Transformationsgrammatik*““ beschrieben. (54) Chomsky fragte:

„*Wie kann ein Sprecher einer beliebigen Sprache mit einer endlichen Anzahl von Regeln eine unendliche Anzahl von Sätzen produzieren und ein Hörer Sätze verstehen, die er zuvor nie gehört hat?*“ (54)

Chomsky nannte dieses Modell deshalb „*generative Transformationsgrammatik*“ oder auch „*Erzeugungsgrammatik*“, weil sie jene Regeln beschreibt, die den Prozess der Sprachproduktion und des Verstehens ausmachen, also die „*Transformation*“ einer gemachten Erfahrung in Sprache. (54,55)

Der Prozess des Verstehens, der überall gebraucht wird, wo Kommunikation stattfindet – so auch bei der klinischen Arbeit - ist möglich, obwohl die individuelle Alltagssprache eines Patienten sich von der eines Arztes unterscheidet. Ärzte, die gelernt haben sehr gut zuzuhören, verspüren die Tendenz, die Sprache des Patienten in ihre eigene zu übersetzen, und meinen sie „*wüssten*“, worüber der Patient spricht. Erickson sagte dazu einmal zu Bandler und Grinder:

*„Und Du solltest so zuhören, als wärst du der sprechende Patient und ich lasse dann den Satz des Patienten 20 Mal in mir nachklingen und dann beginne ich in etwa zu ahnen, was er vielleicht bedeuten könnte.“ (22)*

Erickson hat mit: „*als wärst du der sprechende Patient*“ u. a. auch gemeint, jene Wortwahl beim Sprechen zu benutzen, die der Patient zuvor gewählt hat. Wenn der Patient von „*Krebsgeschwür*“ spricht, dann sollte auch der Arzt ebenfalls das Wort „*Krebsgeschwür*“ benutzen und nicht vom „Tumor“ sprechen. Das bedingt aktives, aufmerksames Zuhören und macht den Unterschied aus, der gelungene Kommunikation von weniger guter unterscheidet. (56)

Die Welt des Anderen, seine innere Landkarte ein Stück weit zu verstehen, das ist das Ziel, das mit dem Benutzen des Meta-Modelles verfolgt wird. Von der Oberflächenstruktur auf die Tiefenstruktur zurückzuschließen, gelingt mithilfe gezielter Fragen, die es ermöglichen, dem individuellen inneren Erleben des Gesprächspartners näher zu kommen. Wichtig ist, zu verstehen, dass der Andere über einen eigenen Erlebnishintergrund verfügt, und daher scheinbar Bekanntes vermutlich anders interpretiert. Daher sollte es zur Angewohnheit werden, bei Unklarheiten sofort nachzufragen. (46) Nicht nachzufragen bedeutet, der Mensch hat aufgrund der eigenen Filtermechanismen gelernt, Tilgungen, Verzerrungen oder Verallgemeinerungen als gegeben hinzunehmen und verlernt zu hinterfragen. An diesem Punkt angekommen, akzeptiert der Mensch Tilgungen, Verzerrungen oder Verallgemeinerungen in der Kommunikation mit anderen und sich selbst. (49)

Da jeder Mensch über einen anderen Erlebnishintergrund verfügt, schafft die Sprache „*Kategorien*“, unter denen ein gegenseitiges Verstehen möglich wird. Solche Kategorien sind uns allen bekannt, wenn wir von „*allgemein Bekanntem*“ sprechen, wie z. B. von Alltagsgegenständen, Zuständen oder Tätigkeiten. Ein Patient weiß, was gemeint ist, wenn

von einer Spritze die Rede ist, oder vom Zustand des sich-fit-Fühlens oder vom Arbeiten. Im medizinischen Kontext wird häufig von Seiten der Ärzte angenommen, der Patient verstehe, worum es geht. Dies ist allerdings nicht immer der Fall. Man kann dazu innerhalb der Familie oder des Freundeskreises ein kleines Experiment machen: Wenn fünf oder mehr Personen zusammen sind, bittet man diese, sich einen Stuhl vorzustellen. Dann soll jeder beschreiben, wie der Stuhl, den er sich vorgestellt hat, aussieht. Man wird am Ende dieses Experiments erstaunt sein, wie viele unterschiedliche Varianten von Stühlen zu Tage kommen.

Das Beschreiben können von Sinneserlebnissen oder Gefühlszuständen ist deshalb so wichtig, weil Patienten mit „*scheinbar*“ banalen Problemen konfrontiert sind und damit allein gelassen werden. Ein Beispiel dazu wäre eine junge Studentin, die ihr „*sich schlecht fühlen*“ nicht beeinflussen kann und deshalb in immer kürzer werdenden Abständen wochenlang auf psychiatrischen Stationen verbringt. Beginnt man einem jungen Menschen früh genug zu vermitteln, dass er sehr wohl einen Einfluss auf seine Gefühlszustände haben kann und dass diese sich ändern können und dürfen, dann besteht eine geringere Wahrscheinlichkeit für das Entwickeln von wiederkehrenden depressiven Episoden. Doch dazu ist es nötig, das innere Erleben zu verbalisieren. Man muss die Dinge benennen können, um sie verändern zu können und je besser ein Arzt seine eigene „*neuronale Syntax*“ zu verstehen lernt, desto wertvoller wird sich diese Fähigkeit für seine Patienten erweisen.

Anhand des „*Meta-Modells*“ Fragen zu stellen bedeutet, dass der Fragende sich auf die Suche nach der Bedeutung dessen begibt, was der andere meint. Das ist in etwa vergleichbar mit dem „*Sender-Empfänger-Modell*“ von Watzlawick. Beim Benutzen des Meta-Modelles braucht man nicht nach innen zu gehen, um in der eigenen Tiefenstruktur nach der Bedeutung des Gesagten zu suchen, sondern man bittet den anderen genau auszudrücken, was er meint. (49)

Durch die Art der Kommunikation, wie sie das Meta-Modell beschreibt, erweitert man auch die eigene Erfahrungs- bzw. Erlebenswelt. Das „*Wie erlebst du das*“ eröffnet neue Möglichkeiten und erfährt dadurch eine andere Bedeutung für den Fragenden. Durch das Gewinnen von „*Einblicken*“ in die Welt des Patienten, wird auch die Welt des Arztes reichhaltiger. Die Erfahrung, die ein Arzt im Umgang mit seinen Patienten auf diese Weise sammeln kann, ist für die weitere Behandlung seiner Patienten von unschätzbarem Wert.

Ein Beispiel dazu wäre ein Patient, der zum 22-jährigen Medizinstudenten während einer Famulatur sagt: „*Ich leide.*“ Würde man dem jungen Studenten unterstellen, gesund und frei von körperlichem oder seelischem Schmerz zu sein, ist es wahrscheinlich, dass der junge Mann jene Form des Leidens, die den Patienten betrifft, nicht nachvollziehen kann, außer er hat dazu Referenzerlebnisse. Das Meta-Modell gibt dem Studierenden die Möglichkeit, durch gezielte Fragestellung für kurze Zeit in die Erlebenswelt des Patienten einzutauchen. Würde unser Studierender die Tiefenstruktur des Patienten ergründen wollen, könnte er fragen:

„*Worunter leiden sie? Wie genau leiden sie? Wann/Seit wann leiden sie? etc.*“

Diese Art des Fragens setzt vor allem ein ehrliches Interesse am Patienten voraus, und kann mithilfe von weiteren Techniken wie „*Pacing*“ und „*Leading*“ so ausgestaltet werden, dass Studierender und Patient das Gespräch aus einer „*Win-Win-Situation*“ heraus verlassen - der Student weil er dazugelernt hat - der Patient, weil ihm ehrliches Interesse entgegengebracht worden ist. *Pacing* meint das Angleichen oder sich einstellen auf den Patienten und *Leading* ist in weiterer Folge eine gezielte eingesetzte Gesprächsführung. Das eben vorgestellte Beispiel mit dem Studierenden mag sich banal anhören, jedoch entstehen auch bei konkreten Fragestellungen häufig Missverständnisse und ein Gefühl des Nicht-verstanden-werdens kann aufkommen. Patienten wollen verstanden werden und entgegengebrachtes Verständnis ist wichtig, um die Compliance des Patienten zu erhöhen und um auf einer persönlichen Ebene „*Medizin machen*“ zu können. Eben vorgestellte Werkzeuge zeigen einen möglichen Weg, wie Kommunikation besser gelingen kann.

Verwendet man in der Kommunikation die Hypnose im klassischen Sinn, bittet man den Klienten/Patienten, in einem therapeutischen Setting ihn mit „*Du*“ ansprechen zu dürfen, denn das Unbewusste kennt kein „*Sie*“. (22) Im deutschsprachigen Raum mag sich das für bestimmte Vertreter von Berufsgruppen wie z. B. Psychiater sonderbar anhören, denn auf der Psychiatrie gilt es nach wie vor als „*professionell*“, „*Distanz zu wahren*“. Dies sollte jedoch nicht in einem psychotherapeutischen Rahmen so sein. In einem solchen Setting kann man gleich zu Beginn dem Patienten sagen: „*Hier in diesem Raum gilt ein therapeutisches „Du“, sollten wir uns draußen treffen, werde ich aus Schweigepflichtgründen so tun, als ob ich Dich/Euch nicht kenne.*“ (22)

„In der Linguistik und im NLP versteht man Sprache als individuelles Abbild (Modell) der Welt. Ein weiteres Ziel von ärztlicher bzw. therapeutischer Kommunikation ist es, das Modell der Wirklichkeit eines Menschen so zu erweitern, dass er mehr und vor allem bessere Wahlmöglichkeiten bekommt.“ (26)

Um dieses Ziel zu erreichen, wird vor allem im Coaching und bei der Selbstreflexion das gezielte Stellen von Fragen genutzt. Coaching wird hier explizit angeführt, weil es im Sport, in der Wirtschaft und in der Politik ein unglaublich breites Einzugsgebiet erfolgreich erschlossen hat und als Kommunikationsform gilt, mit der bessere Ergebnisse erzielt werden können. „*Metamodellfragen*“ liefern auch im Coaching Hinweise auf innere Defizite der Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse und zeigen einen Weg auf, wie man gezielt Selbsterkenntnis oder Kenntnis über den Anderen erlangen kann. Das Ergebnis dieser Perspektivenerweiterung macht es möglich, die eigene Sichtweise und die des Coaches besser verstehen zu können. Wird vom Coach ein Handlungsbedarf erkannt, kann mittels weiterer Techniken, die auf den folgenden Seiten vorgestellt werden, ein „*Veränderungsprozess*“ beim Einzelnen eingeleitet werden. Coaching bedeutet betreuen bzw. trainieren und wird zur erfolgreichen Umsetzung von Zielen im Sport, und nach einem genau definierten Ausbildungsplan, auch in der „*Fachärzteausbildung*“ in den USA eingesetzt. Dadurch profitieren junge Wissenschaftler und Ärzte von der Erfahrung ihrer vorgesetzten Kollegen. Dies wiederum steigert die Qualität und den Ruf einer Einrichtung, die so, von oben herab erfolgreich bis in die unteren Ebenen des Unternehmens „*Krankenhaus*“ wirken kann. Wir wissen heute auch, dass jedes Unternehmen eine „*Corporate Identity*“, eine Unternehmensidentität besitzt, mit der sich Mitarbeiter stark oder weniger stark identifizieren. Bei starker Identifikation und guter Unternehmenskultur werden die Mitarbeiterzufriedenheit und die erbrachte Leistung zu anderen Ergebnissen führen, als wenn es ein Unternehmen dem Zufall überlässt, welche Einstellung der Mitarbeiter zum Betrieb hat. Motivierte Mitarbeiter, die sich wohl fühlen, sind Teil des betrieblichen Veränderungsprozesses und leisten, wenn man sie lässt, auch bessere Arbeit. (57) An dieser Stelle kommt noch eine persönliche Erfahrung des Verfassers dieser Arbeit hinzu, der obig angesprochenes „*Coaching*“ während seiner Ausbildung zum Mediziner in der Schweiz erlebt hat. Professionelles „*Leading*“ beginnt in der Schweiz schon bei der informellen Kommunikation. Der Chefarzt einer Klinik, auf welcher der Verfasser ein Praktikum absolvierte, konnte jeden Mitarbeiter mit Namen ansprechen und war nach dem täglichen Morgenrapport für 10 bis 15 Minuten beim gemeinsamen Frühstück zugegen. Besonders aufgefallen war ein respektvoller Umgang, der in sämtlichen Berufsfeldern des

Krankenhauses vorzufinden war. Die Anforderungen und Belastungen, denen ärztliches Personal ausgesetzt war, schienen sehr hoch zu sein, die Mitarbeiterzufriedenheit jedoch auch. Diese Schilderungen sind als subjektiv erlebte Momentaufnahmen anzusehen und spiegeln in Summe vermutlich nur einen kleinen Ausschnitt des Schweizer Systems wider.

### 2.3.1 Filter der Wahrnehmung

*„Eine Fähigkeit, die alle Menschen haben, die außergewöhnlich gute Leistungen erbringen, ist die Fähigkeit, sich leicht durch alle Repräsentationssysteme zu bewegen und das jeweils angemessene System für die gerade zu bewältigende Aufgabe zu nutzen.“*  
Joseph O’Connor (49)

Wird ein äußeres Ereignis mit Hilfe unserer Sinne aufgenommen, durchläuft es auf dem Wege der inneren Verarbeitung die selbst geschaffenen und sich ständig mehr oder weniger verändernden WahrnehmungsfILTER, die im Laufe der Zeit durch Weiterverarbeitungsprozesse entstanden sind. Durch diese Weiterverarbeitungsfilter wird das ursprüngliche Ereignis „getilgt“, „verzerrt“ und „generalisiert“, um nochmals die drei wichtigsten Filterleistungen zu nennen. Durch Tilgung, Verzerrung und Verallgemeinerung schaffen wir eine kürzere und über Sprache einfacher auszutauschende Version dessen, was wir insgesamt von einem äußeren Ereignis aufnehmen, denn unser Unbewusstes nimmt bei weitem mehr auf als unser Bewusstsein verarbeiten könnte. Deshalb sind Tilgung, Verzerrung und Verallgemeinerung eine notwendige Leistung unseres Gehirns, die das Verstehen des Anderen anhand von Orientierungsfunktionen überhaupt erst ermöglicht. (49) Unsere WahrnehmungsfILTER können noch weit mehr, wie z. B. Fehlleistungen produzieren, die auch als Richtgleistungen bezeichnet werden können, weil sie zum Entstehungszeitpunkt für etwas gut waren. (58) Erst durch das Erkennen von Fehlleistungen ist es möglich, auf das, was sich dahinter verbirgt, zu blicken. Freud zufolge entstehen Fehlleistungen durch Unaufmerksamkeit. Die Fehlleistung als solche darf einem dabei nicht bewusst sein. Freud führt sie auf den Mechanismus der Verdrängung zurück, das Unbewusste beschreibt er als ein System von verdrängten bzw. abgewehrten Bewusstseinsinhalten. Nach Erickson ist das Unbewusste ein Erfahrungsschatz, der neben allen Erfahrungen, die ein Mensch in seinem Leben gemacht hat, auch alle Ressourcen enthält, die der Mensch für die Lösung eines Problems braucht. Im NLP gilt es, einen Zugang zur Tiefenstruktur zu erlangen, um eine Lösung auf bewusster Ebene zu ermöglichen. (21,25,49,59)

So kann die Tilgung einer Erinnerung nach einem traumatischen Ereignis als Schutzmechanismus für die betreffende Person wirken, eine Verzerrung eine Kausalität im eigenen Weltbild erzeugen, die zu einer bestimmten Zeit nützlich war wie z. B. folgende Verzerrung: „*Wenn ich X mache folgt Y*“, könnte für ein Kleinkind bedeuten: „*Wenn ich weine bekomme ich Aufmerksamkeit*“. Eine solche Verzerrung als unerwünschte Filterleistung zu bezeichnen ist situationsabhängig zu betrachten und dann als unerwünscht zu werten, wenn das Kind das Weinen als „*nicht altersadäquate Reaktion*“ einsetzt. Eine Verallgemeinerung kann z. B. als Kategorisierung dienen: „*Alle Tiroler können Schifahren, jodeln und tragen Lederhose*“. Wichtig ist sich bewusst zu machen, die Filterleistungen einer Person nicht bewerten zu wollen, da sie zu irgendeinem Zeitpunkt für diese Person zu etwas gut waren. (34,46)

### 2.3.2 Beispiele zu Meta-Modell-Fragen im Alltag

Bei der Anwendung von Meta-Modell-Fragen sollten in der Kommunikation die drei wichtigsten Filterleistungen erkannt werden, um die richtigen Fragen stellen zu können. Hier folgt ein kurzes Beispiel zu „*Tilgung*“, was bedeutet, es fehlen wichtige Informationen in einer Aussage. Dazu folgendes Beispiel:

Ein Kardiologe begegnet auf der Straße einem Bekannten, der vor Jahren einmal sein Patient war. Beim Begrüßen und flüchtigen Wortwechsel fragt er ihn, wie es mit seiner Gesundheit stehe, worauf der Patient lächelt und antwortet „*Ich freue mich so*“. Bleibt es bei dieser Information, ohne dass der Kardiologe nachfragt, worüber sich der Patient denn freue, müsste der Kardiologe „*interpretieren*“, was der Patient wohl damit meint. Eine mögliche Interpretation könnte lauten: Der Patient freue sich wohl, ihn getroffen zu haben, weil er ihm vor einiger Zeit helfen konnte, folglich habe das Zusammentreffen bei ihm Freude ausgelöst. Eine solche Interpretation kann richtig, teilweise richtig oder falsch sein. Was der Kardiologe vielleicht nicht wissen konnte, der Patient kam gerade von einer Nachuntersuchung in einer anderen Sache, dessen Ergebnis für ihn Anlass zur Freude war. Filterleistungen wie Tilgungen treten auch in Form von „*Orientierungshilfen*“ auf, weil bestimmte Dinge, während wir sie erleben, für uns wichtig sind, andere nicht. Tilgung könnte man als Fokus auf das für uns Wesentliche bezeichnen, weil ohne Tilgung die selektive Wahrnehmung verlorengehen würde. Unser Bewusstsein könnte ohne Tilgung aufgrund von Reizüberflutung nicht mehr richtig arbeiten. (26,60)

„*Verzerrung*“ bedeutet, in der Verarbeitungsprozessfilterung wurde ein Ursache-Wirkungszusammenhang hergestellt, der zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht gegeben ist, nicht gewünscht wird und der im subjektiven Erleben einer persönlichen Wahrheit entspricht, die durch erlernte Muster entstanden ist. Ziel in der Kommunikation ist es, verzerrte Wahrnehmungen zu erkennen, und gegebenenfalls aufzulösen, um alternative Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. (26) Dazu folgendes Beispiel:

Eine 35-jährige Patientin mit Kopftuch - Gesicht und Hände sind kreidebleich - die Frau befindet sich in einem schwer depressiven Zustandsbild - sitzt so vor ihrem Hausarzt. Der Arzt erfährt in der Anamnese, dass die Frau mit ihrem Mann und fünf Kindern in einer Kellerwohnung lebt und den ganzen Tag zuhause verbringt. Auf die Frage hin, warum die Patientin die Wohnung nicht verlasse, antwortet diese: „*Weil die Sonne mir nicht gut tut*“. Im weiteren Gespräch erfährt der Arzt, dass die Frau in der Vergangenheit Schwierigkeiten mit ihrem Mann gehabt habe, und zwar immer, wenn sie die Wohnung verlassen habe. Nach einem solchen Streit, der schon länger zurückliege, habe sich die Patientin sehr schlecht gefühlt, worauf ihr Mann gesagt habe: „*Dir tut die Sonne nicht gut*“. Seit diesem Streit, der nunmehr über ein Jahr zurückliege, habe die Frau ihre Wohnung nur dann verlassen, wenn sie zum Arzt gehen musste. In diesem Zeitraum hat die Frau einen schweren Vitamin-D-Mangel und eine Major-Depression entwickelt.

Dieser Fall wurde im Rahmen von Kommunikation, Supervision und Reflexion (KSR) vorgestellt, und zeigt, wie ein „*Seeding*“ des Ehemannes zu einer verzerrten Wahrnehmung bei der Frau geführt hat. Die Frau hat die Aussage des Mannes aus Angst, oder um als Frau nicht ungehorsam zu sein, akzeptiert und für sich als „*wahr*“ übernommen, vielleicht um das „*sich Unterordnen*“ vor sich rechtfertigen zu können. Mit seinem Seeding hat der Ehemann Gedankenanstöße bei seiner Frau bewirkt, die ein Verhalten hervorgerufen haben, das für den Mann wünschenswert war.

Filterleistungen sind von einer außenstehenden Person nicht zu bewerten, sind weder gut noch schlecht, sind einfach notwendig und können, wenn sie als unerwünscht erkannt werden, durch eine erwünschte Strategie ersetzt werden. Auch wenn das Beispiel der Muslimin schockieren mag, ihrem Weltbild entsprechend war die Verzerrung und nachfolgende Unterordnung ihrem Mann gegenüber in dieser Zeit vielleicht die einzig mögliche Lösung. Es bedarf eines hohen Maßes an Verantwortungsbewusstsein im

praktischen Umgang mit NLP-Techniken. Als Arzt muss man voraussehen, welche Konsequenzen ein Eingreifen haben kann und in manchen Situationen ist „*keine Intervention*“ besser als gut gemeinte Hilfestellung.

Bei einer „*Generalisierung*“ bzw. Verallgemeinerung wird im Verarbeitungsprozess eine einzelne Erfahrung in eine immer und überall geltende Regel verwandelt. Dazu folgendes Beispiel:

„*Immer wenn ich Schweinebraten esse, bekomme ich Durchfall*“, erzählte eine gute Bekannte. Sie konnte seit Jahren keinen Schweinebraten mehr essen, sich nicht erklären, warum dieses Gericht jedes Mal starke Diarrhoe bei ihr auslöste, obwohl sie keine Nahrungsmittelunverträglichkeiten hatte. Wie sich herausstellte, war der Schweinebraten, den ihre Großmutter zubereitet hatte, äußerst schmackhaft, die Kartoffeln mit viel Schweineschmalz in der Pfanne zubereitet, und der Salat schwamm in Kernöl. Nach einem dieser Omabesuche, anscheinend hatte die Bekannte damals zu fettreich gegessen, bekam sie Durchfall, worauf sie für längere Zeit auf den Genuss von Omas Schweinsbraten verzichtete. Einige Zeit später bekam meine Bekannte „*immer*“ beim Genuss von Schweinebraten Durchfall, egal von wem dieser zubereitet wurde. Vielleicht wurde das Ereignis bewusst oder unbewusst, vermutlich in Form einer Generalisierung von ihr verarbeitet, die folgendermaßen hätte lauten können: „*Immer wenn ich Schweinebraten bei Oma esse, bekomme ich Durchfall.*“ Das ursprüngliche Ereignis, nämlich Omas extrem fettreich zubereitete Variante wurde dabei vergessen. Erst als die Bekannte sich aktiv mit ihrer Situation auseinandersetzen begann und dabei die Ursache in der Vergangenheit finden konnte, war es ihr möglich, die Situation aufzulösen und sie konnte wieder Schweinebraten essen und diesen auf normalem Wege verdauen.

Eine erhöhte Darmmotilität unterliegt der Steuerung des Vegetativums und mittels Hypnose lassen sich „*autonome*“ Fehlfunktionen positiv beeinflussen. Diese Beispiele sollen zeigen, dass Filterleistungen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Im NLP geht es darum, die Filterleistungen so zu beeinflussen, dass persönlich formulierte und erwünschte Ergebnisse erreicht werden können. Oft reicht dazu eine leichte Veränderung der Wahrnehmung oder des Blickwinkels. Ein Kind, das etwas sehen möchte, wird vom Vater hoch gehalten und bekommt dadurch einen anderen Blickwinkel. Was würde wohl

eine Verallgemeinerung bewirken, wenn eine Person folgenden Glaubenssatz internalisiert hat:

*„Ich weiß zwar im Moment noch nicht wie, aber am Ende wird sich immer alles zu meinem Besten fügen!“*

Wer nachhaltig mit NLP arbeitet, der modelliert dabei ständig an der eigenen Persönlichkeit. Die Persönlichkeitsentwicklung ist eine weitere zentrale Botschaft im NLP, die sich bei stetiger Anwendung zur Normalität wird. Dazu passend sei das KUNE-Prinzip nach Anthony Robbins kurz erwähnt.

### **2.3.2.1 KUNE und das Programmieren der neuronalen Syntax**

K o n s t a n t e   U n d   N i e m a l s - e n d e n d e   E n t w i c k l u n g (61)  
Anthony Robbins

Viele von uns sind im Beruf und anschließend in der Freizeit stundenlang mit moderner Technik konfrontiert. Dies geht vom Selektieren von Infos über das Arbeiten im Krankenhaus-Informationen-System bis zum Suchen in medizinischen Datenbanken. Auch im privaten Rahmen beim Nutzen von Facebook oder wenn eine neue App auf dem Smartphone installiert werden soll, kommt moderne Technik zum Einsatz. Acht von zehn privaten Haushalten hatten 2013 laut Statistik Austria einen Internetanschluss. Je nach Benutzerverhalten, werden ein- bis mehrmals täglich Emails gecheckt, Soziale Netzwerke besucht, Informationen (selektiv) konsumiert, wobei angezweifelt werden kann, ob diese „freie Wahl“ des Informationskonsums wirklich gegeben ist. Bei Facebook tritt das Phänomen auf, dass Benutzer oft Pfade wählen, die kein erkennbares bzw. logisch nachvollziehbares Muster der Klicks ergeben. Es besteht daher die Vermutung, dass die Entscheidung „was angeklickt wird“ zum Großteil unbewusst abläuft. (62)

Um sich vor übermäßigem und unkontrolliertem Informationskonsum zu schützen und auf selektierte Weise auf Informationen zuzugreifen, kann man beim Benennen eines Benutzernamens eine Abkürzung wählen, die daran erinnern soll, wofür man seine Zeitressourcen einsetzen möchte. CANI („Constant And Never-ending Improvement“) wäre eine solche Abkürzung. Man kann CANI als „Akronym“ benutzen, so wie jedes andere Wort, dem man eine bestimmte Bedeutung zuschreiben möchte. Mit Akronymen

lassen sich gewünschte Verhaltensweisen leichter umsetzen, weil man im Vorfeld die eigene „*neuronale Syntax*“ programmiert. Bezogen auf das eigene Nutzerverhalten kann man diesem Akronym ein zuvor definiertes gewünschtes Verhalten zuschreiben, wie z. B.:

*„Lies nur das, was dich weiter bringt – fokussiere dich auf Wesentliches“.* (61)

Wir wissen heute aus der Verkaufsforschung, dass der Mensch beim Lesen seiner E-Mails und beim Besuch von Sozialen Netzwerk-Seiten automatisch in einen entspannten, tranceartigen Zustand geht und in diesem Zustand besonders offen ist für Beeinflussung. Mit dem Benutzen eines Akronyms wie CANI ankert man in einem Bruchteil einer Sekunde ein zuvor definiertes erwünschtes Gefühl und dessen Bedeutung. So kann man z. B. das eigene Verhalten beim Surfen auf bewusster und auch unbewusster Ebene beeinflussen. Solche Erinnerungshilfen kann man auf vielfältige Weise in den Alltag einbauen, z. B. indem man stündlich durch den voreingestellten Signalton einer Uhr oder des Handys an etwas Vordefiniertes erinnert wird oder sich jedes Mal an seine wichtigsten Ziele in Form eines abrufbaren Gefühls erinnert, wenn man durch eine Tür geht. Man geht im Laufe eines Tages durch viele Türen und ruft so automatisch gute Gefühlszustände ab.

KUNE (Konstante und niemals-endende Entwicklung) bzw. Akronyme kann man auch mit beliebigen Eigenschaften verbinden. Ein Akronym kann als Firewall zum Eigenschutz vor Reizüberflutung oder Fremdbeeinflussung dienen, dies hängt von den Assoziationen ab, die man im Vorfeld imaginiert und geankert hat. Akronyme lassen sich auch in anderen Bereichen gut einsetzen, wenn es um Ergebnisse oder Endzustände geht, die man erreichen möchte. Mithilfe von Akronymen kann man Vorstellungsbilder durch assoziatives Imaginieren schaffen, die einen erwünschten Endzustand beinhalten. Man kann eine Vision davon, wie das eigene Leben verlaufen soll, damit verbinden oder eine imaginäre Time-Line für die nächsten 10 Jahre erstellen. Dazu imaginiert man einen inneren Film. Diesen erlebt man möglichst plastisch und mit vielen Gefühlszuständen aufgeladen. Je öfter man das macht, desto besser und desto wahrscheinlicher gelingt die Umsetzung, angepasst an sich ändernde Situationen. Idealerweise imaginiert man gewünschte Veränderungen täglich vor dem Einschlafen und wiederholt sie am Morgen, angepasst an die Herausforderungen des Tages. Durch die oftmalige Wiederholung werden diese imaginierten Gefühle, Töne

und Bilder zur Gewohnheit und mit der Zeit zu einer Art inneren Gewissheit, die mit einer erhöhten Tendenz einhergeht, sich in der Realität verwirklichen zu wollen. (61,63)

Mit der Zeit beeinflusst das Imaginieren - man kann es auch mentales Voraus- oder Umerleben bezeichnen - unbewusste Suchprozesse und Filterfunktionen stärker, sodass das Unterbewusste beginnt, verlässlicher im Hinblick auf gewünschte Ergebnisse zu arbeiten. Das eigene Unterbewusste arbeitet eigentlich „*immer*“ für und nicht gegen einen. Es macht einen Unterschied, ob der Mensch die Filterleistungen erkennt und selbst steuert, oder ob er sie automatisch ablaufen lässt. Ersteres führt zu einem bewussteren Leben, zu einem Balanceakt, bei dem sich bewusste und unbewusste Anteile der Persönlichkeit die Waage halten. Jemand, der in dieser Weise an sich arbeitet, dem wird es vermutlich leichter gelingen, Ziele zu erreichen, denn das Unterbewusste macht nichts anderes, als Gedanken, die wir tagtäglich denken und Gefühle, die wir erleben, in der Tiefenstruktur einzuordnen. Bei einem täglichen Aufkommen zwischen 60000 und 100000 Gedanken ist es gut, sich auf sein Unterbewusstes verlassen zu können. (61,63) Solche Akronyme wie CANI bzw. KUNE mögen hier übertrieben dargestellt wirken, doch es kann äußerst hilfreich sein, solche „*Mantras*“ als leitgebende Strukturen zu verankern. Viele Menschen, die so etwas nicht anwenden, tragen verankerte Leitstrukturen mit sich herum, ohne sich dieser bewusst zu sein. Diese Leitstrukturen können Traditionsbewusstsein oder Gehorsamkeit oder Pflichtbewusstsein oder vielleicht Medienabhängigkeit heißen und werden meist früh in der Entwicklung geprägt. Weil derart internalisierte Leitstrukturen über lange Zeit und sehr tief und fest verankert sind, werden sie meist auch nicht hinterfragt.

### 2.3.3 Das Milton-Modell

Das Milton-Modell der Sprache ist etwas Komplementäres, ein Kontrast, der zur Exaktheit des Meta-Modells nicht größer sein könnte. Beide Modelle sind miteinander verwoben, verhalten sich jedoch zueinander wie Tag und Nacht, wie ein scharfer Verstand, der, um abzuschalten, in die Welt des Traumes eintaucht. Diese Einleitung ist bewusst blumig gewählt. Sie soll auf eine Brücke zwischen zwei Modellen aufmerksam machen, zwei Modelle, die aufgrund bewusster und unbewusster Suchprozesse in unserem Gehirn zwei inverse Zugangswege des Verstehens von Verarbeitungsprozessen der Sprache aufzeigen.

Während das Meta-Modell dafür genutzt wird, Informationen wieder hervor zu bringen, die durch Verallgemeinerung, Tilgung und Verzerrung verarbeitet wurden, wird mithilfe des Milton-Modells beabsichtigt, generalisierte, getilgte oder verzerrte Sätze zu konstruieren. Die Formulierungen dieser Sätze sollen so allgemein wie möglich gehalten werden, damit der Hypnotisand während einer Trance in seine eigene Welt eintauchen kann und die dadurch entstehenden Lücken durch eigene Bilder und Gedanken füllt.

Dadurch, dass im Milton-Modell vage Formulierungen verwendet werden, die man zu den „*hypnotischen Sprachmustern*“ zählt, werden unbewusste Suchprozesse ausgelöst und die Lücken, die durch diese Formulierungen entstehen, werden mit eigenen Inhalten gefüllt. Diese „*eigenen Inhalte*“ sind Inhalte aus dem Bewussten und Inhalte aus dem Unterbewussten, je nach Trancetiefe und Filterleistung. Mit zunehmender Hypnosetiefe sind es vermehrt Inhalte aus dem Unterbewussten und der Hypnotisand kann in diesem Zustand Suggestionen unkritischer annehmen. Der Hypnotherapeut oder Arzt, der den Patienten anleitet, braucht dessen Erlebenswelt primär nicht zu kennen. Er leitet durch langsames Sprechen mit veränderter Stimme eine Trance ein, erhält diese aufrecht und hilft dem Patienten dadurch, mit den verborgenen Ressourcen seiner Persönlichkeit in Kontakt zu kommen. Er fördert, wenn man es so ausdrücken möchte, die Phantasie und Kreativität des Patienten und damit die Fähigkeit, eine eigene Lösung zu finden. (49) Zum Einsatz von Suggestionen sei gesagt, dass diese nur dann gegeben werden sollten, wenn der Arzt abschätzen kann, was die Suggestionen bewirken und zuvor konkret mit dem Patienten ausgemacht wurde, in welcher Form dieser eine Unterstützung annehmen möchte.

Tranceunterstützend wirkt es, wenn der Hypnotherapeut seine Sprache an das bevorzugte Repräsentationssystem des Hypnotisanden anpasst und dabei selbst in eine leichte Trance geht. Die Schlüsselfunktion des Milton-Modells liegt in seiner „*Ambiguität*“, die Worte so zu formulieren, dass sie beim Patienten das bevorzugte Repräsentationssystem anregen und seiner Phantasie im inneren Erleben freien Lauf lässt. Ericksons Sprachmuster sind dazu gedacht, Mehrdeutigkeit zu erzeugen und die Phantasie anzuregen. Auf diese Weise soll sich der Blickwinkel des Patienten verändern und neue, bisher nicht gesehene oder für möglich gehaltene Lösungswege aufzeigen. Denn nur wer Alternativen und Möglichkeiten erkennt, hat auch eine Wahl und eine Wahl zu haben, ist für den Patienten besser, als keine Wahl zu haben. (14,49)

## 2.4 Bewusstsein und Unbewusstes

„Du solltest nicht immer alles glauben, was Du denkst.“  
Verfasser unbekannt

Dieses Kapitel soll ein Versuch sein, zu zeigen, wie die philosophischen, die psychologischen und die neurobiologischen Erkenntnisse über das Bewusstsein ineinandergreifen, denn man braucht ein tiefgreifendes Verständnis über die Zusammenhänge von Geist und Körper, wenn man sich dem, was wir „*Bewusstsein*“ und „*Unbewusstes*“ nennen, annähern möchte. Nachfolgendes erstes Gedankenexperiment in diesem Kapitel soll zum Nachdenken anregen:

Wenn Bewusstsein meint, sich seiner eigenen Existenz bewusst zu sein, dann setzt dies voraus, dass „*Jemand*“ da ist, der sich „*Seiner*“ bewusst ist. Wenn dieser Jemand von sich spricht und dabei diesen Jemand, von dem er spricht benennt, meint er für gewöhnlich „*Ich*“. Doch was dieses Ich genau ist, das uns unsere Existenz bewusst erleben lässt, dem soll sich auf den folgenden Seiten Schritt für Schritt angenähert werden.

### 2.4.1.1 Historisches

Als sich an einem Winterabend des Jahres 1619, in einer Bauernstube in Ulm, ein damals 23-jähriger Soldat die Frage stellte: „*Woher weiß ich, wer ich bin*“, waren Böhmen und die Pfalz bereits in den Beginn des „*Dreißigjährigen Krieges*“ verwickelt. Den jungen Mann plagten Zweifel, als er über seine Gedanken sinnierte und er fand, noch ehe der Abend zu Ende ging, eine Antwort: „*Cogito ergo sum*“ – „*Ich zweifle, also bin ich*“, war die ursprüngliche Erkenntnis des jungen Mannes, die später zu „*Ich denke, also bin ich*“ umgewandelt wurde, weil man dem „*Denken*“ zu jener Zeit einen hohen Wert beimaß. Mit der Geburt dieser Erkenntnis sollte die Welt der Philosophie nicht mehr das sein, was sie zuvor war. „*Rene Descartes*“ machte das „*Ich*“ zum Zentrum der Philosophie und leitete die Strömung des frühneuzeitlichen „*Rationalismus*“ ein. Descartes „*Ich denke, also bin ich*“ ist richtig, wenn man es darauf bezieht, dass nur das eigene Denken eine Vorstellung vom Sein vermitteln kann. (64)

Mit dem Rationalismus einigte sich die Philosophie auf eine Trennung zwischen Bewusstsein und Leib. Den menschlichen Körper als „*physikalischen Mechanismus*“ zu erklären, war der letzte Schrei in den Naturwissenschaften, in denen diese „*Trennung*“ bis zum Ende des 20. Jahrhunderts am Leben erhalten wurde. Die Trennung von Geist und Körper kann man als „*Descartes größten Irrtum*“ bezeichnen, der sich im Gedankengebäude des „*Dualismus*“ widerspiegelt. Die klassische Formulierung des Dualismus geht auf Descartes Trennung von „*Res Cogitans*“ – „*dem Mentalen*“ und „*Res Extensa*“ – „*dem Physischen*“ zurück. (64,65) Wäre Descartes damals mit dem heutigen Wissen ausgestattet gewesen und hätte er Zugang zu den Erkenntnissen der modernen Hirnforschung und der Psychologie gehabt, könnte man darüber spekulieren, wie er die „*Wer-bin-ich-Frage*“ anders formuliert hätte, vielleicht so:

*„Ich weiß, wer ich bin, weil meine Sinne Signale an Nervenzellen weiter leiten, wo sie sich in komplexen Schaltkreisen ausbreiten, so komplex, dass sich daraus etwas so wunderbar Kompliziertes und Abstraktes ergibt, wie ein Wissen um mein eigenes Denken und eine Vorstellung von meinem Dasein.“ (64)*

Nun folgt das zweite Gedankenexperiment in diesem Kapitel:

Wenn man sich die Frage stellt: „*Wer bin ich*“, dann muss man sich unweigerlich auch mit „*diesem Jemand*“, der sich „*scheinbar*“ seiner Selbst bewusst ist, auseinandersetzen, und das wirft tiefgründige Fragen auf: „*Wer ist das, der diesen Daseinszustand erlebt? Bin ich der, der das alles erlebt? Bin ich das, was ich denke? Wenn ich denke, bin ich dann meine Synapsen? Wenn ich fühle, bin ich dann der, der fühlt oder bestehe ich vielleicht aus der Summe meiner Gefühle? Wenn ich handle, bin ich dann das Werk meiner Taten, bin ich wirklich der Handelnde?*“

Mit diesen Fragen wird klar, dass wir noch keine befriedigende Antwort dafür gefunden haben, was dieses „*Ich*“ eigentlich sein soll. Vielleicht mögen diese Fragen auch unsinnig erscheinen, doch im Sinne eines „*Koans*“, über den man nachsinnt, ergeben diese Fragen jenen tieferen Sinn, der auf einer Ebene des Unbewussten verstanden wird. Im nachfolgenden Teil dieses Kapitels wird anhand der „*Ego-State-Theorie*“ die heutige Betrachtungsweise des „*Ich*“ erläutert und damit soll auf einer rationellen Ebene die Sinnhaftigkeit der „*Ich-Frage*“ vermittelt werden. (66)

Was „*Denjenigen*“, der alles erlebt, der denkt, der fühlt und handelt ausmacht, kann an dieser Stelle schon verraten werden, es ist die „*Identifikation*“ mit dem eigenen Denken. Die Identifikation mit dem eigenen Denken charakterisiert einen Wissenschaftler und die Identifikation mit dem eigenen Körper charakterisiert einen Artisten, und die Identifikation mit der Muse den Künstler. Das eigene Denken, Fühlen, Erleben und die eigene Biographie prägen Werte, Selbstbild und Weltbild und machen das „*Ich*“ zu einer Identifikation mit der eigenen Person.

#### **2.4.1.2 Ego-State-Theorie**

Populärwissenschaftliche Literatur, wie sie vom Bestseller-Autor Richard David Precht in: „*Wer bin ich – und wenn ja, wie viele?*“, zum Besten gegeben wird, verzichtet auf die Methodik, wie sie in wissenschaftlicher Literatur angewandt wird. Damit stellt der Verfasser solcher Literatur sein Licht unter den Scheffel der Unwissenschaftlichkeit und trägt gleichzeitig als Ideenstifter dazu bei, dass wissenschaftliche Themen auf einem breiteren Feld diskutiert werden. Diese Diskussion ist deshalb von großer Wichtigkeit, nicht nur, weil sie das Interesse an der Wissenschaft in der Bevölkerung fördert, sondern auch, weil durch sie Forscher inspiriert werden, neue Wege zu gehen. Was die Diskussion zwischen Empiristen und Rationalisten, deren Weltbilder maßgeblich alle Wissenschaftsbereiche beeinflusst haben, in der Vergangenheit am Leben erhalten hat, war die alte Fehde zwischen ihnen. Doch vielleicht kann es zukünftig einen Schulterchluss trotz konträrer Ansichten geben, wenn erkannt wird, dass ihre vertretenen Positionen zusammengenommen einen noch viel größeren Erkenntnisgewinn ergeben. Das heißt, wir sollten viele „*Wahrheiten*“ in unsere Betrachtung einfließen lassen, um ein Verständnis dafür zu bekommen, worum es beim Bewusstsein geht. Doch nun zur Auflösung, was das „*Ich*“ denn sei. Ein Erklärungsmodell dafür bietet die Ego-State-Theorie.

In den 1970er Jahren haben John und Helen Watkins, John ein Pionier der Hypnotherapie, gemeinsam die Ego-State-Therapie entwickelt, die davon ausgeht, dass Menschen, die schwere seelische Traumata erleben, zum Schutz ihrer Persönlichkeit verschiedene „*Ich-Anteile*“ unbewusst abspalten. Durch ihre Therapie sollen Betroffene diese Ich-Anteile wieder in ihre Persönlichkeitsstruktur integrieren können. Die Grundannahme der „*Ego-State-Theorie*“ besagt, dass das „*Ich*“ eines Menschen identitätsstiftenden Charakter hat und die verschiedenen Teile, Rollen, Seiten, Ich-Zustände oder Ego-States, aus denen der

Mensch besteht, zusammenhält. Das Ich wird als „*integrative Funktion*“ gesehen, dessen Aufgabe es ist, alle Ich-Anteile zusammenzuhalten, alle Ich-Anteile, die sich im Laufe der lebensgeschichtlichen Entwicklung gebildet haben, zu integrieren, sodass der Mensch sich über die Zeit als „*Ganzes*“ erleben kann. (6,67) Die Sichtweise über bestehende Ich-Anteile, bzw. eines multidimensionalen „*Selbst*“ ist nicht neu und nachfolgende Tabelle zeigt, welche Autoren in ihren Konzepten innere Teile verwendet haben:

Tabelle 1: Verschiedene Theorien zum multidimensionalen Selbst (6)

<b>Psychotherapieschule</b>	<b>Autor</b>	<b>Name für Innere Teile oder Selbstteile</b>
Psychoanalyse	S. Freud	Es – Ich – Über-Ich
Jungianische Psychotherapie	C. G. Jung	Archetypen, Komplexe
Objektbeziehungs-Theorie	M. Klein, O. F. Kernberg	Innere Objekte, abgespaltene Teile
Ego-State-Therapie	J. und H. Watkins und P. Federn	Ich-Zustände bilden eine Selbstfamilie
Psychosynthese	R. Assagioli, P. Ferrucci	„subpersonalities“, Telearbeit
Transaktionsanalyse	E. Berne	Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich, Kind-Ich
Internal Family System Therapie	R. Schwarz	Innere Familie
Voice Dialogue	H. und S. Stone	Primäre Selbstanteile, abgelehnte Selbstanteile
Gestalttherapie	F. Perls	z. B. „underdog“, „topdog“
Innere-Kind-Arbeit	W. H. Missildine, J. Bradshaw	Säuglings-, Kind-, Schulkind-, Erwachsenen-Selbst etc.
Wachstumsorientierte Familientherapie	V. Satir	Teile, Gesichter, Theater des Inneren
Kommunikations-theorie	F. Schulz von Thun	Innere Mannschaft, Inneres Team
Systemische Therapie	G. Schmidt	Konferenz der inneren Familie, inneres Parlament
Neo-Dissoziations-theorie	R. Hilgard	hidden-observer, executive ego

Weil der Ansatz von Ego-State sich gut mit der Hypnotherapie kombinieren lässt, kann man die Ich-Anteile dem Bewussten und dem Unterbewussten zuordnen. Anhand gesunder Ich-Anteile versteht man jene Teile der Persönlichkeit, die sich aus der Summe aller gemachten Erfahrungen im Laufe des Lebens ergeben. Da die Summe allen Erlebens im Unterbewussten gespeichert wurde, sind dort auch alle Ich-Anteile abgespeichert.

Zu den Ich-Anteilen, mit denen der Mensch bewusst arbeitet, gehört das „*Autobiographische-Ich*“, das ein Einordnen der Erlebnisse in der Zeit ermöglicht und den Menschen sich selbst als „*Kontinuum*“ in der Zeit erleben lässt. Dass „*Ich*“, von dem im allgemeinen Sprachgebrauch die Rede ist, wird als eine integrative Leistung, als eine „*Funktion*“ des Gehirns angesehen. Man schreibt dem „*Ich*“ identitätsstiftenden Charakter zu und sieht es als übergeordnetes Zentrum, das alle Ich-Anteile beinhaltet und verwaltet.

Neben gesunden Ich-Anteilen besteht unser Ich auch aus ungesunden integrierten Ich-Anteilen, so die Theorie. Dem „*Bewussten Alltags-Ich*“ sind Inhalte aus gesunden integrierten Ich-Zuständen und aus ungesunden integrierten Ich-Zuständen (bzw. Ich-Anteilen) zugänglich. Die abgespaltenen Ich-Anteile seien jene, die tief im Unterbewussten verborgen und unserem bewussten Alltags-Ich unzugänglich sind, jedoch unter Hypnose zugänglich gemacht werden können. Der Ego-State-Theorie zufolge kennt und nutzt ein gesunder, nicht traumatisierter Mensch etwa zwischen fünf bis fünfzehn solcher Ich-Zustände.

In der „*Kognitiven Therapie*“ nach Albert Ellis (1969) ist in diesem Zusammenhang von „*Schema*“ die Rede und bei Gunther Schmidt (2004) von „*eine Seite in mir*“. (6,68)

Die Theorie von den Ich-Zuständen ist allerdings nicht ganz neu. Schon der Volksmund beschreibt, dass man oft „*mehrere Seelen in der Brust*“ hat und in „*Faust I*“ drückt es „*Goethe*“ folgendermaßen aus:

"Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust, die eine will sich von der andern trennen."(69)

Die Psychologie, der Volksmund und die Dichtung geben Anhaltspunkte, dass das Modell der Theorie der Ich-Anteile stimmen könnte, nur lässt sich dies mit den heutigen Kenntnissen der Neurowissenschaften nicht befriedigend erklären. Eines der Probleme dafür liegt in der „Qualita“, darunter versteht man den subjektiv empfundenen Erlebnisgehalt eines mentalen Zustandes, der hirnpfysiologisch nicht verstanden bzw. gemessen werden kann. Nun hat sich die moderne Neurowissenschaft auch mit diesem Thema auseinandergesetzt und gelangte in den letzten 100 Jahren unter anderem zu folgenden Erkenntnissen:

#### **2.4.1.3 Beschäftigung der Neurowissenschaften mit dem Bewusstsein**

Begonnen werden soll mit dem „Nobelpreisträger für Physiologie oder Medizin“ (umgangssprachlich wird meist von Medizinnobelpreis gesprochen) aus dem Jahre 1906, mit dem spanischen Mediziner „Santiago Ramón y Cajal“, der mit seinen Forschungen über die Feinstruktur des Nervensystems das Fundament für die moderne Neuroanatomie legte. Mit seinen genauen Zeichnungen und Erklärungen über Neuronen und angenommener neuronaler Schaltkreise, schuf er so etwas wie das Alphabet der Nervenzellen im Gehirn. (64,70) Cajal, der sich in Madrid die Gehirne von Leichen auf den Seziertisch legte, um seine „rationale Psychologie“ zu begründen, erscheint deshalb so bedeutend, weil seine Thesen, wie z. B. dass Nervenströme nur in eine Richtung fließen und Synapsen mit anderen Synapsen in Verbindung stehen, in späteren Jahren bestätigt werden konnten. Damit war Cajal jemand, der weit über sein Fach hinausdachte und damit die Grundlage für weitere Forschung legte. Das Beispiel Cajal zeigt auch, wie wenig 1906 von den Funktionen des ZNS bekannt war und wie wichtig fächerübergreifende Arbeit ist, um zu neuen Erkenntnissen zu gelangen.

Im Jahre 1929 hat der deutsche Neurologe und Psychiater „Hans Berger“ die EEG (Elektroenzephalographie) erfunden, wodurch es möglich wurde, die im Gehirn fließenden Ströme abzuleiten. Damit wurde es erstmals möglich, Rückschlüsse auf die Aktivität des Gehirns ziehen zu können. Der nächste bedeutende Schritt war der Einzug der Magnetfeldforschung in die Medizin. Wie alle elektrischen Ströme, bilden auch Hirnströme ein Magnetfeld und so wurde 1968 die erste MEG (Magnetenzephalographie) am Massachusetts Institute of Technology aufgenommen. Es kamen in weiterer Folge Verfahren zum Einsatz, mit deren Hilfe man erstmals neurochemische Vorgänge messen

konnte und erst seit den 1990er Jahren ist es möglich, nicht nur mehr elektrische oder chemische Vorgänge zu zeigen, sondern Modellvorstellungen von physiologischen Vorgängen aufzuzeichnen. In der fMRT wird mittels BOLD-Effekt (Blood Oxygenation Level Dependent) die Darstellung der neuronalen Aktivität in Form farbiger Bilder visualisiert. So werden bildgebende Verfahren heute zum Studium höherer kognitiver Funktionen eingesetzt, wie z. B. der Verarbeitung von Emotionen im Gehirn. (64,71,72)

Dabei sei anzumerken, dass man noch weit davon entfernt ist, eine Theorie des menschlichen Denkens oder des Bewusstseins mit den heutigen zur Verfügung stehenden technischen Mitteln erklären zu können. Damit beweist die Hirnforschung nicht, dass es so etwas wie ein „Ich“ nicht gibt, sondern vermittelt, dass unser „gefühltes Ich“ einen unglaublich komplexen Vorgang im Gehirn darstellen muss und wir uns inzwischen weiter mit Modelltheorien behelfen müssen, die wiederum als Ausgangspunkt für weitere Forschungen dienen. Zusammengefasst kann gesagt werden:

*„Wenn das Beobachten einfacher Emotionen die Mondlandung der Hirnforschung ist, dann wird die Reise zum „Ich“ ein bemannter Flug mindestens zum Jupiter.“(64)*

Durch diese etwas andere Art, den Terminus „Bewusstes“ darzustellen, sollte sich der Blick auf das Unterbewusste verändert haben und zeigen, wie nah Bewusstes und Unterbewusstes beisammen liegen. Die Einteilung nach Freud in Es, Ich und Über-Ich oder die Theorie von Jungs kollektivem Bewusstsein oder die Betrachtungsweise des Unbewussten in der Tiefenpsychologie und anderen Schulen wird hier zur Beschreibung des im allgemeinen Sprachgebrauch bekannten „*Unterbewusstseins*“ nicht explizit dargestellt, leistet jedoch nach wie vor gute Dienste bei der Suche nach Antworten auf Verständnisfragen, die sich zu diesem komplexen Thema immer wieder ergeben. Das Unterbewusste ist ein zentraler Inhalt dieser Arbeit und wird deshalb mehrfach von unterschiedlichen Seiten beleuchtet und soll nun unter dem Gesichtspunkt des „*modernen Ich*“ gesehen werden.

## 2.4.2 Das moderne ICH und die Hypnose

*„Jeder von uns ist mehrere, ist viele, ist ein Übermaß an Selbsten.  
Deshalb ist, wer seine Umgebung verachtet,  
nicht derselbe, der sich an ihr erfreut oder unter ihr leidet.  
In der weitläufigen Kolonie unseres Seins  
gibt es Leute von verschiedenster Art,  
die auf unterschiedlichste Weise denken und fühlen.“*  
Fernando Pessoa, 1932

*“I’m a bitch I’m a lover  
I’m a child I’m a mother  
I’m a sinner I’m a saint  
I do not feel ashamed  
I’m your hell I’m your dream  
I’m nothin’ in between You know, you wouldn’t want it any other way”*  
Meredith Brooks, 1997

Laut „*Strukturmodell der Psyche*“ befindet sich das Ich in einem ständigen Spannungsfeld zwischen Über-Ich und Es, postulierte Freud. In Hypnose werden durch den besonderen Zustand der Trance vorherrschende „*innere Spannungen*“ eines Menschen, wie Freud sie in seinem Modell beschreibt, besonders gut abgebaut. (3,73) Spannungen werden in Trance allerdings gut abgebaut, denn man fühlt sich nach einer hypnotischen Trance entspannt und erholt. Wie Spannungen abgebaut werden und wodurch, wird in weiterer Folge anhand von „*unbewussten Suchprozessen*“ erklärt, die dafür verantwortlich sind, dass „*Ich-Zustände*“ sich neu ordnen können.

Auf psychischer Ebene wirkt Hypnose wie ein Reinigungstool, das die Ordnung wieder herstellt. Es gibt noch andere Ebenen als die psychische, deren Anteile in kognitiven wie auch in somatischen Bereichen liegen und auf die Hypnose eine Wirkung ausüben.

Nach Ernest Ropiequet Jack Hilgard, einem ehem. Professor für Psychologie an der Stanford University, werden die Bereiche, die zuvor als Ich-Zustände beschrieben wurden, als „*Subsysteme*“ bezeichnet. Hilgard entwickelte u. a. Ende der 1950er Jahre die „*Stanford Hypnotic Susceptibility Scales*“, die als Maßstab der Vergleichbarkeit und Reproduzierbarkeit für Ergebnisse verschiedener Forschungsgruppen eingesetzt wurde. Hilgard war zu seiner Zeit ein international führender Wissenschaftler im Bereich der Hypnoseforschung und gilt heute als einer der renommiertesten und meist zitierten Hypnoseforscher. (3,74) Damit das Modelldenken in dieser Arbeit nicht zu kompliziert wird, werden Hilgards Subsysteme hier synonym als „*Ich-Zustände*“ verwendet. (3,6)

Beim Kleinkind organisieren sich die Ich-Zustände noch weitgehend autonom. Das erleichtert es dem Kind, Sprache zu erlernen. Im Kleinkindalter wird der Spracherwerb noch dem „*Impliziten Lernen*“ zugeschrieben, doch mit zunehmendem Alter geht die Autonomie zurück und Exekutivfunktionen treten in den Vordergrund. Diese unbewusste Aneignung von Fähigkeiten beim impliziten Lernen kann man als Erwachsener wieder trainieren, indem man den Zugang zu seinen unbewussten Ressourcen trainiert, also die „*Sinne als Brücke zur Welt*“ zwischen „*innen*“ und „*außen*“ ausbalanciert.

Als Einstein davon sprach, der Mensch nutze einen Großteil seiner Ressourcen nicht, meinte er damit jene ungenutzt gelassenen Ressourcen, die tief in unserem Unterbewussten darauf warten, dass wir sie in Besitz nehmen. Will man dies trainieren, kann unterstützend für das innere Erleben die Anwendung von Mentaltrainingstechniken wirken, wie z. B. AT, Meditation, Yoga und auch Selbsthypnose. Vor allem das Lernen bildhafter Erinnerungen fällt laut der Studie „*Learning in Trance*“ von Halsband et al. besonders leicht, wohingegen sich das Lernen von abstrakten Begriffen nicht als förderlich herausstellte. (75) Allerdings wirkt sich das Tranceerleben indirekt in positiver Weise auf das Lernen aus, nämlich durch den Abbau von Stresshormonen, denn das sorgt für eine gute Aufnahmefähigkeit. (3)

Bei den „*kognitiven*“ Ich-Zuständen sind z. B. Gedächtnis, Lernen, Werte, Kreativität oder Phantasie angesiedelt. Im „*körperlichen*“ Ich behalten einige Bereiche ihre Autonomie auch noch im Erwachsenenalter. Zu den weitgehend autonomen Bereichen des somatischen Ich-Zustands zählen: ANS (Autonomes Nervensystem), ZNS (Zentralnervensystem), Immunsystem, Neuropeptid-System oder Hormonsystem, um einige zu nennen. In Bezug auf die genannten autonomen Funktionen wurde deshalb der Begriff des Ich-Zustands verwendet und nicht „*somatisches Ich*“, weil im Hintergrund all diese Funktionen weiterhin ablaufen und den Körper am Leben erhalten, also einer Dynamik unterstehen. (3,6,38,76)

Der Zugang zum Unterbewussten wird über die Hypnose genutzt und dabei das „*kritische Bewusstsein*“, oder wie Freud es ausdrückte: „*die Zensur*“, umgangen. (77) So ist es möglich, mittels Hypnose das Immunsystem zu stärken und das ANS und Hormonsystem in ein natürliches Gleichgewicht zu bringen. (3,58)

Durch den Zustand der Trance entsteht bei Hypnose eine bessere Verbindung zwischen Geist und Körper, und es werden die selbstorganisierenden, natürlichen Heilungsprozesse des Menschen angeregt. Wie gut dies gelingt, hängt auch von der Hypnotisierbarkeit des Einzelnen ab. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Mensch in der modernen Hypnotherapie als selbstorganisierendes System verstanden wird. Die Trance wird als veränderter Bewusstseinszustand genutzt, in dem der Hypnotherapeut oder Hypnosearzt Impulse gibt, die zu einer Neuorientierung bzw. Neuordnung innerhalb der Ich-Zustände führt. (3,6,14,78) Durch diese Neuordnung wird die natürliche Fähigkeit zur Selbstheilung auf körperlicher und seelischer Ebene wieder hergestellt und in Trance ist die „*psychosomatische Durchlässigkeit*“ der Ich-Zustände erhöht. Das bedeutet, dass sich plastische Vorstellungen mit geringerer Latenz in körperliche Prozesse verwandeln können. Am Beispiel einer 52-jährigen Patientin mit vegetativer Dystonie soll gezeigt werden, was mit „*erhöhter psychosomatischer Durchlässigkeit*“ in Trance gemeint ist.

#### **2.4.2.1 Beispiele für eine erhöhte psychosomatische Durchlässigkeit der Ich-Zustände in Trance**

Das Beispiel einer 52-jährigen Patientin, die unter „*vegetativer Dystonie*“ litt, soll zeigen, was eine erhöhte „*psychosomatische Durchlässigkeit*“ der Ich-Zustände im Zustand einer Trance während einer Hypnose konkret bedeutet. Dies konnte bei einem Praktikum beobachtet werden.

Die Patientin kommt zu einer Befundbesprechung mit dem Ziel einer adäquaten Nachbetreuung, bei der es darum geht, das Erleben der inneren Unruhezustände in den Griff zu bekommen. Folgende Vorgeschichte zur Patientin, bevor auf das eingegangen wird, was durch die Nachbetreuung, bei der die Patientin in Trance versetzt wird, verändert wurde:

Seit 2008 befindet sich die Patientin in regelmäßiger nervenfachärztlicher Behandlung. Seit dieser Zeit sind insgesamt 12 verschiedene AD (Antidepressiva) ausprobiert worden. Bei der Patientin ist ein essenzieller Tremor bekannt, außerdem ist im Jahre 2008 bei St. p. Mamma-Ca (Brustkrebs), im Rahmen einer durchgeführten Brustaufbau-OP ein Lappen des M. transversus rectus abdominalis (gerader Bauchmuskel) entnommen worden. Der Grund der ärztlichen Konsultation ist die Befundbesprechung eines vorangegangenen Aufenthaltes in der Nervenlinik, wobei die Patientin vorrangig mit den Symptomen einer vegetativen Dystonie zu kämpfen hat. Am meisten belastet die Patientin eine massive innere Unruhe, sowie ein Tremor und ständig wiederkehrende starke Schweißausbrüche in unterschiedlichen Situationen. Die Empfehlung der Nervenlinik zu dieser Problematik ist, dass die Patientin die in der Klinik erlernte Methode der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson in den häuslichen Verhältnissen fortführen soll. In dem Beratungsgespräch geht es darum, zu vermitteln, wie wichtig es ist, daran zu arbeiten, dass die Patientin zur Ruhe kommt und dass sie maßgebliches dafür selbst leisten muss. Es folgen über einen Zeitraum von acht Wochen sechs Sitzungen mit dem Ausgangsziel, die Symptome der vegetativen Dystonie zu lindern.

1. Erste Sitzung: Die Patientin erzählte über den Klinikaufenthalt und dabei sprach sie von der ihr bereits bekannten Progressiven Muskelentspannung, die im Anschluss an das Gespräch als Induktion genutzt werden konnte. Weil diese Methode der Patientin schon bekannt war, ließ sich schnell eine Trance einleiten. Aus diesem Grunde ist es von Vorteil, Patienten zu fragen, ob sie schon Erfahrungen mit Entspannungsmethoden haben, die man dann zur Induktion nutzen kann. In dieser ersten Sitzung ging es der Patientin darum loszulassen und endlich wieder Entspannung erleben zu dürfen. Die Patientin war der Meinung, dass sie nicht in eine Trance gehen würde, weil sie das nicht könne. Fünf Minuten nach Beginn der Induktion konnte der Hypnotiseur dazu übergehen, den leichten Trancezustand, in dem sich die Patientin inzwischen befand, beobachtbar an Muskelzuckungen im Gesicht und einem veränderten Atemrhythmus zu vertiefen, sodass sich die Patientin bald in mitteltiefer Trance befand und an einen „*safe-place*“ führen ließ. Hier durfte die Patientin „*völlige Ruhe*“ in „*geborgener Sicherheit*“ erleben. Insgesamt verbrachte die Frau 35 Minuten in einem Zustand der Entspannung. Nach der Sitzung bedankte sie sich und vereinbarte einen weiteren Termin.

2. Zweite Sitzung: Es ist Dienstag Nachmittag, die Patientin habe seit Sonntag wieder verstärkt einen Ruhetremor, der sie bei alltäglichen Tätigkeiten wie Schreiben und Gesichtspflege einschränke. Die Entspannung vom letzten Mal habe bewirkt, dass die Patientin sich den ganzen restlichen Tag über vollkommen entspannt fühlen konnte. Beim Einleiten der Trance waren Schweißperlen auf der Stirn der Patientin zu sehen. Darauf angesprochen erzählte sie, dass sie sich heute in einem sehr angespannten Zustand befand, und froh wäre, wenn sie wieder eine solche Ruhe wie beim letzten Mal erreichen könnte. Diesmal dauerte die Sitzung über eine Stunde. In Trance führte der Hypnotiseur die Patientin wieder zu ihrem vertrauten Ort und fragte sie, wie diese innere Anspannung aussehe. Sie solle sich vorstellen, die Anspannung wäre ein Gegenstand. Die Patientin beschrieb eine ca. faustgroße Geschwulst in der Nabelgegend und was dort im Bauchraum zu spüren sei. In der Vorstellung durchlebte sie mehrere Szenarien, die sie das Baugefühl verändern ließ. Am Ende erlebte sie das Bauchgefühl auf eine Weise, wie sie sich damit wohlfühlen konnte. Das Hauptrepräsentationssystem dieser Frau ist „kinästhetisch“ geprägt, deshalb lenkte der Hypnotiseur die Aufmerksamkeit vorrangig auf das „Fühlen“. Dieses neue Bauchgefühl dürfe die Patientin „mit in den Alltag“ nehmen, war eine der Suggestionen „während“ es „nicht notwendig“ sei, sich daran zu erinnern (posthypnotische Amnesie), denn ihr „Unbewusstes“ wisse nun darum und würde sie in „jeder Hinsicht“ dabei unterstützen, wenn dies für sie in Ordnung wäre. Mittels ideomotorischer Bewegungen der rechten Hand der Patientin holte sich der Hypnotiseur das Einverständnis vom „Unbewussten“ (dem „therapeutischen Tertium“) der Patientin. Damit dies auch so geschehen möge, wurde das neue Bauchgefühl auf mehrere Arten geankert, z. B. indem es mit den von der Patientin beschriebenen Alltagsabläufen verknüpft wurde. Innerhalb der nächsten drei Sitzungen verschwanden die Schweißausbrüche und die innere Unruhe fast vollständig. Die Patientin erlernte mittels „Basissynchronisation“, wie sie zuhause selbst auf die Zustände, in denen sie sich befindet, einwirken kann.

Unter „therapeutischem Tertium“ versteht man ein Konstrukt, das „das Unbewusste“ der Patientin beinhaltet und das der Therapeut zur Sprache bringt, damit es für die Patientin einfacher ist, das „heilende Prinzip“, welches von ihr selbst ausgeht, als Hilfe von außen anzunehmen. Die Patientin betrachtet das Unbewusste als von außen kommend, weil sie selbst dazu keinen direkten Zugang hat. (3)

3. Sechste Sitzung: Die Patientin sei nahezu beschwerdefrei, einzig der Tremor komme gelegentlich noch durch. Der Hypnotiseur sagte der Patientin, dass sich ihr Zustand so weit gebessert hat, dass keine weiteren Sitzungen nötig wären, vor allem deshalb, weil sich mittlerweile ein Zustand des Wohlbefindens eingestellt hat, den die Patientin sehr gut selbst beeinflussen kann. Sie dürfe sich jedoch jederzeit melden, falls sie Unterstützung brauche, was vermutlich nicht notwendig sein würde.

Das Beobachten dieser Therapiesituation hat mich gelehrt, wie unglaublich wirkungsvoll Worte sein können. Schweißausbrüche, Zittern und innere Unruhe, die über Jahre nicht zum Wegbringen waren, sind innerhalb von ein paar Wochen um vieles besser geworden bzw. ganz verschwunden. Wie lange dieser Zustand anhält bzw. angehalten hat, wurde nicht überprüft. Die unbewusste Angst der Patientin, dass sich in ihrem Bauch ein Tumor befinde, wurde aufgelöst und als Hauptursache für die Unruhezustände angenommen. Ihrem Körpergefühl, das schon jahrelang abgestumpft war, konnte sich die Patientin in den Trancen wieder annähern und durch entsprechend erlerntes Tranceerleben ein Wohlgefühl erzeugen, das es ihr ermöglichte, sich wieder gut und ausgeglichen zu fühlen. Eine erhöhte psychosomatische Durchlässigkeit meint hier, dass Worte eine unmittelbare Tendenz haben, auf einer körperlichen Ebene Veränderungen hervorzurufen. Das nächste Beispiel zeigt ebenfalls, dass Suggestionen in Trance eine unmittelbare Wirkung auf körperliche Vorgänge haben können.

Eine Ärztin und ich waren für die Aufnahme der Patienten zuständig. Die Tätigkeit umfasste die vollständige Anamnese, den körperlichen Status und das Veranlassen von weiteren, wenn notwendig, diagnostischen Voruntersuchungen für die Operationen, die jeweils am darauffolgenden Tag stattfanden. Es war ein sehr hektischer Vormittag, als eine Patientin aufgenommen wurde, die zu einer „*Ileostoma Rückverlegung*“ gekommen war. Anamnese und Status waren unauffällig, bis auf die Angabe, dass die Patientin seit letzter Nacht massive Diarrhoe (im Sackerl sei nur Düninflüssiges gewesen) habe. Der Patientin wurde gesagt, dass es aufgrund eines möglichen Infektes besser wäre, den OP-Termin zu verschieben, woraufhin die Patientin zu weinen begann. Sie wolle den Termin nicht verschieben und die OP endlich hinter sich bringen. Vielleicht käme der Durchfall nur von der Angst, meinte sie. Auf die Frage hin, wie groß ihre Angst sei, erzählte die Patientin einen Teil ihrer persönlichen Geschichte. Am Ende dieser 5 bis 10 minütigen

Ausführungen schien sie etwas erleichtert zu sein und die Ärztin machte ihr den Vorschlag, sie solle die Nacht wie geplant im Krankenhaus verbringen. Weil sie ja am nächsten Morgen noch ein Gespräch mit dem Anästhesisten habe, könne dieser entscheiden ob die OP verschoben werden solle. Im Moment, so bot die Ärztin an, könne die Frau Benzodiazepine bekommen, auch am Abend vor dem Schlafen, damit sie ihre Aufgeregtheit in den Griff bekäme und am Morgen gut ausgeruht sei, oder, wenn sie das möchte, könne die Ärztin ihr helfen, sich gleich hier im Untersuchungszimmer in einen entspannten Zustand zu versetzen. „Ja, das möchte sie“, sagte die Patientin, worauf die Ärztin eine Trance einleitete und die Patientin für ca. 15 Minuten in ihre eigene Innenwelt eintauchen ließ. Nach dieser Trance war es der Frau möglich, den restlichen Tag entspannt zu verbringen und ohne Benzodiazepine zu schlafen. Am nächsten Morgen gab es eine kurze Besprechung mit dem zuständigen Anästhesisten, dem bei der Patientin nichts aufgefallen war und der sie für OP-tauglich befand. Die Patientin hatte keinen Infekt und Diarrhoe hatte sie keine mehr. Das Ileostoma wurde rückverlegt und die Patientin konnte das Krankenhaus ein paar Tage später in einem guten Allgemeinzustand verlassen.

Mit diesem Beispiel soll ausgedrückt werden, wie wichtig Zuwendung für Patienten ist, vor allem, wenn diese sich in einer emotionalen Ausnahmesituation befinden. Genau in solchen Ausnahmesituationen ist die hypnotische Kommunikation dafür prädestiniert, positive Veränderungen herbeizuführen, weil bei Patienten in diesem Zustand starke Gefühlsregungen und Emotionen zum Vorschein kommen, die therapeutisch genutzt werden können. Diese Emotionen (innere Energiebewegungen) kann man in Hypnose sehr gut konstruktiv lenken. (58)

Der Preis für diese Intervention war ein Mehraufwand von vielleicht 30 Minuten. 30 Minuten, die normalerweise aufgewendet werden für das ganze Procedere einer Patientenaufnahme inkl. Dokumentation. Die 30 Extraminuten hatten allen Beteiligten gut getan und es war sehr angenehm, gemeinsam mit der Ärztin und der Patientin für ein paar Minuten dem stressigen Alltagsgeschehen zu entkommen und einzutauchen in einen entspannten Zustand. Den Rest dieses Tages verbrachte auch ich in einem ressourcenvollen Zustand, obwohl die Anspannung sehr hoch war, weil an diesem Tag sehr viele Patienten zu betreuen waren und kaum Zeit für Essen oder eine Pause blieb.

### 2.4.2.2 Beispiele für die verschiedenen Ich-Zustände

Nach der Theorie des „*Neodissoziationsmodells*“ des Ehepaars Watkins zufolge, nach der es viele verschiedene Ich-Zustände gibt, ist vereinfacht ausgedrückt folgendes gemeint: Ein Körper-Ich sorgt dafür, dass der Mensch weiß, dass dies tatsächlich sein Körper ist, in dem er lebt. Das autobiographische Ich sorgt dafür, dass der Mensch sich durchgängig als ein und derselbe erlebt. Das selbstreflexive Ich macht es möglich, über sich nachzudenken und das psychologische Spiel von „*Ich und Du*“ zu betreiben. Ein moralisches Ich kann als die verantwortliche Instanz für das Gewissen stehen, um nur einige Ich-Zustände modellhaft zu benennen. (6,64) Bei all diesen Ich-Zuständen kann es zu Störungen kommen, wenn beispielsweise eine junge Frau bei einem Überfall in „*Regression*“ geht, also ein Verhalten zeigt, in dem sie zeitweilig auf eine frühere Entwicklungsstufe zurück fällt. Wenn die Regression in irgendeiner Form bestehen bleibt und sich im Alltag z. B. durch plötzlich auftretende unkontrollierte Weinanfälle ausdrückt, dann ist das autobiographische Ich betroffen und eine pathologische Veränderung in der Persönlichkeitsstruktur hat stattgefunden. Es folgt ein Beispiel eines veränderten Ich-Zustandes:

Einem jungen Mann mit „*Selbstwertproblemen*“ passierte folgendes: Am Tag der Weihnachtsfeier arbeitete er länger und kam etwas verspätet zu dem Raum, wo schon alle Kollegen fröhlich beisammen saßen. Gerade als er durch die Tür treten wollte, bemerkt er, dass ein Sessel fehlte. Blitzartig drehte er sich um, verließ die Feier und ging geknickt nach Hause. Als ihn der Arzt fragte, was geschehen sei, antwortet er: „*Es ist ganz typisch für mich, ich bin nicht willkommen, für mich war kein Platz da.*“ (6)

Was war passiert? Der Mann kommt in eine ganz alltägliche Situation, nimmt diese mit seinen Sinnen wahr und sieht: „*Ein Sessel fehlt.*“ Der Mann bewertet und interpretiert die optische Wahrnehmung: „*Ein Sessel fehlt bedeutet: ich bin unerwünscht.*“ er handelt: „*Ich haue ab.*“ Die Interpretation „*ich bin nicht willkommen*“ zeigt, dass er vermutlich ein Zugehörigkeitsproblem hat und dass die Funktion eines Ich-Anteils aus einer vergangenen Erfahrung in Form eines Fluchtmusters abgelaufen ist. Ein Arzt mit Kenntnissen über Ericksonsche Hypnose und der Theorie der Ich-Zustände könnte zu diesem Mann sagen:

*„Diese Reaktion war in einer früheren Situation durchaus angebracht. Die von Ihnen geschilderte Situation ist Ausdruck einer kreativen Lösungsstrategie und Teil eines kreativen Lern- und Überlebensprogrammes. Nicht Ihr ganzes Selbst hat die Flucht ergriffen, sondern nur ein Teil von Ihnen. Ein anderer Teil in Ihnen wäre in der Lage gewesen, eine „Erwachsenenlösung“ zu finden, z. B. in den Raum zu rufen: „Hey, gibt es noch irgendwo Sessel.“*

Bei diesem Beispiel wurde der Situation ein völlig neuer Rahmen gegeben („*Reframing*“) und ihr kommt damit eine andere Bedeutung zu, eine lösungsorientierte und keine defizitorientierte. (3)

Den meisten Menschen ist in diesem Zusammenhang der Kampf- oder Fluchtmechanismus in Bezug auf Bedrohungen bekannt. Es gibt jedoch nicht nur die zwei zuvor genannten Mechanismen, sondern einen wichtigen Dritten. Der dritte Mechanismus ist evolutionsgeschichtlich die am häufigsten verwendete Reaktion auf Bedrohungen, es ist die „*Schockstarre*“. Die Schockstarre wird z. B. bei Schnellinduktionstechniken erfolgreich genutzt. (24)

### 2.4.3 Verbindung zwischen Körper, Geist und Unbewusstem

*„Patienten sind Patienten, weil sie keinen Rapport zu ihrem Unbewussten haben.“*  
Milton H. Erickson

Das Konzept einer „*Partnerschaft*“ zwischen Arzt und Patienten lässt sich in die sich rasant weiterentwickelnde Medizintechnologie gut einfügen, wenn nachfolgendes gewährleistet ist:

*„Der Arzt bringt das Beste mit, das die moderne Medizin zu bieten hat und begegnet dabei dem Patienten auf einer Ebene, wo dieser seine mitgebrachten Ressourcen in Form eines körpereigenen Heilungssystems mit in die Behandlung einfließen lassen kann.“* (58)

In der modernen Ausbildung heutiger Mediziner wird diesem Umstand bereits Rechnung getragen. So hat sich die Medizinische Universität Graz in ihrem Leitbild dem „*Bio-Psycho-Sozialen Modell*“ verpflichtet. Durch diese Betrachtungsweise findet in den Köpfen der Lehrenden und Auszubildenden eine allmähliche Annäherung zwischen der

„Pathogenese“ und ihrem Antagonisten, der „Salutogenese“ statt, die in einigen Jahren vermutlich soweit fortgeschritten sein wird, dass beide Sichtweisen im Hinblick auf den Behandlungsansatz verschmelzen werden, zumindest in den Köpfen einiger. Der Umstand, dass es Tausende von Krankheiten und nur eine Gesundheit gibt, könnte das Zünglein auf der Waage für einen fortschreitenden Annäherungsprozess sein.

Denn das Studium und Wissen um tausende von Krankheiten, bringt die Lebensqualität von Ärzten und Patienten nur dann einen Schritt weiter, wenn diese die dahinter liegenden Mechanismen des Menschen verstehen, als ein Wesen mit Körper, Geist und einer Seele. (58,79)

Aaron Antonovsky, der das Konzept der Salutogenese während der 1970er Jahre prägte, verstand unter Gesundheit nicht einen gleichbleibenden Zustand, sondern einen Prozess, den er wie folgt beschreibt:

*„Der Körper ist ein autopoietisches System: Gesundheit wird ständig neu erzeugt.“ (79)*

Das „Heilungssystem“, welches der Patient mitbringt, ist nach Antonovsky sein individuelles, sich selbst erhaltendes System. Allerdings wissen wir heute nur bedingt, wie solche Systeme beim Einzelnen funktionieren und zu unterstützen sind. Mit dem Kommunikationswerkzeug der Hypnose und anderen Hilfsmitteln, wie Modellvorstellungen oder Techniken aus dem NLP, können wir uns Zugang und Verständnis darüber verschaffen. NLP-Techniken werden hier deshalb explizit angeführt, weil mit ihrer Hilfe effizient und effektiv Veränderungen erzielt werden können. Nachdem der Einsatz von NLP-Techniken wissenschaftlich nicht anerkannt ist, soll der Hinweis auf diese Techniken nicht mit dem Satz „*Wer heilt hat recht*“ gerechtfertigt werden, es soll jedoch darauf aufmerksam gemacht werden, dass dem ärztlichen Handeln wirksamste Kommunikations-Tools zur Verfügung stehen und es stellt sich die Frage, wie weit diese Tools unter kritischer Betrachtung auch eingesetzt werden können. (3,58) In Kombination mit der Hypnose ist es möglich, das sich selbst regulierende Heilungssystem des Menschen durch Impulse, die in Trance gegeben werden, anzuregen und damit die Normalfunktion wieder herzustellen. (25,58)

Viktor von Weizsäcker, der Begründer der psychosomatischen Medizin, hat dazu folgendes gesagt:

*„Gesundheit ist überhaupt nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird. Wird sie nicht erzeugt, ist der Mensch bereits krank.“ (13)*

Beeinflusst wird dieser „*dynamische Gesundheitszustand*“ zu mehr oder weniger großen Anteilen von unserem bewussten und unbewussten Denken. (58)

Weizsäcker und Antonovsky, wie auch viele andere Ärzte, Wissenschaftler, Gelehrte und Philosophen, beschäftigten sich seit Jahrtausenden mit der Frage, ob und wenn ja:

*„Wie diese Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele die unseren Gesundheitszustand beeinflussen kann wohl funktioniert.“ (58)*

Körperfunktionen wie Atmung, Herzschlag und Verdauung laufen völlig autonom und unbewusst ab. Wir können nicht bewusst wahrnehmen, wie Pankreaslipase die aufgenommenen Nahrungsfette spaltet, oder die Milliarden von Zelluntergängen und Neuteilungen spüren, die unseren Körper jeden Tag aufs Neue lebendig erhalten. Doch gibt es in diesem hochkomplexen System anscheinend eine Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele, die etwas mit den unbewusst ablaufenden autonomen Prozessen im Körper zu tun haben. Zumindest zeigt uns das die Hypnose, wenn in Trance die „*psychosomatische Durchlässigkeit*“ der Ich-Zustände erhöht ist, was anhand messbarer bzw. beobachtbarer physiologischer Reaktionen überprüfbar ist (siehe Kapitel 2.6 Hypnose).

Dass die aktive Beeinflussung physiologischer Reaktionen möglich ist, war für Erickson naheliegend, denn er hat in jahrzehntelanger Erfahrung erlebt, wie sich „*unbewusste*“ und „*unterbewusste*“ Funktionen („*Ich-Zustände*“) in Trance beeinflussen und behandeln lassen. Eine Unterscheidung zwischen „*unbewusst*“ und „*unterbewusst*“ wird im Zusammenhang mit einer Definition für Hypnose aus den USA verwendet und stellt eine interessante Perspektive beim Betrachten der Ich-Zustände dar, die ein differenzierteres

Eindringen in das Verstehen um das Heilungssystem im Menschen ermöglicht. Die Erklärung für diese Unterscheidung findet sich ebenfalls in Kapitel 2.6 Hypnose.

Wenn sich Erickson die Frage: „*Wie die Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele funktioniert*“, beantwortet hat, dann wohl nur für sich selbst. In seine Lehrmeinung floss eine diesbezügliche Erklärung nicht als Voraussetzung mit ein. Einerseits, weil für ihn die Heilung im Vordergrund stand und andererseits vermutlich aus taktvollen Gründen, denn keine Therapieschule sollte für sich die Wahrheit in Bezug auf das Verstehen der menschlichen Seele postulieren. Heute können wir jedoch aufgrund der Fortschritte, die sich aus neurobiologischen Forschungen und den Erkenntniszugewinnen seit Erickson aus den verschiedenen Psychotherapieschulen und auch aus der Hypnoseforschung und anderen Fachdisziplinen ergeben haben, sagen: „*Es ist anzunehmen, dass es eine Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele gibt.*“ (6,25,58)

Die gesuchte Verbindung zwischen Körper und Geist erscheint in folgendem medizinischen Kontext klarer:

Wenn ein Mensch unter dem Einfluss von seelischem Stress steht, kann der psychische Stress zu oxidativem Stress im Zellstoffwechsel führen, wenn nämlich das limbisch-hypothalamische System die Nervenimpulse der seelischen Botschaft in neurohumorale Botenstoffe umwandelt. Diese Botenstoffe können in weiterer Folge den Steroidhormonspiegel beeinflussen und zu Veränderungen (der „*DNA-Transkription*“) auf zellulärer Ebene führen. (58)

Ein Zusammenhang zwischen Psyche, Immunsystem und zentralnervösen Prozessen durch den Einfluss von Hypnose ist mittlerweile gut untersucht. Demzufolge erscheint die Hypnose prädestiniert dafür, bei Erkrankungen, die mit immunologischen Prozessen, Infektionen oder Autoimmunerkrankungen zu tun haben, heilend einzuwirken. Dazu gibt es einige Arbeiten aus der Grundlagenforschung, wo Bongartz und Bongartz 1998 eine zunehmende Leukozytenadhärenz nachweisen. Ruzyla-Smith et al. behandelten 1995 eine Gruppe Probanden zur Stärkung des Immunsystems und konnten nachweisen, dass es mittels Suggestionen zu einer Zunahme der B-Zellen (Lymphozyten) und T-Helfer-Zellen (Lymphozyten), verglichen mit einer unbehandelten Kontrollgruppe kam. (27,80) Kiecolt-Glaser et al. konnten mit Gruzelier et al. 2001 in zwei unabhängigen Studien zeigen, dass es bei hochsuggestiblen Probanden zu einer Modulation der stressbedingten

immunologischen Dysregulation kam sowie zur verringerten Abnahme der NK-Zellen (Natürliche Killerzellen) und CD8-Zellen und die CD4/CD8-Ratio (T-Helferzellen/T-Killerzellen) sich verbesserte. Für diese Studie wurden Humanmedizin- und Zahnmedizinstudenten, die vor Examensprüfungen standen, ausgewählt und kontinuierlichen Blutentnahmen unterzogen. (81,82)

Patienten, die psychosomatisch reagieren, haben sich die Fähigkeit angeeignet, seelische Konflikte und Belastungen in körperliches Unwohlsein umzuwandeln. Ob, und wenn ja, in welchem Ausmaß eine länger anhaltende psychosomatische Störung zu organischen Erkrankungen führt, hängt vom betroffenen Individuum ab. Einfach ausgedrückt:

*„Gedanken und Gefühle beinhalten die Möglichkeit Krankheit zu erzeugen oder Gesundheit zu fördern.“ (58)*

Wie unmittelbar Gedanken und Gefühle, jedoch besonders starke Emotionen wie Zorn, Angst oder Freude, sich als physiologische Auswirkungen messen lassen, zeigen Effekte wie:

*„Erblassen/Erröten der Haut bei Angst/Scham (Vasokonstriktion/Vasodilatation), Tachykardie bei Freude (Beta-1-Rezeptoren), Blutdrucksteigerung bei Zorn (periphere Vasokonstriktion), Atemfrequenzsteigerung bei Aufregung oder Piloarrektion bei freudiger Erregung.“ (83)*

### 2.4.3.1 Symbolik

Das „*Auge des Re*“ aus der altägyptischen Mythologie scheint eine optische Ähnlichkeit mit Hirnrealen rund um den „*Thalamus*“ zu haben, wenn man die dort gelegenen Strukturen mittels Sagittalschnitt darstellt und präpariert. Das Auge des Re wird in der ägyptischen Mythologie dem Himmelsgott Horus zugesprochen, dessen rechtes Auge die Sonne und dessen linkes Auge den Mond symbolisiert. Das rechte Auge von Horus sei das Sonnenaugenauge, oder Auge des Re und das linke Auge, das ikonographisch gespiegelte Mondauge. Dieses ist auch unter dem Namen „*Horusauge*“ bekannt. (84) In der Vatikanstadt befindet sich an einem der drei Vatikanischen Höfe, dem „*Cortile della Pigna*“, eine nahezu vier Meter hohe Bronzestatue in Form eines Pinienzapfens, der sich zuvor im antiken Rom, in der Nähe des „*Pantheons*“ befand (siehe Abb. 7). Die Pinie gilt im Christentum als Lebensbaum und ihre Zapfen, die umgangssprachlich „*Zirbelnüsse*“ genannt werden, stehen in der christlichen Kunst für Symbole der Auferstehung und der Unsterblichkeit. (85) Diese dahinter stehende Symbolik wurde aus den antiken Kulturen der „*Isis*“, des „*Dionysos*“ und der „*Kybele*“ in das Christentum übernommen. Ihren Namen erhielt die Zirbeldrüse, die im „*Epithalamus*“ gelegen ist, durch ihren erstmaligen Beschreiber, den griechischen Arzt und Anatom Galenos von Pergamon, der ihre Lokalisation und zapfenförmige Form in seinen Aufzeichnungen beschrieben hat. (3,64,85,86)



Abbildung 7: Zirbelnuss-Statue im Cortile della Pigna des Vatikan  
[[http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cortile\\_della\\_Pigna\\_-\\_lance\\_mountain.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cortile_della_Pigna_-_lance_mountain.jpg)]

### 2.4.3.2 Das Tor zum Bewusstsein

Auch Descartes machte sich Gedanken um „den Sitz der Seele“ und bestimmte dafür einen Ort, der in der Mitte des Kopfes gelegen ist. Die „Zirbeldrüse“ ist das einzige unpaare Organ in unserem Gehirn, alle anderen Strukturen sind symmetrisch angelegt, außer dem dritten Ventrikel und dem Vermis cerebelli. Weil die Zirbeldrüse zu Descartes Zeit die einzig unpaar identifizierte Struktur im Gehirn war, müsse sie wohl einzigartig sein, so Descartes Annahme:

„Sie könne möglicher Weise als physischer Aufenthaltsort für die Seele dienen und übe dort, mehr als in allen anderen Orten des Körpers, ihre Funktion aus“. (87)

Der Tag-Nacht-Rhythmus bzw. Schlafrhythmus wird vom *Melatonin*, einem Hormon der Zirbeldrüse, gesteuert. Durch Lichtreize ausgelöste Erregungen gelangen auf indirektem Wege über Retina, Sehnerv, Hypothalamus bis zur „*Epiphyse*“, die das Hormon Melatonin bei Dunkelheit vermehrt produziert. Die Epiphyse, auch Zirbeldrüse bzw. Glandula pinealis genannt, wird in vielen Kulturen als „*Tor zum Bewusstsein*“, als Drittes Auge oder als Punkt der Erleuchtung bezeichnet. Soviel dazu, um eine Analogie zum Bild im geschichtlichen Teil hergestellt zu haben. (86)

Als Tor zum Bewusstsein könnte tatsächlich das „*limbisch-hypothalamische System*“ bezeichnet werden, denn es bildet das zentrale Bindeglied zwischen ZNS und anderen informationsverarbeitenden- und steuernden Systemen, indem es die auf neuronalem Wege erhaltene Information in Form von Hormonen weiterleitet, die dann ihrerseits als Botenstoffe Funktionen des Körpers steuern. Hans Seyles lebenslange Forschungen gipfelten in der Theorie, wie psychischer Stress über diese Achse in psychosomatische Störungen umgewandelt wird. (58)

Der Thalamus moduliert ein- und ausgehende Informationen zum Großhirn und wird deshalb als „*Pförtner zum Großhirn*“ bezeichnet. Diese Pförtner-Funktion ist wichtig und man könnte sie als jenen Teil des „*kritischen Bewusstseins*“ bezeichnen, das mittels Hypnose umgangen werden kann. (58)

Erickson hat aufgrund seiner Erfahrung gewusst, dass bei Menschen, die sich in Trance befinden, die Umwandlung von Gedanken zur Handlung oder zum Gefühlseindruck oder zur Vorstellung unmittelbar abläuft, ohne dass sich die intellektuelle Hemmung einschaltet. (58) Wenn bei einer „*Armlevitation*“ der Arm des Hypnotisanden nach oben schwebt, ohne dass dieser das bewusst steuert, dann setzt das Gehirn die vom Hypnosearzt gegebene Suggestion in eine „*ideomotorische Bewegung*“ um. (25)

### **2.4.3.3 Fazit**

Man könnte sagen, der Hypnosearzt übernimmt bei einer Trance einen Teil der Kontroll- bzw. Filterfunktion vom Thalamus des in Trance befindlichen Patienten. Auf diese Weise lässt sich auch Analgesie, in weiterer Folge Anästhesie und Hypnosedierung bei Operationen unter Hypnose durchführen. Das kritische Bewusstsein des Patienten (die Zensur bzw. intellektuelle Hemmung) ist dabei nie zur Gänze ausgeschaltet. Ein Teil der inneren Kontrollinstanz bleibt je nach Trancetiefe aufrechterhalten. Eine Mutter, die in Trance ihr Kind weinen hört, würde daher aus der Trance herausgehen und sich um ihr Kind kümmern. Eine Suggestion, die nicht zum Wertesystem des Hypnotisanden passt, würde dieser auch im Zustand einer Trance nicht annehmen. (56)

Die Verbindung zwischen Körper, Geist und Seele wurde hier bewusst von verschiedenen Standpunkten aus beleuchtet und soll dabei das Verflochtensein einzelner Wissenschaftsdisziplinen miteinander und die verschiedenen Zugangswege zu ein und derselben Thematik zeigen. In Tabelle 2 sind einige Konzepte aufgelistet, die zeigen, dass sich seit mehr als hundert Jahren Ärzte und Forscher aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen Gedanken um die Zusammenhänge einer Körper-Geist-Seele-Kommunikation machen. (58) Viele von ihnen sehen den „*Hypothalamus*“ als zentrales Verbindungsglied innerhalb dieses Kommunikationsprozesses an, so wie es auch die alten Kulturen taten.

Tabelle 2: Informationsumwandlung seelisch-körperlicher Prozesse [(3,27,56,58,88)]

<b>FORSCHER</b>	<b>KONZEPT</b>
Hippolyte Bernheim (1886)	„Ideosensorische und ideomotorische Reflexe verwandeln hypnotische Suggestion in Körperprozesse.“
Hans Seyle (1936)	„Die Umwandlung von Informationen über die Stress-Hormone der Achse - Hypothalamus-Hypophyse-Nebennieren, ist der wichtige Mechanismus bei psychosomatischen Störungen.“
James W. Papez (1937)	„Das seelische Erleben wird durch das limbisch-hypothalamische System und damit verwandten Strukturen in die Psychophysiologie der Gefühle umgewandelt.“
Scharrer & Scharrer (1940)	„Das zentrale Nervensystem kontrolliert die hormonelle Nachrichtenübermittlung des Hormonsystems über den Hypothalamus.“
Moruzzi & Magoun (1949)	„Das ARAS des Hirnstamms wirkt auf das limbisch-hypothalamische System, um Wachheit zu Stimulieren.“
Ernest Hilgard (1949)	„Die Hierarchie, die zwischen verschiedenen kognitiven Kontrollsystemen eines Individuums existiert, wird durch die Hypnose neu zusammengesetzt.“
Black & Mason (1963)	„Hypnose kann psychophysiologische Mechanismen des Immunsystems modulieren.“
Bernhard Weiner (1972)	„Psychosomatische Störungen sind eine Funktion der Seele-Körper-Informationsumsetzung, die das limbisch-hypothalamisch-hypophysäre System miteinbezieht.“
Rolf Adler (1981)	„Untersuchungen auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie zeigen, dass der Hypothalamus die Seele-Körper-Kommunikation mit dem Immunsystem vermittelt.“
Ernest Rossi (1988)	„Das limbisch-hypothalamische System ist das hauptsächliche Zentrum für die Umformung von Psyche-Körper-Informationen das das autonome Nervensystem, das endokrine System und das Immunsystem biologisch aktiviert.“
Judson A. Brewer (2011)	„Das Default-Mode-Network reguliere selbstorganisatorische Prozesse im Gehirn und führe, verstärkt durch Tranceerfahrung zu einer erhöhten gegenwartsbezogenen Aufmerksamkeit.“

## 2.4.4 Das Nocebo - der böse Zwilling des Placebos

*„Jede Krankheit ist heilbar, nicht aber jeder Kranke.“*  
Émile Coué

Mit obiger Aussage wollte Émile Coué, der Begründer der modernen Autosuggestion, ausdrücken, dass die größte Verantwortung für die eigene Gesundheit der Mensch selbst trage.(89) Während seiner Zeit als Apotheker bemerkte Coué, wie wichtig es sei, für jeden seiner Kunden einen positiven Kommentar übrig zu haben und kommunizierte dies u. a. in folgender Weise: *„Dieses Medikament lässt sie bestimmt sehr schnell genesen.“* (89)

Wir wissen heute, dass eine heilsame *„Placebo-Wirkung“* mit dem *„psychosozialen Kontext“* der Behandlung zusammenhängt und von Faktoren wie Erwartungshaltung, Konditionierung, dem Glauben des Patienten an Genesung sowie Auto- oder Fremdsuggestibilität abhängt, um die Wichtigsten zu nennen. (90)

Warum sollten sich Ärzte dieses Wissen, um eine positive Erwartungshaltung nicht zunutze machen, wenn bekannt ist, dass die Erwartungshaltung des Patienten den Verlauf einer Erkrankung günstig beeinflussen kann? Eine oder besser zwei Fragen, die man sich angesichts des sich heute in Veränderung befindlichen Gesundheitsverständnisses in der Medizin und der Bevölkerung stellt, könnte lauten:

*„Wie geht ein Arzt bei Patienten mit negativer Erwartungshaltung vor?“* und: *„Darf ein Arzt mittels hypnotischer Kommunikation den Patienten dahingehend beeinflussen, dass dieser einen besseren Zugang zu seinen eigenen Selbstheilungskräften bekommt?“*

Diese Fragen stellen uns vor ein grundlegendes Problem unserer Gesellschaft. Dabei geht es um komplexe gesundheits- und gesellschaftspolitische Fragen, deren Versuch, diese beantworten zu wollen, hier zu weit führen würde, die aber dennoch angesprochen sein mögen. Wie weit ein Arzt in seinem Handlungsspielraum *„Einfluss“* auf den Patienten *„nimmt“* – *„nehmen soll“* – *„nehmen darf“*, ist ein zurzeit *„noch“* wenig diskutiertes Thema. Doch in dem Maße, wie Ärzte ihr eigenes Gesundheitsverständnis verändern, wirkt sich eine solche Veränderung mit der Zeit auch auf die Patienten aus.

Eine Veränderung, die in den letzten zwanzig Jahren in vielen Bereichen des öffentlichen und privaten Lebens und auch in der Medizin Einzug gefunden hat, ist: „*Das Abgeben von Verantwortung.*“ Durch Individualisierungsprozesse sind wir heute in der Lage, für nahezu jedes Problem einen Spezialisten zu finden, der bei der Problemlösung hilft. Eine Entwicklung, deren zwei Seiten auch kritisch betrachtet werden sollen. Einerseits ist es für die Gesellschaft und den Einzelnen von Vorteil, professionelle rasche Hilfeleistung in Anspruch nehmen zu können. Andererseits stellt sich die Frage, wie weit dadurch das Entwicklungspotenzial des Einzelnen beschnitten wird, weil dieser es nicht mehr nötig hat, seine Fähigkeiten zur Gesundheitserhaltung voll auszuschöpfen. Im gesundheitlichen Bereich tauchen für „den Einzelnen“ dabei Fragen auf wie:

„*Dem Immunsystem eine Chance geben, oder doch lieber zu schnell wirksamen Antibiotika greifen? In den Körper hineinhorchen oder gleich den Arzt rufen? Sport machen, oder lieber Antidiabetika und Cholesterinsenker einnehmen? Oder sollte man einfach die schlechten Lebensgewohnheiten beibehalten und dafür weiterhin Antidepressiva schlucken, damit es halbwegs geht?*“

Vor dem Spiegel solcher Gegensätze ist es vielleicht wirklich an der Zeit, zu überlegen, ob nicht wieder damit begonnen werden sollte, jenes Potenzial zu nutzen, das in unseren Genen steckt, das die Menschheit hunderttausende Jahre hat überleben lassen. Möglicherweise ließe sich dieses Wissen um die eigenen Fähigkeiten mit dem Fortschritt in der modernen Medizin gut kombinieren. Doch das Ideal vom eigenverantwortlichen gesundheitsbewussten Patienten wird vermutlich noch einige Jahre Fiktion bleiben. Coués Ansatz, den dieser schon vor über hundert Jahren in „*der Macht der Autosuggestion*“ erkannte, könnte umgelegt auf die moderne Medizin folgendes bewirken: Einen Denkprozess anregen, bei dem wir uns fragen, welchen Einfluss die Wahl unserer Worte auf Phänomene wie „*Placebo-*“, oder „*Nocebo-Effekt*“ hat? Welchen Einfluss haben unsere Worte letztendlich als Beitrag auf das Gesamtergebnis „*Heilung*“, im palliativmedizinischen Bereich auf das Ergebnis „*Linderung*“? Wir wissen, dass durch Sensibilisierung unseres eigenen Verhaltens und Hinterfragen von Werten ein Menschenbild geschaffen wird, ein Menschenbild, das unsere Medizin heute dringend braucht. (91)

Da der Nocebo-Effekt nicht so großen Bekanntheitsgrad erfährt wie sein Zwillingsbruder, wird an dieser Stelle eine kurze Einführung gegeben. Entdeckt wurde der Nocebo-Effekt durch die Gabe von wirkstofffreien Präparaten, sogenannten Placebos und dabei wurden krankmachende Auswirkungen beobachtet. Wörtlich bedeutet Nocebo „*Ich werde schaden*“. Im medizinischen Sprachgebrauch werden dem Nocebo im weiteren Sinn all jene krank machenden Auswirkungen zugeschrieben, die ohne naturwissenschaftlichen Nachweis einer spezifischen Wirkung eine Negativreaktion bewirken können. (92) Problematisch wird dies im medizinischen Kontext, wenn in Aufklärungsgesprächen „*zu gründlich*“ aufgeklärt wird. Wird jede Nebenwirkung eines Medikamentes oder einer Behandlung bis in das kleinste Detail zerredet und dabei vergessen, auf positive Aspekte, wie Linderung und Heilung, einzugehen, konditioniert man den Patienten in Richtung Nocebo. (93) Nocebowirkungen können durch Medikamente ausgelöst werden und ebenso durch eine unbedachte Äußerung oder eine Negativsuggestion oder eine falsch platzierte Vermutung.

#### **2.4.4.1 Beispiel Placebowirkung**

Während der wöchentlich stattfindenden Chefvisite wandte sich der Leitende halb seinen Kollegen, halb dem Patienten zu und sagte: „*Moribund*“. Den betreffenden Patienten lächelte er dabei an und nickte wohlwollend mit dem Kopf. Der Patient, der die Bedeutung des Wortes nicht verstand und nicht wusste, ob er überleben würde, deutete die Aussage des leitenden Arztes als positiv und genes (Spontanheilung) wider Erwarten. (13)

Dieses Beispiel ist einer umgekehrten Nocebowirkung zuzuschreiben, also einer Placebowirkung bzw. Spontanremission und soll darauf aufmerksam machen, dass kein Arzt das Recht hat, einem Patienten zu sagen: „*Sie werden sterben.*“ Statistiken, aus denen Prognosen errechnet werden, sollten taktvoll in ein ärztliches Gespräch mit aufgenommen werden. Es ist durchaus möglich, Aufklärung so zu betreiben, dass die Informationsweitergabe in neutraler Form erfolgt. Ein Sprichwort lautet:

„*Man kann jemanden die Wahrheit auf dem silbernen Tablett servieren, oder sie ihm wie mit einem nassen Lappen um die Ohren schlagen.*“

Der leitende Arzt in diesem Beispiel hat eine perfekte Gratwanderung mit seiner Kommunikation betrieben, indem er mit einem Fachbegriff seinen Kollegen die nötige Information zukommen ließ und mit seiner Mimik und Gestik das Beste zum Ausdruck brachte, was er für seinen Patienten in dieser Situation tun konnte.

Doch nun einem ungewöhnlichen Beispiel für einen Nocebo-Effekt mit fataler Wirkung:

Ein Eingeborener in Zentralaustralien kann mittels „*Zeigeknochen*“, in Verbindung mit speziellen Riten innerhalb von wenigen Stunden sterben. Dies ist bestimmt eine der extremsten Formen von „*Tod durch Psychologie*“. Eine anerzogene Erwartungshaltung der Stammesmitglieder bewirkt durch eine Fremdsuggestion, die als Selbstsuggestion ihre Wirkung entfaltet, dass beim Anblick des Zeigeknochens das Stammesmitglied innerhalb weniger Stunden tatsächlich stirbt. (94)

Auf zellulärer Ebene kennen wir den programmierten Zelltod („*Apoptose*“), wo zugunsten des Zellverbandes eine bestimmte Zelle ausscheidet. In manchen archaischen Gesellschaften hat sich dieses für uns unmenschlich anmutende Sozialphänomen entwickelt, das zeigt, welche Macht in der Autosuggestion liegt.

## 2.5 Modelling

„Sie können es, weil sie glauben, dass sie es können.“  
Vergil

Um ein Gefühl dafür zu bekommen, was Modelling eigentlich bedeutet, wird an dieser Stelle ein Absatz eingefügt, der im Kapitel „Meta-Modell“ bereits vorgekommen ist: „Durch die Art der Kommunikation, wie sie das Meta-Modell beschreibt, erweitert man die eigene Erfahrungs- bzw. Erlebenswelt. Das „Wie erlebst du das“ eröffnet neue Möglichkeiten und erfährt dadurch eine andere Bedeutung für den Fragenden. Durch das Gewinnen von Einblick in die Welt des Patienten, wird auch die Welt des Arztes bereichert. Die Erfahrung, die ein Arzt im Umgang mit seinen Patienten auf diese Weise sammeln kann, ist für die weitere Behandlung seiner Patienten von unschätzbarem Wert.“

Seit der Kindheit lernt jeder Mensch mehr oder weniger bewusst, durch Nachahmung, die Welt Schritt für Schritt zu verstehen. Während Menschen aufwachsen, bringen sie sich das Laufen und Sprechen bei, indem sie es sich von anderen Menschen abschauen. Sogar das Schreiben und Lesen dieser Arbeit ist eine Art Modellierungs-Prozess, weil man deren Inhalte aufnehmen und überdenken und später dem eigenen Denken anpassen muss. Die ursprüngliche Art, etwas zu erlernen, ist also eine Form von Modelling.



Abbildung 8: Nachahmung [<https://www.facebook.com/kune20>]

Der kleine Mann ganz links in Abb. 8 möchte genau so sein wie sein Vater, deshalb braucht auch er einen Rasenmäher. Ein praktizierender Buddhist übt jahrzehntelang die richtige Haltung im „Lotositz“ (klassische Sitzhaltung im Yoga), um dadurch Buddha ein Stück näher zu sein. (95) Wenn man diese ursprüngliche Form des „Lernens durch Nachahmung“ betrachtet, dann stellt sich die Frage: „Welche Nachahmer sind am erfolgreichsten und warum?“ Vermutlich sind diejenigen am erfolgreichsten, die die

besten Vorbilder zum Abschauen benutzen und denen die Umsetzung am besten gelingt. Genau dieses Prinzip hat sich das Modelling zunutze gemacht:

*„Lernen anhand der am besten erprobten Strategien.“*

### **2.5.1.1 Versuch einer Definition**

*„Modellieren beinhaltet das Studieren von Höchstleistungen einer bestimmten Person, insbesondere von erfolgreicher Kommunikation und Modellieren ist das Verfahren, wodurch eine andere Person diese Höchstleistungen durchschaubar und nachvollziehbar erlernen und umsetzen kann.“ (49,63)*

*„Welches sind die Muster erfolgreicher Menschen? Wie erzielen Sie ihre Ergebnisse? Was machen sie im Unterschied zu Menschen, die nicht so erfolgreich sind? Worin liegen die Unterschiede die den Unterschied ausmachen?“* Durch das Stellen und nachfolgende Beantworten solcher Fragen sind die Grundannahmen des NLP, wie auch sämtliche Techniken und Fertigkeiten, entstanden. (49,61) Als erste haben sich Bandler und Grinder diese Fragen im Zusammenhang mit dem Modellierungsprozess gestellt. Weiterentwickelt wurden ihre Techniken von vielen ihrer nachkommenden Schüler.

In der Medizin könnte eine verkürzte Form des Modelllernens vom Arzt an den Patienten weitergegeben werden. Dem Arzt als Spezialist für die Gesundheit ist es möglich, eine genaue Anleitung zu geben *„wie, was, in welcher Form“* vom Patienten umgesetzt werden kann. Der Modellierungsprozess selbst geht leicht vonstatten. Er setzt zuerst eine Verbindung auf der Beziehungsebene mit der zu modellierenden Person voraus und beschreibt im Wesentlichen nachfolgende drei Phasen: (49)

1. Damit man die erste Phase des Modellierens erfolgreich abschließen kann, ist es nötig, „*in die Haut des Anderen*“ zu schlüpfen, seine Verhaltensweisen zu übernehmen, sich seinem Denken anzugleichen und zwar so lange, bis man in etwa die gleichen Ergebnisse erzielt wie der Andere, den man modellieren möchte.
2. In Phase zwei werden systematisch einzelne Elemente des Modellverhaltens ausgelassen, um zu erkennen, was den Unterschied ausmacht. Elemente, die keinen großen Unterschied machen, können weggelassen werden. Weggelassene Elemente, die einen großen Unterschied ausmachen, sind ein wesentlicher Teil des Modells und somit essentiell für den Modellierungsprozess.
3. Bevor man zur dritten Phase übergeht, überdenkt und verbessert man das Modell. Die letzte Phase besteht darin, einen Weg zu finden, wie man die erlernten Fähigkeiten anderen Menschen beibringt, sodass diese in der Lage sind, dieselben Ergebnisse zu erzielen. (49)

Auf die Medizin umgelegt kann dies bedeuten, dass Ärzte, durch das „*in die Haut des Anderen schlüpfen*“, jene Art von Einfühlungsvermögen entwickeln, die Patienten brauchen, um besser genesen zu können. Es ist eine Mischung aus Verständnis, Vertrauen und Angenommensein, die einem Patienten die Genesung erleichtert. Weiter bedeutet es, sich mit den ständigen Veränderungen innerhalb der Medizin in einer Form auseinanderzusetzen, die auch ein nachhaltiges Lernen am und vom Patienten mit einschließt.

*"Urteile nie über einen anderen, bevor Du nicht einen Mond lang in seinen Mokassins  
gegangen bist"*  
(Indianische Redensart)

Eine der größten Herausforderungen für Menschen in unserem Kulturkreis ist es, die Möglichkeit des „*sich Einlassens*“ auf den Anderen überhaupt in Betracht zu ziehen, weil wir in unserer Gesellschaft zu Einzelkämpfern herangezogen wurden. Das Bild vom Individuum, das nach Selbstverwirklichung strebt, hat in Teilen unserer Gesellschaft eine Form von „*Egozentrik*“ angenommen, die davon ausgeht, dass der subjektiven Sichtweise ein objektiver Status zugesprochen wird. Dies zeigt sich u. a. anhand der Entwicklung von zunehmenden Alleinerzieherinnen oder in der Form, wie unsere Gesellschaft ihre Alten

versorgt oder darin, wie der Einfluss von Gewerkschaften seit den 1990er Jahren kontinuierlich abnahm. Wo vor ein bis zwei Generationen noch Familienverbände die Funktion von Sozialisation und Altenversorgung getragen haben, greift aufgrund des zunehmenden Verlustes eines „*Wir-Bewusstseins*“ und auch aufgrund wirtschaftlicher Interessen inzwischen eine staatliche Regulierung. Was Migrantenfamilien mit mehr als 5 Kindern, die sich in Österreich niedergelassen haben, heute nicht abgesprochen werden kann, ist, dass deren ursprüngliche Familienstrukturen noch Bestand haben - gut funktionieren – das *Wir-Bewusstsein* dort viel stärker ausgeprägt ist als in der österreichischen Durchschnittsfamilie.

Beim „*sich Einlassen*“ auf den Anderen ist häufig auch die „*Angst vor Ablehnung*“ und die „*Angst vor Veränderung*“ das, was Menschen zurückhält, diesen Schritt zu wagen. Damit vergibt man sich jedoch auch die Chance, von Anderen zu lernen und sich selbst weiterzuentwickeln.

## 2.6 Hypnose

*"Bewusstes Kommunizieren zwischen Menschen setzt voraus,  
dass sie das Unbewusste miteinander gemein haben."  
Pierre Bourdieu (Sozialer Sinn)*

Bis heute gibt es keine einheitliche international anerkannte Definition von Trance und Hypnose und auch keine gesicherte wissenschaftliche Theorie, die Trance- und Hypnosephänomene einheitlich erklären könnte. Vielmehr gibt es unterschiedliche Definitionsversuche und Erklärungsmodelle, ausgehend von den verschiedenen psychologischen Schulrichtungen, die einander oft stark widersprechen. (96)

So verstehen Psychoanalytiker unter Hypnose einen Rückfall des Bewusstseins auf eine frühere Ebene der psychischen Entwicklung. Für Verhaltenstherapeuten sind Trance und Hypnose das Ergebnis von konditioniertem Lernen. Nach der „*Split-Brain-Theorie*“ (Hemisphärentheorie), für die der Neurobiologe Roger Sperry 1981 den „*Nobelpreis für Physiologie oder Medizin*“ erhielt, spricht Hypnose die rechte Hirnhälfte an, während die Linke außer Kraft gesetzt wird. Diese Ansicht gilt heute als überholt. Nach spirituellen Sichtweisen stellt „*das Medium*“ (die in Trance befindliche Person) den Kontakt zu einer immateriellen Welt her und im Schamanismus nimmt der Schamane in Trance Kontakt zur Geisterwelt auf. (96)

So haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Zugangswege zu ein und demselben Phänomen herauskristallisiert, die in diesem Kapitel unter dem Begriff Hypnose zusammengefasst werden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass innerhalb der Hypnoseforschung der Zustand der Trance und der Terminus Hypnose in sich oft widersprechenden Erklärungsmodellen anzutreffen sind. Während einige Autoren den Begriff „*Dissoziation*“ in den Vordergrund stellen, sieht die Schule nach Milton H. Erickson in der Hypnose eine Möglichkeit, ein ungeahntes Potenzial zu nutzen, um Heilung bewirken zu können. Dabei genügt es den Schülern Ericksons, die Phänomene zu beschreiben und die Technik für immer neue Anwendungen weiterzuentwickeln. Eine dogmatische Theorie oder klare Definition dieser Phänomene halten sie nicht für zielführend.

Bevor im nächsten Absatz einige Definitionsversuche von Hypnose und Trance vorgestellt werden, wird darauf hingewiesen, dass es für ein tiefgreifendes Verstehen von Hypnose und Trancezuständen nötig ist, diese selbst zu erleben. Eine sehr gute Möglichkeit dazu bietet das „*Museum der Wahrnehmung*“ in Graz an, wo man abgeschirmt von visuellen und akustischen Störungen im „*Samadhi-Bad*“ auf eine andere Art und Weise eintauchen kann in die individuelle Welt der Wahrnehmung. Durch Deprivation und dem Gefühl der Schwerelosigkeit, das sich einstellt, kann man in einem Floating-Tank ähnliche Bewusstseinsenerfahrungen machen, wie bei sehr langem Meditieren. (96,97)

Die DGÄHAT (Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training) diskutierte im Rahmen ihrer Leitlinienentwicklung nachfolgende Definition von Hypnose:

*„Unter Hypnose wird im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich die zweckgerichtete, systematische Verwendung direkter und indirekter fremdsuggestiver Techniken zur Erreichung eines heilsamen und ressourcenaktivierenden, temporär veränderten Bewusstseinszustandes verstanden.“ (98)*

Eine interessante und nicht so klobige Definition von Hypnose wurde vom „*U.S. Department of Education*“ herausgegeben:

*“Hypnosis is the bypass of the critical factor of the conscious mind and the establishment of acceptable selective thinking.”*

*Frei übersetzt bedeutet das in etwa:*

*“Durch Hypnose werden solche Sichtweisen ins Unterbewusste eingebracht, die für den Hypnotisanden akzeptabel sind.“ (28,29)*

Um die amerikanische Version besser verstehen zu können, wird kurz auf die Semantik ihrer Definition eingegangen. Beim Verfassen dieses Erklärungsversuches ist die amerikanische Regierungsbehörde und deren wissenschaftliche Berater von drei Arten des Denkens ausgegangen (siehe Abb. 9) (29)

Erstens vom „*Unbewussten Denken*“ – „*Unconscious-Mind*“, welches alle Körperfunktionen wie Atmung, Herzschlag oder Verdauung kontrolliere. Zweitens vom „*Unterbewussten Denken*“ – „*Subconscious-Mind*“, das aufgrund von automatisch ablaufenden Mustern unser Leben beeinflusse. Ein Beispiel dafür wäre der Raucher, der nach dem Essen oder zum Kaffee ohne bewusstes Nachdenken das Verlangen nach einer

Zigarette verspürt. Die dritte Art des Denkens, das „*Bewussten Denken*“ – „*Conscious-Mind*“, umfasst alle gegenwärtigen Bewusstseinsinhalte und erfüllt dabei eine kritisch-analytische Funktion, welche Inhalte abgewehrt und welche angenommen werden dürfen. Die beratenden Hypnoseforscher gingen davon aus, dass im Trancezustand die „*kritisch-analytische Funktion*“ des bewussten Denkens herabgesetzt ist und in diesem besonderen Zustand zur Persönlichkeitsstruktur passende oder gewünschte Inhalte direkt angenommen oder auch abgelehnt werden können, ohne die „*Zensur*“ zu durchlaufen. Dies schafft die Möglichkeit, unerwünschte automatisch ablaufende Muster konstruktiv zu beeinflussen. Diese „*kritische Barriere*“ bzw. das Umgehen der Zensur mit den drei Arten des Denkens ist in Abb. 9 veranschaulicht. (29,99)

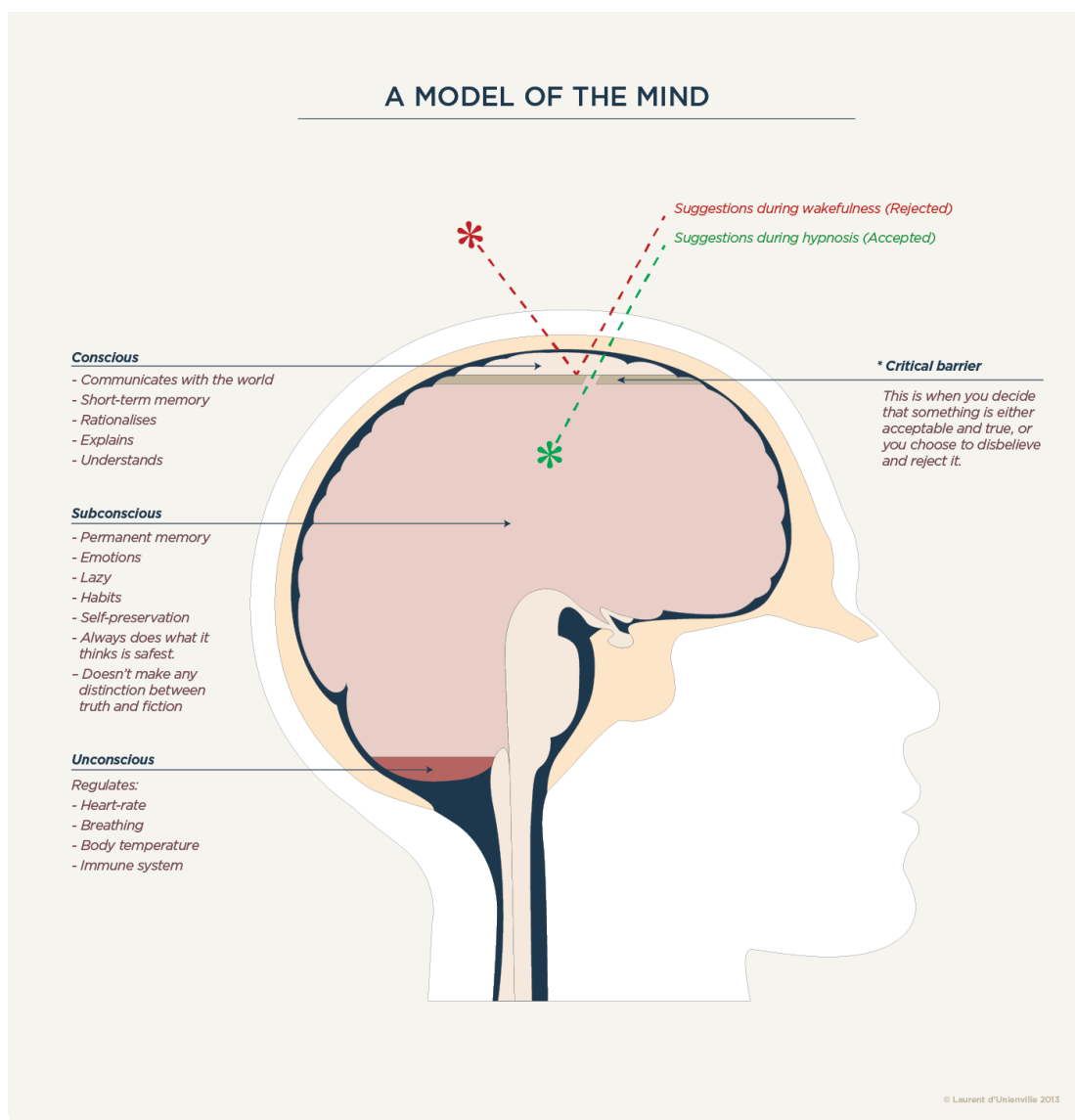


Abbildung 9: Model of the mind  
[\[http://laurentdunienville.files.wordpress.com/2013/04/webdiagrams\\_model.png\]](http://laurentdunienville.files.wordpress.com/2013/04/webdiagrams_model.png)

Wenn Erickson vom „*Unbewussten*“ sprach, so legte er keine Trennung zwischen einem „*somatischen Unbewussten*“ und einem „*mentalen Unterbewussten*“ fest. Eine solche Trennung erscheint nach der Schule Ericksons auch nicht notwendig, weil „*das Unbewusste*“, wie Erickson es bezeichnete, als Sitz „*aller*“ Fähigkeiten und Ressourcen betrachtet werden kann.

Eine kurze Beschreibung, die den Zustand der Trance in einer Fremdhypnose treffend auf den Punkt bringt, wäre: „*Fokussierte Aufmerksamkeit*“, das Lenken der Aufmerksamkeit auf die Worte des Hypnosearztes, auf z. B. Körpervorgänge und das Spüren derselben und im Weiteren auf innere Bilder und inneres Erleben des Hypnotisanden.

Beim konventionellen Einsatz der Hypnose, die dann meist im Rahmen einer Hypnosetherapie stattfindet, leitet der Therapeut eine Trance ein und erhält diesen Zustand für die Dauer der Hypnose aufrecht. Hypnotische Kommunikation kann auch ohne formelle Tranceeinleitung im Rahmen der ärztlichen Praxis verwendet werden, um bestimmte Situationen und Prozesse im medizinischen Alltag zu verbessern. (3)

Auf den veränderten Bewusstseinszustand während der Hypnose, den Trancezustand, wurde bereits mehrfach eingegangen. Er ist durch subjektive Veränderungen und beobachtbare objektive physiologische Reaktionen des Hypnotisanden gekennzeichnet und kann als ein natürlicher, vorübergehend eingegrenzter Zustand im Sinne eines „*fokussiert seins*“ auf eine Sache angesehen werden, wobei der Zustand der Trance in diesem Punkt auch variieren kann, abhängig von der Tranceerfahrung der jeweiligen Person und dem Ziel, das eine Hypnose verfolgt. (96)

Zu den subjektiv wahrgenommenen Veränderungen in Trance zählen eine veränderte Körperwahrnehmung, Wärmegefühl (Vasodilatation) oder Kältegefühl (Vasokonstriktion), Parästhesie, Schläfrigkeit, Zunahme der Imaginationskraft, veränderte Zeitwahrnehmung, hypnotische Regression oder die Veränderung des logischen Denkens (*Trancelogik*). Unter Trancelogik versteht man eine Toleranz gegenüber logischen Widersprüchen.(12) Zu den messbaren bzw. beobachtbaren physiologischen Reaktionen zählen Auswirkungen auf das Autonome Nervensystem, wie eine Veränderung der Atemfrequenz, veränderter Herzschlag unwillkürliches Zucken, „*Borborygmi*“ (verstärkte Darmgeräusche) oder Veränderung von Körpertemperatur und Blutdruck. Hirnphysiologische Veränderungen

mit einer Zunahme der Alpha- bzw. Theta-Aktivität kann man indirekt im EEG ablesen und direkt anhand von „Lidflattern“ oder „Bulbigleiten“ (Rollen der Augäpfel bei geschlossenen Lidern) beobachten. Lidflattern und Bulbigleiten zählen zu den sicheren Trancezeichen, da sie nicht gespielt werden können und dienen dem Arzt neben weiteren Reaktionen als Anhaltspunkt für die Trancetiefe, in der sich der Patient befindet. (3)

Weitere messbare Veränderungen im Zustand einer Trance sind Veränderungen der Aktivität im PET, hypnotische Analgesie und Anästhesie oder Synchronisation beider Gehirnhälften im EEG, die erkennbar ist durch eine symmetrische Gleichverteilung der Ableitungen. (3)

## 2.6.1 Hypnosestudien

Analgesie und Anästhesie unter Hypnose lassen sich in erster Linie nicht durch eine Wirkung des „*Opiat-Endorphin-Systems*“ erklären bzw. auf einen veränderten Endorphinspiegel oder ausschließliche körpereigene Opioidwirkung zurückführen. Zu diesem Ergebnis kam die IASP (International Association for the Study of Pain), die einen Artikel dazu 1991 im „*Journal of Pain*“ veröffentlichte. (9) Die genauen Mechanismen der Schmerzausschaltung im Zustand der Trance werden noch erforscht, wobei hier vor allem die Signaltransduktion, die Neurotransmitterausschüttung und die damit verbundene Neuromodulation wichtige Anhaltspunkte geben, denn diese Mechanismen sind unter anderem mittels Hypnose beeinflussbar, so eine Schmerzstudie aus dem Jahre 2006.(3,12,100)

Regelmäßiges Meditieren und veränderte Bewusstseinszustände, wie sie in Trance bei der Hypnose auftreten, würden sich positiv auf die Gesundheit auswirken, sagt Judson A. Brewer aus Yale, der mittels bildgebender Verfahren das DMN („*Default-Mode-Network*“) untersucht. Unter Default-Mode-Network versteht man ein Bewusstseinsnetzwerk, das aus einer Gruppe von Hirnregionen besteht, die beim „*Nichtstun*“ aktiv werden und von denen man annimmt, dass sie selbstorganisatorische Prozesse im Gehirn regulieren. Aufgrund von vermehrten Meditations- und auch Tranceerfahrungen sagt Brewer, wird durch den „*DMN-Modus*“ vermehrt die gegenwartsbezogene Aufmerksamkeit gefördert und dabei kommt es zu einer nachhaltigen Erweiterung des Bewusstseins. Man erklärt sich dies mit einer zunehmenden Gelassenheit, die sich der Mensch aufgrund von Meditations- oder Tranceerfahrungen aneignet und in

Folge stehen im Alltagsbewusstsein mehr Handlungsalternativen zur Verfügung, so die Annahme. (88,95,101)

Zu den zum DMN zählenden Gehirnregionen gehören: „*Präfrontaler Cortex, Praecuneus, posteriores Cingulum, Hyppocampus und der Lobus parietalis superior.*“ Die erstmalige Benennung als DNM erfolgte durch Raichle et al. Den Netzwerkcharakter haben im Jahre 2003 Greicius et al. bewiesen, indem sie nachgewiesen haben, dass die beteiligten Strukturen durch ihre intrinsische Aktivität funktionell miteinander verschaltet sind. (101)

## 2.6.2 Einsatzmöglichkeiten der Hypnose

Subjektive und physiologische Veränderungen treten nicht nur bei Hypnose auf, sondern auch überall dort, wo es zu Tranceerleben kommt wie beim Mentaltraining, dem Autogenem Training, der Meditation, dem katathymen Bilderleben oder beim Tagträumen. Allerdings werden die Möglichkeiten, die diese Veränderungen für eine medizinische Behandlung bieten, in keinem anderen Verfahren so gut genutzt, wie bei der Hypnose. (12) Das Einsatzgebiet der Hypnose ist also vielfältig, sodass sie als schmerztherapeutisches Verfahren in der Zahnmedizin, in der Anästhesie, aber auch in Notfallsituationen und chirurgischen Fächern gezielt eingesetzt werden kann. Als psychotherapeutisches Verfahren oder bei der Behandlung von Suchtkrankheiten, Depressionen oder Angststörungen, wie sie im psychiatrischen Bereich vorkommen, hat die Hypnose eine lange Tradition. (3,94)

Bevor der Arzt eine formelle Hypnose durchführt, sollte er anhand einer gründlichen Anamnese auch mögliche „*Kontraindikationen*“ ausgeschlossen haben. Zu den Kontraindikationen gehören ein akutes paranoid-halluzinatorisches Syndrom jeglicher Genese, sowie der Einfluss von psychotropen Substanzen, ebenso Psychosen des schizophrenen Formenkreises und Persönlichkeitsstörungen mit Depersonalisations- oder Derealisationserlebnissen. Auch die Major-Episode einer Depression mit psychotischem Erleben und eine manifeste Phase einer Bipolaren Störung und eine fortgeschrittene Demenz oder die Ablehnung des Patienten gegenüber Hypnose gehören zu den Kontraindikationen. Von einer Hypnose abgesehen werden sollte auch unmittelbar nach einem schweren traumatischen Ereignis (z. B. Vergewaltigung oder Unfall). Einschränkungen ergeben sich auch bei kognitiver Beeinträchtigung (z. B. nach Apoplexia

cerebri oder SHT (Schädel-Hirn-Trauma) oder schwerer Intelligenzminderung. Auch wenn eine Trance nur für eine Sedierung oder Analgesie zum Zweck eines diagnostischen oder therapeutischen Eingriffes eingeleitet wird, sollte eine klare und „*realistische Zielformulierung*“ vom „*Patienten*“ getroffen werden. Bei einer Herzkatheter-Untersuchung könnte ein solches Beispiel lauten: „*Ich möchte mich während des Eingriffes sicher und entspannt fühlen.*“ (27)

### 2.6.3 Hypnotische Kommunikation im ärztlichen Alltag

Hypnotische Kommunikation im ärztlichen Alltag beschäftigt sich mit Fragen zu: „*Compliance, Angst vor Eingriffen, Umgang mit Schmerzen oder Patientenaufklärung.*“ Ihre Anwendung setzt Kenntnisse aus der Psychosomatik, Modelldenken der Psychologie und Kenntnisse von NLP und Ericksons Technik der Tranceführung voraus. (45)

Da jegliche Kommunikation Ziele auf unterschiedlichen Ebenen verfolgt, muss der anwendende Arzt die Fähigkeit entwickeln, jene Ebenen des Patienten zu erkennen, wo die Probleme liegen. Dies schließt nach dem Bio-Psycho-Sozialen-Modell sämtliche Ebenen mit ein. Hier tun sich ethische Fragen auf, wobei sich das Maß der Einsetzbarkeit von hypnotischer Kommunikation nach dem Willen des Patienten und dem persönlichen bzw. medizinischen Nutzen, der dem Patienten dadurch zugute kommt, richten soll.

Das heißt, hypnotische Kommunikation erfordert in hohem Maße Verantwortlichkeit, da sie gleichermaßen den aktiven Einsatz von z. B. Placebowirkung nutzt wie den aktuellen medizinischen Wissensstand. Das Einsetzen dieser Techniken erscheint vor allem dann gerechtfertigt, wenn die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten erreicht sind oder ihr Einsatz klare Vorteile für den Patienten mit sich bringt, die ohne gezielte Einflussnahme nicht zu erreichen wären. (7)

## 2.6.4 Hypnotische Phänomene

Hypnotische Phänomene sind als Affekte, Kognitionen, Handlungen, Empfindungen oder physiologische Prozesse bekannt, die fremd- oder autosuggestiv erzeugt sind und zum größten Teil unwillkürlich auftreten. Zu ihnen gehören motorisch-kinästhetische, sensorisch-affektive und kognitive Phänomene wie z. B. Katalepsie, Halluzination, Illusion, Levitation, Altersregression oder der posthypnotische Auftrag. Der Unterschied zu psychopathologischen Phänomenen ist, dass hypnotische Phänomene „kommunikabel“ sind, das es also möglich ist, sie via Kommunikation zu beeinflussen. (12)

Bei der Schmerzbehandlung versteht man die hypnotische Analgesie als eine negative sensorisch-affektive Illusion, die durch Eigen- oder Fremdsuggestion erzeugt werden kann, jedoch nur deshalb, weil sich das ganze Phänomen „innerhalb“ des „Kommunikationsraumes“ einer Person abspielt. Im Gegensatz dazu, kann eine somatoforme Schmerzstörung verstanden werden als ein sensorisch-affektives Phänomen, das sich „außerhalb“ des Kommunikationsraumes einer Person befindet, wodurch kein Kontakt mehr zum Schmerzgeschehen möglich ist. In der hypnotischen Schmerztherapie stellt man den Kontakt und die Kommunikation zu unwillkürlichen Phänomenen her, sodass der Patient in die Lage versetzt wird, seine Schmerzen besser kontrollieren zu können. (12,27)

Sehr viele Laien sehen die „Dissoziation“ als ein Hypnosephänomen an, das während einer Trance auftritt. Die Fähigkeit zur Dissoziation wird inzwischen als menschliche Leistung angesehen, die als Reaktion auf Belastungsereignisse auftritt und die man als treffendere Bezeichnung „Strategischen Abwehrmechanismus“ nennen müsste. Solche dissoziativen Phänomene, die im Alltag auftreten und zu keinen strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit führen, sind:

*„Alle Zustände hoher Konzentration, leichte Trance-Phänomene in Verbindung mit Kreativität, Tagträume, Gedankenschweiften oder Entfremdungsgefühle bei Erschöpfungszuständen, um einige zu nennen.“*

Hochgradig belastende Erlebnisse, die nicht integriert und als Ich-Zustände abgespalten werden, sind als „*psychopathologische Phänomene*“ anzusehen, in denen sich der Mensch auch in einer Art Trance und in Dissoziation befinden kann. Solche Phänomene treten z. B. bei/nach traumatischen Erfahrungen auf und werden als „*Detachment*“ beschrieben, einhergehend mit einem Gefühl der Depersonalisation und/oder Derealisation. Bei solchen veränderten Zuständen geht das natürliche Persönlichkeitsgefühl verloren, was eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur nach sich zieht. (6)

Auch aus der Tierwelt sind Trancephänomene wie die „*Schreckstarre*“ bekannt, wenn z. B. ein Beutetier von einem Fressfeind in eine ausweglose Situation gebracht wird. Eine solche Situation tritt auch beim Menschen ein, wenn keine Handlungsalternative vorhanden ist oder auf kein bekanntes Muster zurückgegriffen werden kann. Ein Beispiel dazu wäre das Trancephänomen der „*Armkatalepsie*“ bei der „*Handshake-Induktion*“. Durch das Unterbrechen eines tausendfach durchgeführten Musters (Händeschütteln), entsteht eine Art Schockstarre, wobei Konfusion ausgelöst wird und der Arm für mindestens 0,7 Sekunden in der vom Hypnotiseur gebrachten Stellung bleibt. Diese Induktion verursacht kurzfristig einen leichten Trancezustand. Diesen muss der Hypnotiseur durch Suggestionen verstärken wie folgende: „*Dein Arm bleibt fest und steif, fest und steif in dieser Position.*“ Wichtig dabei ist das Timing, weil der Hypnotiseur den größten Erfolg hat, wenn er jenes kurze Zeitfenster für seine Suggestionen nutzt, in dem der Patient noch durch die Konfusion ungeschützt vor Fremdsuggestionen ist. In diesen 0,7 Sekunden ist der kritische Teil des Bewusstseins besonders durchlässig für Suggestionen, die, wenn sie gezielt eingesetzt werden innerhalb sehr kurzer Zeit, in einen mitteltiefen bis tiefen Trancezustand führen können. Diese Art der Induktion wurde von Milton Erickson so oft und erfolgreich angewendet, dass Menschen, die ihn kannten, ihm nicht mehr die Hand geben wollten. Die Handshake-Induktion wird im Kapitel 2.12 vorgestellt. (22)

## 2.6.5 Einige Beispiele für den medizinischen Gebrauch von Hypnose

### 2.6.5.1 Beispiel zu Veränderungsarbeit bei chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen sind bei Patienten häufig mit Angstzuständen und depressiven Zustandsbildern assoziiert, die bei der Anamnese und auch mittels DGSS-Fragebogen (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) oder anderen Werkzeugen aus der Schmerzanamnese erhoben werden können. Auf die Methoden der Schmerzerhebung wird hier nicht explizit eingegangen, wohl aber auf die „*Ebenen des Schmerzerlebens*“, um eine Entscheidungsfindung zu ermöglichen, wann welche Technik für den Patienten die Beste ist. (12)

Chronische Schmerzen können erstens auf einer „*subjektiv-verbale*“ Ebene ablaufen. Diese Ebene beinhaltet Schmerzäußerungen wie Klagen oder Stöhnen und auch das, was der Patient kognitiv mit dem Schmerz verbindet, wie z. B. Erwartungen, Überzeugungen und Bewertung der Schmerzen. In diese Ebene gehört auch noch die mit dem Schmerz verbundene Emotion wie Angst oder Trauer (Depressivität). Für den Arzt und für den Patienten ist meist diese Ebene sehr wichtig, weil der Arzt hier oft erkennt, wo er ansetzen kann und weil hier für den Patienten jener Teil liegt, wo dieser am wirkungsvollsten Eigenarbeit im Umgang mit seinen Schmerzen leisten kann.

Die zweite Ebene ist die „*motorisch-verhaltensmäßige*“ Ebene. Zu dieser Ebene gehören Mimik, Gestik, Körperhaltung, Schonverhalten, Ärzteshopping, bereits angewandte Strategien zum Umgang mit dem Schmerz.

Die dritte Ebene ist die „*physiologische*“ Ebene, die uns vegetative Reaktionen wie Muskeltonus, Atemfrequenz, Pulsfrequenz, Hauttemperatur, Schwitzen oder Unruhe zeigt. (12) Weil Schmerzen immer auf allen drei Ebenen, aber mit unterschiedlicher Dominanz ablaufen, gilt es, herauszufinden, auf welcher Ebene man am effektivsten arbeiten kann. Dies gelingt zu über 80 % mithilfe einer guten Anamnese und unter Zuhilfenahme diagnostischer Verfahren der Schmerzmedizin. Die Anamnese gelingt gut, wenn man die richtigen Fragen stellt. Dies ist jedoch nicht immer ganz einfach und man kann sich anhand der „*Logischen Ebenen des NLP*“ orientieren, um eine gute Schmerzanamnese zu erhalten. Das Schema der Logischen Ebenen hat mit den oben vorgestellten Ebenen des Schmerzerlebens nichts zu tun. Dieses Schema liefert uns Informationen darüber, wo der

beste Punkt zum Ansetzen für „Veränderungsarbeit“ liegt und kann für jede Art von Veränderungsarbeit genutzt werden und dient als Gedankenstütze, um die Ebene eines Problems zu lokalisieren. Die eigentliche Veränderungsarbeit setzt in der Regel auf der „nächst höheren“ Ebene an. In Abb. Nr. 10 sind die Ebenen dargestellt. In Tabelle Nr. 3 wurden die Ebenen einer Aussage eines Patienten zugeordnet, um das Schema besser zu veranschaulichen. (26)

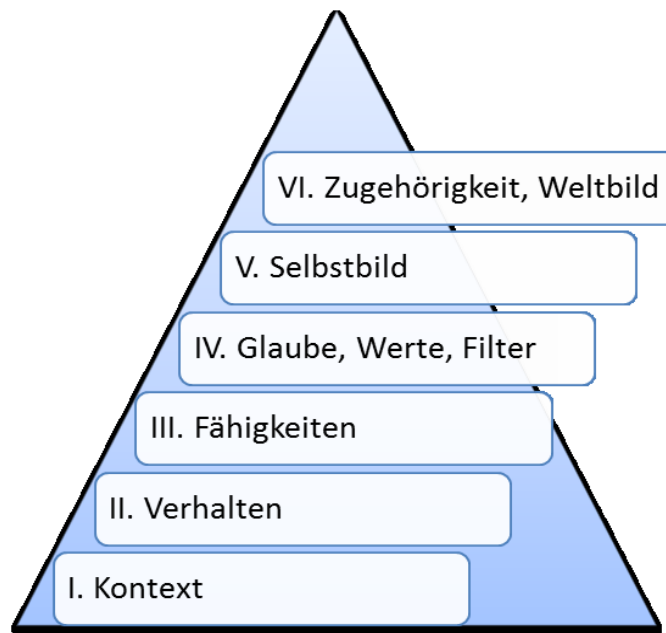


Abbildung 10: Die logischen Ebenen

Tabelle 3: Fünf Ebenen in einem Satz [(26)]

<b>Ich</b>	<b>kann</b>	<b>diese Schmerzen</b>	<b>nicht mehr</b>	<b>aushalten</b>
V	III	I	IV	II
Selbstbild	Fähigkeit	Kontext	Glaubenssatz	Verhalten

Als Therapeut, Arzt oder Privatperson kann man die Fähigkeit entwickeln zu hören, auf welchem Wort die Betonung liegt. Auf der „darüber liegenden Ebene“ liegen dann die besten Chancen, um wirkungsvolle Veränderungsarbeit zu leisten. Das Konzept der logischen Ebenen ist ein Schema aus dem NLP, das einfach in der Praxis umgesetzt werden kann und sehr effektiv zu erwünschten Ergebnissen führt. (26)

Da das Konzept der logischen Ebenen ein Instrument ist, das sehr wirkungsvoll in der täglichen ärztlichen Kommunikation eingesetzt werden kann, wird beispielhaft auf zwei Teilebenen eingegangen und mithilfe der Psychologie erklärt, wofür diese Ebenen stehen.

Liegt die Betonung des obig dargestellten Satzes auf „*diese Schmerzen*“, ist Ebene I betroffen und der Patient wird dankbar sein, wenn der Arzt auf der Verhaltensebene mit ihm arbeitet. Für diesen Patienten ist es am hilfreichsten, ein geeignetes Verhalten zu erlernen, mithilfe dessen er besser mit „*diesen Schmerzen*“ leben kann.

Liegt die Betonung auf „*Ich*“, hat der Patient ein Problem mit seinem Selbstbild bzw. seinem Selbstwertgefühl und fühlt sich deshalb schlecht und abgelehnt. Hier muss man nachfragen, wo der Patient in seinem Leben Ablehnung erfährt oder nicht so sein kann, wie er gerne möchte, wie z. B. in der eigenen Familie oder im Beruf. Die entsprechende Ebene, auf der das „*Konzept vom Selbstbild*“ bearbeitet werden möchte, ist die Ebene der „*Zugehörigkeit*“.

Das Konzept des Selbstbildes hat etwas mit Eigenliebe und angenommen-sein zu tun und bildet sich in der frühen Kindheit aus. Im Alter von 12 bis 24 Monaten bildet sich das „*Ich-Gefühl*“ und so etwa um das dritte Lebensjahr beginnt sich das „*Ich-Bewusstsein*“ aufgrund eines erlebten Traumas auszubilden. Wenn man von „*break-in belonging*“ („*Abbruch der Zugehörigkeit*“) spricht, ist jener Zeitpunkt gemeint, wo das Kind zum ersten Mal „*bewusst*“ Ablehnung erlebt und beginnt, sich damit auseinanderzusetzen. Vor diesem Zeitpunkt hat sich das Kind noch als „*Teil*“ der Mutter bzw. als Teil der Familie empfunden. Aufgrund des „*Traumas der Ablehnung*“ und des sich Auseinandersetzens mit der Situation ist das Kind nach einem traumatischen Erlebnis nicht mehr dasselbe wie davor. Es hat sich ein „*Ich-Fragment*“ gebildet. Im Laufe des Lebens entstehen, wie schon im Kapitel „*Bewusstsein und Unbewusstes*“ dargestellt, mehrere solcher Ich-Anteile. Einer Annahme zufolge entwickle ein Kind, das bis zum Zeitpunkt des „*break-in belonging*“ wenige solcher Traumata erlebt hat, eine stabilere Integrationsfunktion seiner Ich-Anteile, als ein Kind das bis zum dritten Lebensjahr häufig Traumata erlebt. Jedes Kind reagiert auf traumatische Erlebnisse mit Anpassungsstrategien, die im späteren Leben weiter adaptiert werden und Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur haben. Das könnte eine mögliche Erklärung für eine bereits frühkindliche Entwicklung von narzisstischen Persönlichkeitszügen sein. (6,38,102)

Wenn ein kleiner Junge bemerkt, dass sein Vater auf kühle Distanz geht, wenn er seelischen Schmerz zum Ausdruck bringt, wird der Junge den Vater auf diese Weise verinnerlichen („*introjizieren*“). Der verinnerlichte Selbstanteil des ablehnenden Vaters

kann Auswirkungen auf das Leben des Jungen haben, sodass dieser Anpassungsstrategien entwickelt, mit denen er auf die Reaktion des Vaters („*Ablehnung*“) in irgendeiner Art und Weise Einfluss nehmen möchte. (67) Das kann sich in Trotzreaktionen zeigen oder im Kampf um Zuneigung, darin dem Vater gefallen zu wollen oder der Beste sein zu müssen. Solche Strategien sind zu einem bestimmten Zeitpunkt nützlich gewesen. Zum jetzigen Zeitpunkt jedoch sind diese inadäquat (wenn der Patient darunter leidet), so die Sichtweise Ericksons. (25)

Inadäquate Strategien oder Anpassungsstörung eines Ich-Fragmentes können sich in Form von seelischem Schmerz ausdrücken, der über die Jahre in körperlichen Schmerz umgewandelt werden kann. Der Grund dafür liegt darin, dass das frühkindliche Erleben schmerzhafter Ereignisse in Form sogenannter „*Engramme*“ gespeichert wird. Diese Engramme manifestieren sich als dauerhafte strukturelle Veränderung im Gehirn und hinterlassen so eine Gedächtnisspur. Bei der Entstehung der Engramme mitgespeicherte Begleitfaktoren können nach Jahren das ursprüngliche Schmerzerleben aktivieren. An diesem Punkt des Verstehens um die Zusammenhänge der logischen Ebenen angelangt, bzw. der höchsten Ebene, der Ebene der Zugehörigkeit, wird klar, dass bei Schmerzbehandlung nicht nur die pharmakonabhängige Toleranz bzw. die Pharmakokinetik zu berücksichtigen ist, sondern auch Kenntnisse um die neuronale Plastizität des Nervensystems und psychosozialer Faktoren. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil immer mehr Patienten von ihren Ärzten erwarten, dass diese über Entwicklungen am Psycho- und Esoterikmarkt Bescheid wissen. Ein vom Inhalt ähnliches Konzept wie das der Engramme, allerdings ohne wissenschaftlichen Hintergrund wurde in den USA und inzwischen auf der ganzen Welt zig-millionenfach verkauft und nennt sich „*Schmerzkörper*“. Der Schmerzkörper nach Eckhart Tolle sei die Summe des biographischen Leidens eines Menschen und stelle sich dar als verdichtetes Energiefeld. Ziel sei es, die Identifikation mit den schmerzhaften Ereignissen aufzulösen, um damit die Wirkung des Schmerzkörpers zu durchbrechen. (12,103)

### 2.6.5.2 Notfallsituation

In einer Notfallsituation befindet sich der Patient in einer psychischen Ausnahmesituation. Die Reaktionen sind vielfältig. Der Patient kann angespannt, verkrampft und in einer Abwehrhaltung sein, sodass jegliches Appellieren an Mitarbeiter mitunter nicht viel nützen kann. Oft ist die einzige Antwort, die Einsatzkräfte zu hören bekommen: *„Ich weiß nicht und ich kann nicht.“* Dabei sollte man nicht vergessen, dass der Patient in einer tiefen negativen Altersregression stecken kann, bei der *„kindliche Muster“* zum Tragen kommen. Das bedeutet, dass man zuerst eher klar und direktiv auftreten muss, um diese Muster zu durchbrechen. In so einem Fall macht man sich den Zustand, in dem sich der Patient befindet, zunutze (utilisieren), indem man wie in folgendem Beispiel vorgeht: (3)

Man fordert den Patienten in autoritärem Ton auf: *„Ballen Sie Ihre Hand. Machen Sie eine Faust. Ihre Faust ist steinhart. Noch härter.“* Wenn sich der Patient in einem verkrampften und angespannten Zustand befindet, passt diese Aufforderung zu seinem Erleben, sodass er die erteilte Anweisung leicht befolgen kann. Zu sagen: *„Entspannen Sie sich“*, wäre zu diesem Zeitpunkt kontraproduktiv. Es gilt, den Patienten zu überrumpeln. Man gewinnt dadurch Rapport zum Patienten, weil man den aktuellen Zustand der Anspannung oder sein Schreien utiliziert und das ist etwas, womit er nicht gerechnet hat. Erickson nannte dies: *„Pacing eines manifesten Verhaltens.“* (3,56)

Auch die nachfolgenden Aufforderungen werden meist sofort befolgt: *„Ihre Faust ist steinhart. Noch härter. Setzen Sie Ihre ganze Kraft ein. Ihre ganze Kraft in die Faust.“* Die Anspannung wird durch diese Intervention maximal *„getriggert“*, um dann nach 30 bis 60 Sekunden unerwartet die Tonart zu wechseln und mit sanfter Stimme zu sagen: *„Und jetzt können Sie loslassen ... Vollkommen loslassen ... Alles ist gut, ich bin ja da, lassen Sie alle Muskeln los ... Spüren Sie, wie gut das tut!“* Dabei kann man mittels Blickkontakt und Berührung (*Therapeutic-Touch*) den Rapport vertiefen. (104) Eine Berührung an der Stirn (schon bei Säuglingen effektiv) verursacht beim Patienten meist einen Lidschluss, Blutdruck und Puls normalisieren sich normalerweise innerhalb weniger Minuten. Der sich in den nächsten Minuten einstellende Vagustonus kann durch weitere Suggestionen wie: *„und vielleicht haben Sie schon bemerkt, wie Ihre Atmung tief und kräftig geworden ist.“*, verstärkt werden.

Mit dieser einfachen und schnell wirkenden Technik wird der Patient in die Lage versetzt, Auskunft geben zu können. Der Patient kann, nachdem er so zur Ruhe gebracht wurde, Fragen über Allergien oder aktuelle Medikamenteneinnahme oder das Unfallgeschehen beantworten. Auf diese Weise kann man einen nicht ansprechbaren, sich mit Händen und Füßen wehrenden Patienten in einen Zustand überführen, der ihn zum Kooperationspartner macht. Besonders wirkungsvoll lässt sich diese Intervention zum Unterbrechen einer Panikattacke einsetzen oder zur akuten Behandlung von schweren Verbrennungen. Bei ausgedehnten Verbrennungen (15-20 % dritt- bzw. viertgradig verbrannter KO) lässt sich mittels Suggestionen nicht nur das Erleben der Schmerzintensität senken, sondern auch die Gefahr eines möglich auftretenden hypovolämisch-toxischen Schocks (Verbrennungsschock). (3,94,105)

### 2.6.5.3 Starke Schmerzen

Ein Patient befindet sich in einem akuten schweren Schmerzzustand und ist nicht ansprechbar. In einer solchen Situation kann man den Patienten auffordern, sich auf seine Schmerzen zu konzentrieren. Ob man hier direktiv oder permissiv vorgeht, ist stark situativ bedingt. Folgendes Szenario, bei dem man direktiv und mit lauter Stimme beginnen kann, wäre vorstellbar:

*„Konzentrieren Sie sich - beobachten Sie den Schmerz ganz genau - - - beobachten Sie - - noch genauer - - Wie spüren Sie den Schmerz beim Einatmen? - - - Und beim Ausatmen? - - Den Unterschied – Spüren Sie den Unterschied? - - Einatmen - - Ausatmen - - Den Unterschied - - Unterschied...“ (3)*

Zu Beginn spricht man direktiv und achtet darauf, nur dann zu sprechen, wenn der Patient ausatmet („Pacing“). Dabei beobachtet man den Patienten ganz genau und nutzt seine Reaktion. Wenn man bemerkt, dass der Patient den direktiv gegebenen Anweisungen folgt, kann man langsam zum „Leading“ überleiten. Der günstigste Moment zum Überleiten ist, sobald der Patient von sich aus Blickkontakt („Moment der Hilfesuche“) sucht.

Sobald der Blickkontakt hergestellt ist, verwendet man die „gewohnte Hypnosestimme“, indem man mit einem Ton der Empathie zum Patienten spricht. Zusätzlich kann man „Therapeutic Touch“ einbauen, was verstärkend wirkt. Hilfreich ist auch, wenn man dabei selbst in eine leichte Trance geht. Das plötzliche „in Trance gehen“, von einer Sekunde

auf die andere, funktioniert sehr gut und jeder Anwender kann seine eigene Technik dafür entwickeln. Was sich bewährt hat, ist, wenn man den Patienten beim in die Augen schauen „defokussiert“, sich einen Punkt hinter ihm sucht oder auf einen Punkt mitten auf seiner Stirn schaut und ihn dabei so anschaut, als würde man durch ihn hindurch blicken. Das Defokussieren bewirkt, dass man selbst augenblicklich in eine leichte Trance geht und löst beim Patienten durch das ungewohnte „Anschauen“ (mimische Form einer paradoxen Intervention) meist eine „Konfusion“ aus, die es dem Patienten erleichtert, sofort mit in einen Trancezustand zu gleiten. (3,25)

Doch noch einmal zurück zu dem Patienten. Ab dem Zeitpunkt, wo der Patient (mit) in Trance geht, kann man ihn mittels Leading in seiner Vorstellung an einen „sicheren Ort“ („safe-place“) führen und ihn damit vom direktiv assoziierten Erleben in eine Dissoziation führen. Die Vorstellung eines safe-place wird verstärkt durch suggerierte Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit. Durch die geschaffene Dissoziation (Trancelogik: der Patient kann gleichzeitig hier und an einem sicheren Ort sein), spaltet sich das Schmerzerleben vom Patienten ab. Für die Abspaltung des Schmerzerlebens gibt es wiederum einige Techniken, auf die hier nicht eingegangen wird, denn wichtig ist zu zeigen, dass an dieser Stelle eine medikamentöse Schmerztherapie eingeleitet werden kann, oder auf diese verzichtet werden kann, wenn man die Trance weiter vertieft. (3,12)

Für jemanden, der sich bisher noch nicht mit diesen Formen der Kommunikation beschäftigt hat, mögen sich solche Beschreibungen sonderbar anhören. Dies sind phänomenologische Erfahrungen, die ungewohnt anmuten können, wenn man sie liest und die man durchlebt haben sollte, um sie besser verstehen zu können. Beim Lesen lassen sich solche Erfahrungen nachvollziehbar machen und dies kann der erste Schritt sein, um sie lehrbar und damit lernbar zu machen. Erlernen kann man diese Techniken, indem man sich mit dem theoretischen Hintergrund vertraut macht und sehr viel übt. Dazu ist es nur nötig, sich auf andere Menschen einzulassen und dabei ein ehrliches Interesse am Wohl des Anderen zu zeigen *und dabei ist eines sicher nicht ganz sicher, dass man neue Seiten von sich kennen lernen wird.* (Die letzten 17 Wörter wurden im Sinne einer Suggestion geschrieben.)

#### 2.6.5.4 Hypnotische Sedierung in der Zahnmedizin

Der Besuch beim Zahnarzt löst bei manchen Patienten eine Kaskade von schlechten Gefühlen aus. Dass dies heutzutage nicht mehr so sein muss, beweisen etliche Praxen, in denen Patienten erfolgreich mittels Hypnose behandelt werden. Die Vor- und Nachteile einer solchen Behandlung, wie mögliche Indikationen und Kontraindikationen, werden dem nachfolgenden Beispiel vorangestellt, dann folgt die Beschreibung des subjektiven Erlebens eines Trancezustands einer Patientin.

Als Vorteil kann angeführt werden, dass sich ein Patient während der Behandlung in einem entspannten Wohlfühlmodus befindet, in dem das Schmerzerleben ausgeblendet ist. Dies macht das Arbeiten für den Zahnarzt leichter und auch der Patient assoziiert mit zukünftigen Zahnarztbesuchen Positives, weil er die Behandlung als wohltuend und einfühlbar erlebt. Während der Behandlung treten aufgrund des erhöhten Vagustonus weniger Speichelfluss auf und die Blutungsneigung ist herabgesetzt. An intraoperativer pharmakologischer Medikation kann eingespart werden oder man verzichtet gänzlich auf sie. Wenn der Patient entsprechende Hypnoseerfahrung mitbringt, kann man auch ganz auf „*Hypnosedation*“ vertrauen.

Die Nachteile einer hypnotischen Behandlung sind ein entsprechendes Vorbereiten des Patienten auf die Hypnose in einem Aufklärungsgespräch und die Hypnoseinduktion bzw. Aufrechterhaltung der Hypnose, weil all das Maßnahmen sind, die einen Mehraufwand an Zeitressourcen nach sich ziehen und damit Geld kosten. Nebenwirkungen einer hypnotischen Sedierung sind keine bekannt. (106,107)

Als Indikationen bezogen auf das Klientel, können angeführt werden: Angstpatienten, Phobiker, Patienten mit starkem Würgereiz oder extrem schmerzempfindliche Patienten, die ansonsten einen erschwerten Kontakt zu ihrem Zahnarzt vorfinden würden. Aus zahnärztlicher Sicht ist Hypnose indiziert, weil sie das Arbeiten mit schwierigen Patienten erleichtert, die Risiken im Schmerzmanagement senkt, eine gute Kontrolle von Blutungen, Herzsynkopen und Würgeanfällen ermöglicht und zu verbesserter Mundhygiene führt, vor allem bei Kindern, die auf entsprechende Suggestionen stärker reagieren. (107) Kontraindiziert ist die Hypnose, und das gilt allgemein und nicht nur auf die Zahnmedizin bezogen, wenn der Patient unzureichend mitarbeitet oder explizit eine Hypnosebehandlung

wünscht, weil er meint, dass ihm sonst nichts helfen könne (Patienten mit Realitätsflucht und/oder schweren Suchterkrankungen). Wenn sich der Patient in einer floriden Psychose befindet, ist das Anwenden von Hypnose absolut kontraindiziert. Relative Kontraindikationen ergeben sich bei Borderline-Patienten, bei suizidalen Patienten, bei Patienten, die sich im Zustand einer Manie oder eines schizophrenen Schubes befinden oder bei einer schweren Posttraumatischen Belastungsstörung. Relativ deshalb, weil der behandelnde Hypnosearzt zur sicheren Durchführung der Hypnose auf entsprechende psychiatrische- bzw. psychotherapeutische Erfahrung zurückgreifen können muss. (107)

Eine Patientin beschreibt ihre Tranceerfahrung folgendermaßen:

*„Als ich das erste Mal eine Tiefenentspannung mit Ihnen machen durfte, erlebte ich etwas ganz Besonderes. Noch nie zuvor war ich so entspannt: Ich erlebe mich in Tälern und Bergen, an einem Bach, einem Bergsee mit Wasserfall, einer Mohnwiese mit einem uralten Baum. Mal nachts, mal am Tag, bei Sonnenunter- oder Aufgang. Ich schaue zu den Wolken, beobachte einen großen Vogel, der majestätisch schwebt und ich bin plötzlich er. Oder er packt mich vorsichtig – wir fliegen – und ich genieße es, die Landschaft aus der Vogelperspektive zu betrachten. Ich kenne die Bedeutung dieser Bilder nicht. Es ist aber immer eine schöne Reise und ich freue mich auf meinen nächsten Besuch bei Ihnen.“ (108)*

Die *“European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery”* publizierte im Juni 2013 eine Studie, deren Absicht es war, die Effekte von Hypnose zu evaluieren, bezogen auf Schmerz, Angst und Blutung, während und nach der Extraktion von Weisheitszähnen. Eine Kontrollgruppe wurde mittels Lokalanästhesie behandelt.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Patienten in der Hypnosegruppe einige Stunden nach der Behandlung weniger Schmerzen empfanden, als Patienten in der Lokalanästhesiegruppe. Unmittelbar nach Hypnoseinduktion verspürten 8,3 % in der Hypnosegruppe Schmerzen, in der Lokalanästhesiegruppe waren es 33,3 %. Zu Schmerzmedikamenten griffen in der Hypnosegruppe 41,7 % und in der Kontrollgruppe 91,7 %. Beim Angsterleben zeigte sich zwischen beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied. Nach der Extraktion bekamen beide Gruppen einen sterilen Tupfer, auf den sie für 30 Minuten draufbeißen mussten. Bei der Hypnosegruppe gab es nahezu keine Nachblutungen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Hypnose das Schmerzerleben während der Behandlung und das Schmerzempfinden nach der Behandlung senkt und dass Blutungen und Schmerzmedikation gesenkt werden können. (109)

### 2.6.5.5 Chirurgische Eingriffe unter Hypnose – was ist möglich

Hypnose und Chirurgie sind einander gar nicht so fremd, wie man annehmen möchte. Eine Aufzeichnung aus dem Alten Testament besagt:

*„Da ließ Gott der HERR einen tiefen Schlaf fallen auf den Menschen, und er schlief ein. Und er nahm eine seiner Rippen und schloss die Stelle mit Fleisch. Und Gott der HERR baute eine Frau aus der Rippe, die er von dem Menschen nahm, und brachte sie zu ihm.“*  
(1. Mose 2, 21 und 22) (110)

Es wurde bereits im geschichtlichen Teil erwähnt, dass um 1840 der schottische Arzt James Esdaile in Indien mehrere hundert große Operationen durchgeführt hat, bei denen er zur Anästhesie ausschließlich das „Mesmerisieren“ angewandt hatte. Zu erwähnen ist auch, dass heute die Hypnose bei großen chirurgischen Eingriffen selten als einzige Anästhesiemaßnahme eingesetzt wird. (3) Eine Universitätsklinik in Lüttich (Belgien) hat sich auf Operationen unter Hypnose spezialisiert. Die Anästhesistin Marie-Elisabeth Faymonville hat zum Thema Hypnose habilitiert und seit 1992 über 6000 „Hypnoanästhesien“ erfolgreich durchgeführt, u. a. auch bei der 1928 geborenen ehemaligen belgischen Königin Fabiola Mora y Aragón.

Unter Lokal- und Regionalanästhesie setzt Faymonville die „Hypnosedation“ bei Operationen der plastischen Chirurgie und bei Schilddrüsen-Operationen ein und erspart den Patienten damit eine Vollnarkose. In Zusammenarbeit mit Spezialisten auf dem Gebiet der Hirnforschung beschäftigt sie sich mit Grundlagenforschung. So hat sie mit PET und fMRT die Hirnaktivitätsverteilung bei Placebo, bei Ablenkung, bei Hypnose und bei Koma untersucht und den Einfluss der Hypnose auf die Schmerzverarbeitung. Darüber hinaus hat sie klinische Studien zur Hypnoseanästhesie durchgeführt und von ihnen insgesamt fast 200 Publikationen konnten 33 Hypnosestudien in internationalen Journalen wie „Pain“, „Annales of Surgery“ oder „Anesthesiology“ publiziert werden. Faymonville vertritt ein klares Konzept:

Sie sieht Hypnose als Ergänzung, um wo immer es möglich ist eine Vollnarkose zu vermeiden.

### 2.6.5.6 Krebsbehandlung

Bei onkologischen Patienten dient die Hypnose nicht nur der schmerztherapeutischen Intervention, sondern wirkt auch unterstützend bei der Symptomkontrolle von Nebenwirkungen bei Chemo- oder Strahlentherapie. Die Hauptbeschwerden, unter denen Patienten leiden, wie Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit oder Abgeschlagenheit, lassen sich oft gut mit Hypnose behandeln. Hier werden vor allem posthypnotische Suggestionen gezielt eingesetzt. Die gute schmerzstillende Wirkung von Hypnose im Vergleich zu kognitiv-behavioralem Verhaltenstraining, klientenzentrierter Gesprächstherapie und konventioneller Behandlung konnten Syrjala et al. 1992 in ihrer Studie *„Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial“* nachweisen. (27,111)

Hauptziel einer Hypnosetherapie bei onkologischen Patienten ist es, dass diese möglichst rasch *„Selbsthypnosetechniken“* erlernen, mit deren Hilfe eine Anwendung in den häuslichen Verhältnissen oder bei der Rehabilitation zu einer Verbesserung des Allgemeinbefindens führt. Als besonders geeignete Methoden dafür haben sich die Augenroll- und Atemübung nach Spiegel und das *„hypnoseinduzierte Bild“* herausgestellt. (27) Letzteres kann wie folgt während einer Hypnosetherapie erlernt und geankert werden und gestaltet sich wie folgt:

*„Vor dem Essen streicheln Sie Ihren Hund. Wenn Sie sich dann die Hände waschen gehen, sitzt er schon mit bettelndem Blick am Esstisch. Das Wasser läuft ihm im Munde zusammen, aber er weiß genau, dass nur Sie am Tisch essen dürfen. Auch Ihnen steigt der Duft des Essens in die Nase und Sie freuen sich darauf. Das Schlucken geht sehr gut und Sie genießen den Geschmack auf Ihrer Zunge, bevor der Bissen langsam in den Magen hinuntergleitet. Ihr Hund freut sich auch schon auf den kleinen Rest, der am Ende für ihn übrig bleibt.“* (27)

Man darf nicht vergessen, dass sich Krebspatienten in einem psychischen Ausnahmezustand befinden. Die Worte, wie sie im *„hypnoseinduzierten Bild“* dargestellt sind, haben auf solche Patienten oft schon, wenn nicht einmal eine Trance eingeleitet wird, eine unglaublich intensive Wirkung, die kognitiv nicht zu erfassen ist.

Bei moribunden Patienten im Terminalstadium kann mit Hypnose eine gute Symptomenkontrolle erreicht werden, jedoch darf das nicht mit einer Remission der Erkrankung verwechselt werden. Wichtig ist auch die Aufklärung und Einbindung der Angehörigen. Häufig verliert die Selbsthypnose nach einigen Tagen oder Wochen ihre Wirksamkeit. Das hat meist mit einer Progression der Krebserkrankung oder ungünstigen psychologischen Begleitfaktoren zu tun. In so einem Fall kann eine „*Booster-Sitzung*“ mit externer Hypnose den gewünschten Effekt wiederherstellen. (27)

## 2.7 Suggestion

*„Kein Ereignis hat irgendeine Macht über mich, außer der,  
die ich ihm in meinen Gedanken gebe.“  
Anthony Robbins*

Suggestionen sind der zentrale Kommunikationsweg in der Hypnose. Ihr Wesen besteht darin, dass man bei sich selbst oder bei jemand anderem auf irgendeine Weise eine bestimmte „Vorstellung“ ins Unterbewusste einbringt. Dadurch erreicht man die Beeinflussung von Gedanken, Gefühlen oder Handlungen. Kommt eine Suggestion von außen (Werbung oder andere Person), spricht man von Fremdsuggestion. Erzeugt man diese Vorstellung selbst, nennt man sie Autosuggestion. Jede Fremdsuggestion muss jedoch, um wirksam sein zu können, unbewusst aufgenommen/angenommen werden und durch diesen Prozess des Annehmens wird jede Suggestion in eine Autosuggestion umgesetzt. Jede Suggestion, auch eine Fremdsuggestion ist daher letztendlich immer eine Autosuggestion. (3,13)

Welche Inhalte auf diese Weise ins Unbewusste gelangen, ist von der Persönlichkeitsstruktur bzw. der Durchlässigkeit der Filtermechanismen des jeweiligen Menschen und der jeweiligen Situation abhängig. Da dieser Umwandlungsprozess völlig unbewusst abläuft, zumindest bei den meisten Menschen, muss man sich fragen: *„Wie weit ist der Mensch selbstbestimmt?“* (13) Interessant in diesem Zusammenhang ist auch das Phänomen der posthypnotischen Suggestion. Ziel der posthypnotischen Suggestion im medizinischen Kontext kann sein, dass der Patient zu einem späteren Zeitpunkt ein bestimmtes Verhalten ausführt oder ein Gefühl abrufen, das zu einer Verbesserung seines Zustandes führt. Ein Beispiel für eine posthypnotische Suggestion wäre folgendes:

*„In dem Moment wenn du den Prüfungssaal betrittst, wirst du „angenehm entspannt“ und „hoch konzentriert“ sein und du bemerkst das „sofort“, weil es sich „ganz anders“ anfühlt, als die Gefühle bei früheren Prüfungen. Während du schreibst gehst du „zielgenau“ auf jede Frage ein, sodass du noch „genug Zeit“ hast zum nochmals Durchlesen, doch das wird gar nicht nötig sein.“*

Problematisch im Zusammenhang ist *„unbedacht Geäußertes“*, das in Form von posthypnotischer Suggestion wirken kann und nicht unbedingt im Zusammenhang mit Hypnose auftreten muss. Dies kann in der alltäglichen ärztlichen Kommunikation

stattfinden, wenn sich ein Patient in einem emotionalen Ausnahmezustand befindet. In solchen Zuständen wirken „Seedings“ im positiven wie im negativen Sinne stärker als sonst. Das Problem, das durch solche Ausnahmesituationen entstehen kann, ist eine „*posthypnotische Amnesie*“. Das Gehörte, das als verletzend oder belastend empfunden wurde, wird weggeschoben und bewusst nicht beachtet, kann jedoch später unbewusst nachwirken. Deshalb sagt der Volksmund: „*Ein unbedachtes Wort kann man nicht mehr zurücknehmen.*“ Ein anderes Phänomen, das man auch aus dem Alltag kennt, wird „*Quellenamnesie*“ genannt. Das bedeutet, unser Gehirn speichert Fakten unabhängig von ihrer Herkunft und ohne die Quelle zu überprüfen ab. Quellenamnesie kommt im Alltag vor, wenn man um eine Sache Bescheid weiß, jedoch nicht mehr weiß, von wem und wann man diese Information aufgenommen hat. Ein Beispiel dazu wäre, wenn man eine Person fragt: „*Wie nennt man einen Erythrozyten in der deutschen Bezeichnung.*“ Der Gefragte wird, wenn er die Antwort kennt, sagen, „*Rotes Blutkörperchen*“, doch wird er vermutlich nicht mehr wissen, wann genau und in welchem Zusammenhang er das gelernt hat. (112)

Das Wesen der „*hypnotischen Suggestion*“ ist es, dass Menschen im Zustand einer Trance Suggestionen bereitwilliger annehmen. Gezielt gesetzte Suggestionen können auch ohne formale Tranceeinleitung ihre Wirkung entfalten. Ein Meister dieser Art des „*Einstreuens*“ von Suggestionen war Milton Erickson. In seinen Lehrgeschichten flocht er auf geschickteste Weise indirekte und direkte Suggestionen für seine Patienten ein. Die Patienten Ericksons profitierten davon. Ein modernes Ethikkomitee würde eine solche Behandlung ohne vorherige Einwilligung des Patienten wohl ziemlich kritisch sehen. (23)

Betrachtet man jedoch die „*Kommunikation per se*“ als das, was sie ist, nämlich als ein Instrument, um „*etwas*“ zu transportieren, das beim Anderen „*etwas*“ bewirken soll, dann ist ein „*kontrolliertes*“ und „*zielgerichtetes*“ Einsetzen von Suggestionen moralisch vertretbar. „*Wie beiläufig Gesagtes*“ wird in einem ganz normalen ärztlichen Gespräch durch den Kontext, in dem es gesagt wird, zur Suggestion, oder anders gesagt, lässt die Schaffung eines besonderen „*Kontextes*“ etwas Vermitteltes zur Suggestion werden. Diese Art von Suggestion meint eine Botschaft, die in der Lage ist, bei einer Person, die sie aufnimmt, eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Diese Erkenntnis soll die Sensibilität für das Wesen der ärztlichen Kommunikation schärfen.

Nachfolgendes Beispiel einer Negativsuggestion („*Negativseeding*“) soll auf die Verantwortung hinweisen, die der ärztliche Beruf mit sich bringt: (3)

Eine alleinerziehende Mutter hatte Mitte der 1990er Jahre in der 32. SSW (Schwangerschaftswoche) eine „*Sectio caesarea*“ und brachte zwei gesunde, untergewichtige Zwillingmädchen zur Welt. Der operierende Oberarzt kommentierte noch bei Ausleitung der damals üblichen Vollnarkose zum OP-Team: „*Die kriegt sie nie groß.*“

Die „*Intention*“, die ein Kommunikator verfolgt und das ständige Hinterfragen des eigenen Tuns bzw. eine ausgereifte Form der Selbstreflexion, erscheinen beim Einsetzen von Suggestionen das wesentliche Kernelement zu sein, auf das geachtet werden muss.

## 2.8 Suggestibilität

Unter Suggestibilität in der Hypnose versteht man die Bereitschaft oder Fähigkeit, auf Suggestionen zu reagieren und Gedanken, Gefühle, Vorstellungen oder Handlungen in das eigene Modell der Realität übernehmen zu können. In der Sozialpsychologie wird der Begriff oft mit „*Beeinflussbarkeit*“ in Verbindung gebracht, was den Eindruck der Manipulierbarkeit entstehen lässt und hochsuggestiblen Personen ein gewisses Maß an „*Naivität*“ oder „*Gutgläubigkeit*“ unterstellt. Im Kontext der Hypnose wäre daher der Terminus: „*Suggestionalität*“ treffender. (107)

Bei Erwachsenen hat sich die hypnotische Suggestibilität über die Lebenszeit als relativ stabiles Merkmal erwiesen, ähnlich wie die Intelligenz oder die Persönlichkeit. Bei Kindern ist sie relativ hoch und nimmt mit zunehmendem Alter ab. In der ärztlichen Tätigkeit spielt die Suggestibilität eine Rolle im Zusammenhang mit Placebowirkungen. Der behandelnde Arzt muss entscheiden, ob und wie weit er die „*Macht seiner Worte*“ mit in die Behandlung der Patienten einfließen lässt und sollte auf unbedachte Äußerungen verzichten.

In den 1970er Jahren hat man vermutet, dass es einen Zusammenhang zwischen der Händigkeit und der Fähigkeit auf Suggestionen zu reagieren gäbe. Dabei fand man heraus, dass Probanden mit nahen linkshändigen Verwandten signifikant häufiger zu den Niedrigsuggestiblen zählen. Man nahm daher an, dass die Suggestibilität einer genetischen Disposition unterliege. (27) Erst durch die moderne Molekulargenetik konnte eine

mögliche genetische Grundlage dafür gefunden werden. Lichtenberg et al. (2000) fand heraus, dass die Suggestibilität mit einer hohen bzw. niedrigen „*COMT-Enzym-Aktivität*“ (Catechol-O-Methyltransferase) zusammenhängen könnte. Menschen, bei denen das COMT-Gen einen Valin/Methionin-Polymorphismus aufweist, sind häufiger hochsuggestibel. Beim Valin/Valin-Genotyp und beim Methionin/Methionin-Typ ist eine geringere Suggestibilität gegeben. (113) Die Catechol-O-Methyltransferase ist am dopaminergen und noradrenergen Metabolismus beteiligt und es wird vermutet, dass der COMT-Polymorphismus über Dopamin auf die exekutive Aufmerksamkeitskontrolle im präfrontalen Kortex einwirkt. (27)

Zur Bestimmung der Suggestibilität werden im medizinischen Alltag sogenannte Suggestibilitätstests eingesetzt. Für kontrollierte Studien wurden standardisierte Tests entwickelt. Einer der bekanntesten, der in vielen wissenschaftlichen Veröffentlichungen Verwendung findet, ist der SHSS (Stanford Hypnotic Susceptibility Scale) und seine verkürzte Form davon, der HGSHS (Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility), findet für die Gruppenanwendung Verwendung. (27)

## 2.9 Trance und Rapport

Eine hypnotische Trance unterscheidet sich von anderen Bewusstseinszuständen physiologisch wie erlebensmäßig. Das subjektive Erleben kann von einer tiefen Entspannung bis zu vermehrter Wachheit reichen und ist abhängig vom Setting bzw. vom Ziel der Trance und dem Typ der Tranceinduktion. (12)

Für „*Trance*“ gibt es viele Umschreibungen. Der Begriff wird nicht nur im Kontext der Hypnose benutzt, sondern auch beim sich in Trance tanzen oder im Schamanismus. Dort hat das Tranceerleben allerdings einen anderen Hintergrund und wird anders erlebt („*Schamanistische Reise*“). Im Alltag kommt es häufig natürlicher Weise zu Zuständen, in denen der Mensch Alltagstrance erfährt, wie z. B. beim Fernsehen oder Autofahren. Wenn man beim Autofahren ganz in Gedanken versunken ist, kann es vorkommen, dass man sich an eine gefahrene Strecke in einem bestimmten Zeitraum nicht bewusst erinnern kann, während Fertigkeiten wie Gas geben, kuppeln oder bremsen ganz automatisiert abgelaufen sind. Während dieser Zeit wurde Unwesentliches (die Landschaft) ausgeblendet. Wäre ein Hindernis auf der Straße gelegen, hätte man dies sofort bemerkt und entsprechend reagieren können. Dieses Phänomen nennt man Autofahrertrance. (14)

Mitglieder von Glaubensgemeinschaften erleben ebenfalls Alltagstrancen, während sie sich mit Gleichgesinnten bei religiösen Zeremonien befinden. In der katholischen Kirche finden innerhalb einer religiösen Feier eine Reihe von tranceinduzierender Rituale statt, die zu einer, wenn man es so nennen möchte, „Sonntagstrance“ führen. Ein Beispiel dazu wären die Worte, die der Priester bei der „Doxologie“ spricht, wie z. B. beim Abschluss des „Hochgebets“:

„Durch ihn und mit ihm und in ihm ist dir, Gott allmächtiger Vater, in der Einheit des Heiligen Geistes, alle Herrlichkeit und Ehre, jetzt und in Ewigkeit – Amen.“

Durch die monotone Sprechart des Priesters und die sich bekannte, immer in derselben Weise wiederholende „Formel“ gehen die Kirchgänger mit dem Priester in Trance. Beobachtet man den Priester genau, kann man feststellen, dass der Mann sich im Moment der Aussprache seiner Worte vermutlich selbst in einer Art Trance befindet, bzw. sich innerhalb dieses Rituals in eine Trance hineinredet. Dasselbe Phänomen findet man in der evangelischen Liturgie, bei Gospelmessen und in sämtlichen Weltreligionen in etwas abgewandelter Form.

Ein weiteres Beispiel für Alltagstrance ist ein Kind, das seine Lieblingsfernsehsendung anschaut. Ein Elternteil sagt etwas, erhält nach mehrmaligem Ansprechen des Kindes keine Reaktion und plötzlich fragt das Kind: „Papa, was hast Du gesagt?“ Umgangssprachlich wird dieses „Bild des gebannten Kindes“, also ein Kind, das fasziniert in eine Sache vertieft ist, für einen anderen Zusammenhang entlehnt, nämlich, wenn Kinder in der Schule mit ihren Gedanken abschweifen, nennt man das auch: „In’s Narrenkastl schau“, was einer leichten Form von Trance entspricht und äußerst wichtig zur Aufrechterhaltung der inneren Balance des Kindes ist. Für Kinder mit natürlich erhaltenem Zugang zum Lernen ist dies völlig normal. (76)

Für Erwachsene ist das Wiedererlernen von „Lernen in Trance“ ein guter Weg, erfolgreich zu sein in dem, was sie tun. Das im Zustand der Trance Gelernte aus der Tiefenstruktur wieder abrufen zu können und in Sprache zu übersetzen, ist leicht erlernbar und abhängig vom Zustand, in dem man sich zum Zeitpunkt des Lernens befunden hat. Deshalb gelingt lernen in einem entspannten Zustand erheblich besser, als unter Stress. (76)

In Trance zu lernen, bedeutet, sich völlig auf eine Sache zu konzentrieren. Menschen, die gewohnt sind, so zu lernen, wissen aus eigener Erfahrung, dass man in diesem Zustand des Lernens ein verändertes Zeitgefühl hat oder Essen und Trinken vergisst oder Geräusche ausblendet. Ericksons Schüler Ernest Rossi schreibt in seinem Buch: „*Die Psychobiologie der Seele-Körper-Heilung*“:

„*Alles Lernen ist vom Zustand abhängig, in dem sie lernen.*“ (14,58)

Eine kurze und sehr treffende Beschreibung, die einen Trancezustand charakterisiert und bereits im Kapitel 2.6 angeführt wurde, ist:

„*Fokussierte Aufmerksamkeit*“.

Während der Hypnose bzw. in einer Trance bleibt die willentliche Kontrolle, auch unter Fremdanleitung, bis zu einem bestimmten Punkt aufrechterhalten. Wird dieser Punkt überschritten, was von der Trancetiefe abhängt, ist zwar die bewusste Kontrolle zu einem Teil an den Hypnosearzt abgegeben worden, jedoch bleibt weiterhin eine unbewusste Instanz aufrechterhalten, die eine andere Form der Kontrolle darstellt. Diese Form der Kontrolle wurde vom Hypnoseforscher Ernest Hilgard „*Innerer Beobachter*“ genannt, die Hilgard auch als „*fiktive Instanz*“ oder „*verborgenes kognitives Struktursystem*“ bezeichnete. Der innere Beobachter bleibt auch in tiefer Hypnose noch aktiv und überwacht aus einer distanzierten beobachtenden Situation das Geschehen. (6) In einem tiefen Trancezustand, der unter Therapiebedingungen geübt werden muss, führt der Hypnotisand die Anweisungen des Hypnosearztes aus, jedoch nur solange, wie die Anweisungen des Arztes mit den Moral- und Wertvorstellungen des Hypnotisanden übereinstimmen. Ein extremes Beispiel dafür wäre ein Mord. Würde jemand einer anderen Person unter Hypnose die Anweisung erteilen, auf eine dritte Person mit einer Pistole zu zielen und abzudrücken, würde die hypnotisierte Person das nicht tun, weil das gegen ihre Moralvorstellungen bzw. gegen ihr Wertesystem verstößt! Es gibt allerdings Bühnenhypnotiseure, die ihr Publikum vom Gegenteil überzeugen und zeigen, dass eine hypnotisierte Person sehr wohl den Abzug einer Schreckpistole betätigt. Dies bringt und

brachte die Hypnose in früheren Zeiten und auch heute noch in Verruf. Hierbei stellt sich die Frage, was auf der Bühne passiert?

Auf der Bühne steht der Hypnotisand zum einen unter einem gewissen Erwartungsdruck von Seiten des Publikums und zum anderen benutzen Bühnenhypnotiseure bei besonders hochsuggestiblen Personen, die sie im Vorfeld auswählen, das Phänomen der „*positiven Halluzination*“. In diesem Fall suggeriert der Hypnotiseur dem Hypnotisanden, dass die Person, auf die er schießen soll, in Wirklichkeit ein Tiger sei, der, wenn er es nicht täte, ihn auffressen würde. Konfrontiert mit einem scheinbar realen Erleben, baut sich für den Hypnotisanden ein sehr großer Druck auf, der in einem ungeheuren Stresserleben endet, was dazu führt, dass er irgendwann abdrückt. Zurück bleiben oft traumatisierte Teilnehmer aus dem Publikum. Diese Art der zur Schaustellung von Menschen ist moralisch bedenklich, vor allem, wenn die Hypnotisanden im Anschluss „*nicht richtig*“ aus der Hypnose „*heraus geführt*“ werden und nach der Vorstellung mit ihrem Erlebten alleine gelassen werden. (28) Das sachgemäße „*Herausführen*“ bzw. „*Ausleiten*“ der Trance ist eines der wichtigsten Dinge, auf die man beim konventionellen Hypnotisieren achten muss, genauso wie das Aufheben von Suggestionen, die nur im Zusammenhang mit einer bestimmten Therapiesituation stehen dürfen.

Aufgrund des obigen Beispiels, das in ähnlicher Form als spektakuläres „*Hypnosegerücht*“ kursiert, ist es nicht verwunderlich, dass die Angst vor Kontrollverlust oft das erste Argument ist, das Menschen vorbringen, die Angst haben, sich hypnotisieren zu lassen. Die Angst vor Beeinflussung durch Suggestion wird als zweites Argument angeführt, warum Menschen Hypnose ablehnen. (13) Eine entsprechende Aufklärung ist deshalb wichtig.

Um auf die Trance als erwünschten Bewusstseinszustand im medizinischen Gebrauch zurück zu kommen, sei noch einmal zusammengefasst: Der Mensch befindet sich in einem natürlich entspannten Zustand, der dem einer Trance entsprechen kann, wenn er ein gutes Buch liest oder in der Oper ein faszinierendes Stück sieht oder auch beim Joggen, wenn er in eine Läufertrance versinkt. Diese Alltagstrance ist der einer Trance, wie sie der Hypnosearzt einleitet und aufrechterhält durchaus ähnlich. Der Unterschied zwischen einer Alltags- und einer induzierten Trance liegt im „*Rapport*“.

In der Alltagstrance kann man durch intensives Zuhören einseitigen Rapport zur Opernsängerin aufbauen und sich vom Gesang fesseln lassen. Bei einer induzierten Trance besteht Rapport zwischen Patienten und Hypnosearzt, der durch die Trance führt. Ein guter Hypnosearzt muss manchmal den Patienten erst aus seiner eigenen Trance herausholen, und ihm im Anschluss helfen, in eine Trance einzutauchen, die auf dem Rapport zwischen Arzt und Patienten aufbaut. (14,25)

„*Aus der eigenen Trance herausholen*“ bedeutet, dass man Patienten oft aus einem Zustand herausholen muss, der geprägt ist durch Überzeugungen, an denen sie festhalten wollen. Solche Überzeugungen können eine Genesung oder Heilung behindern oder unmöglich machen. Ein Beispiel dafür ist der schwer depressive Patient, der „*ALLES schwarz*“ sieht.

Der Rapport, also der Kontakt zwischen zwei Menschen, ist bei der Fremdhypnose der erste und wichtigste Teil. Ohne Rapport kann der Hypnosearzt den Patienten nicht anleiten und in seinem Tranceerleben führen. „*Leading*“ setzt also Rapport voraus. (25)

Rapport herstellen und aufrechterhalten, ist im ärztlichen Alltag wichtig, besonders im Gespräch mit Patienten mit Angehörigen. Eine ehrliche Anteilnahme setzt Rapport voraus und umgekehrt. Von Seiten der Patienten wird oft subjektiv jener Arzt als „*guter Arzt*“ angesehen, der einen guten Rapport herstellen kann. Umgangssprachlich sagt man: „*Zu jemandem einen guten Draht haben – mit jemanden auf Augenhöhe sprechen können.*“

Auch im täglichen Umgang mit Kollegen, vor allem, wenn es um informelle Kommunikation geht, kann eine gute Rapportfähigkeit von Nutzen sein. Es sollte ein Mindestmaß an Empathie vorhanden sein bzw. erlernt werden, um bei der Arbeit mit Menschen (Sozialberufe) gute Ergebnisse zu erzielen. Rapport kann man auch mit der Fähigkeit eines guten Einfühlungsvermögens vergleichen, bzw. sich auf den Anderen einstellen zu können, ihm ein gutes Gefühl zu vermitteln und durch „*Pacing*“ sein Vertrauen zu gewinnen. (114)

Rapport herstellen und aufrechterhalten, zählt auch zu den wichtigsten zwischenmenschlichen Fähigkeiten in der sozialen Interaktion. Dies gelingt dann am besten, wenn man bei sich ist und in einem Zustand der Ausgeglichenheit und des Respekts dem Patienten begegnen kann. In diesem Zustand hat man genügend Reservekapazität an Aufmerksamkeit zur Verfügung, die nicht durch die „*Beschäftigung mit sich*“ und seinen Problemen aufgebraucht wird. Im Management nennt man das

„*professionelles Auftreten*“. Souveränität („*lat. superanus*“) bedeutet „*über allem stehend*“ und wurde in früheren Zeiten den Herrschern zugesprochen. Eine in diesem Zusammenhang dazu passende Volksweisheit lautet: (114,115)

„*Erst wenn Du keine Rolle mehr in Deinem Leben spielst, spielst Du wirklich eine Rolle in Deinem Leben.*“

Unter „*Beschäftigung mit sich*“ fallen sämtliche innere Dialoge, die tagtäglich tausendfach bewusst, halbbewusst oder unbewusst ablaufen und unsere Stimmung und damit auch unsere Kommunikation beeinflussen. Hierzu ein Beispiel:

Wenn man abends nach Hause kommt und die Ereignisse des Tages, die einen beschäftigen, nicht „*draußen*“ lässt, wirkt sich dies auf die Kommunikation mit dem Partner aus. Sich dem Partner in der Weise zuwenden zu können, dass dieser und auch man selbst dieses Gefühl von Vertrautheit und Gemeinsamkeit spürt, das eine gute Partnerschaft so wertvoll macht, ist nur dann möglich, wenn man innerlich nicht mit sich oder irgendwelchem Ballast beschäftigt ist. Daher ist es nötig zu lernen, Kapazitäten zu schaffen und diese frei zu halten, auch um der eigenen Gesundheit Willen.

Menschen wenden dafür unterschiedliche Strategien an. Für die einen bewirkt dies der allabendliche gemeinsame Spaziergang, andere sporteln intensiver, wieder andere brauchen eine Dusche, wenn sie aus dem OP (Operationssaal) kommen und manchmal braucht man nach einem anstrengenden Arbeitstag einfach nur Zeit. Zeit, um anzukommen, in der Gedanken und Gefühle sich sortieren können.

Trotz Erfolg im Beruf kann sich ein Leidensdruck aufbauen, wenn zwischenmenschliche Defizite Beziehungen belasten. Man denke dabei an Ärzte mit Defiziten im zwischenmenschlichen Bereich. Diese erleben oft keine Freude im Umgang mit ihren Patienten, was sich indirekt auf die Qualität ihrer Arbeit auswirken kann. Für manche bietet sich daher eine wissenschaftliche Karriere an, die sie erfüllt, weil sie in ihrem Fachgebiet hoch spezialisiert und sehr erfolgreich sind.

Ein Kommilitone sei hier zu erwähnen. Er war im Studium bekannt für sein breites und in die Tiefe gehendes Fach- und Allgemeinwissen. In Gesprächen erzählte er, dass „*Seine Welt*“ bis zum ca. 10. Lebensjahr in Ordnung war. Dann bemerkte er, dass etwas mit ihm nicht stimme, dass er anders war als die Anderen. Er war bis ins frühe Jugendalter nicht in der Lage, Stimmungen seiner Mitmenschen zu erkennen. Da er keinen Rapport herstellen

konnte, fühlte er sich fehl am Platz. Seinen Worten zufolge fühlte er sich: „*Wie ein Außerirdischer*“

## 2.9.1 Der Außerirdische

Während des Studiums kam der Kontakt zu einem äußerst engagierten Kommilitonen zustande. Er arbeitete neben seinen studentischen Verpflichtungen unentgeltlich für diverse Vereine, hatte innerhalb und außerhalb der Universität ein dichtes Netzwerk von sozialen Kontakten aufgebaut und befand sich während des Studiums und noch heute in einer glücklichen Beziehung. Vor allem bestach er durch sein unglaubliches Fach- und Allgemeinwissen. Auf den ersten Blick schien alles gut zu sein. Als wir uns besser kennen lernten, vertraute er mir einen Teil seiner Geschichte an, die hier kurz und auszugsweise wiedergegeben wird. Diese Geschichte soll aufzeigen, wie wichtig soziale Integration und das Gefühl von „*Zugehörigkeit*“ sind und wie wichtig es ist, Wege zu finden, um „*Rapport*“ zu seinen Mitmenschen aufbauen zu können.

*„Als ich mit 10 Jahren ins Gymnasium kam, war ich in allen Fächern Klassenbester. Mein Interesse war immer schon sachbezogen. Beim Lernen liebe ich es, Systeme aufzustellen und wenn ich eine Reise mache, muss alles auf die Stunde ganz genau durchgeplant sein. Erst nach und nach, z. B. bei Wandertagen oder beim Turnen, kam ich in Situationen, wo ich mich völlig fehl am Platze fühlte. Ich tue mir nämlich schwer, Gefühle und Emotionen bei anderen Menschen zu erkennen. Die großen Emotionen wie Trauer, große Freude oder Angst kann ich erkennen, aber bei vagen Andeutungen in der Sprache oder Subtexten muss ich passen. Besonders bei engen Beziehungen habe ich damit in der Vergangenheit Probleme gehabt und habe versucht, meine Unsicherheit durch Provokation zu überspielen. Meine Provokationen haben meistens eine Reaktion bei den Anderen ausgelöst. Darüber war ich froh, denn die durch die Provokation ausgelöste Reaktion konnte ich erkennen und war damit wieder im Spiel. Am leichtesten tue ich mir, wenn mir jemand genaue Anweisungen gibt, deshalb habe ich die Zeit beim Heer als sehr positiv erlebt. Ins Medizinstudium konnte ich mich völlig versenken, da gab es unendlich viele Schemata, Algorithmen und Ausnahmen, die ich gerne gelernt habe. Ich habe mir im Laufe der Zeit mühsam über das Internet und über Bücher die Fähigkeit angeeignet, Menschen besser „lesen“ zu lernen und habe den Kontakt zu anderen Menschen gesucht, indem ich mich sozial engagierte. Jemand, der dieses Gefühl nicht kennt, sich zu fühlen wie ein*

*„Außerirdischer“, der kann nicht verstehen, wie das ist. Am wohlsten fühle ich mich immer noch, wenn ich mich in eine Sache versenken kann. Dann höre und sehe ich nicht mehr, was rund um mich herum geschieht. Trotzdem bin ich froh, all die Leute zu haben, die mich so annehmen, wie ich bin.“*

## 2.10 Individuelles Tranceerleben und Trancetiefe

Da Patienten oftmals das allererste Mal bewusste Tranceerfahrungen machen, ist es wichtig, sie entsprechend vorzubereiten. Neben der Aufklärung gehört auch das permanente Einholen von Feedback dazu, indem man fragt: „*Wie fühlen Sie sich? Was sehen oder hören Sie? Wie erleben Sie das gerade?*“ Dieses Einholen von Rückmeldungen ist gerade bei Patienten ohne Vorerfahrungen sehr wertvoll, weil dadurch der Patient vorkonditioniert wird, in Trance zu sprechen und dadurch das Gefühl von Autonomie behält. In weiterer Folge und bei tieferen Trancezuständen schwindet meist das Redebedürfnis, sodass es dem Patienten Überwindung kosten kann, in der Trance zu sprechen. Die Stadien einer hypnotischen Trance kann man zum leichteren Verständnis erst einmal wie folgt einteilen: (27)

1. Hypnoide Trance
2. Leichte Trance (Somnolenz)
3. Mittlere Trance (Hypotaxie)
4. Tiefe Trance (Somnambulanz)

Mit hypnoider Trance ist jener Zustand gemeint, in den auch ein guter Hypnosearzt während der hypnotischen Behandlung mit eintaucht. In diesem Zustand und auch in einer leichten Trance stellt sich zunehmende Entspannung ein. Empfindungen von Schwere oder Leichtigkeit können auftreten, isolierte Muskelgruppen können kataleptisch werden und die Atem- und Herzfrequenz sinkt meist etwas ab. Von außen betrachtet, ist dieser Zustand erkennbar durch trockenes Schlucken oder Lidflattern. (3)

In mitteltiefer Trance können Veränderungen des Geruchs- und Geschmacksinns auftreten. Handschuhanästhesie und Amnesie kann in diesem Zustand erfolgreich induziert werden und der hypnotische Rapport ist erhöht. Für die meisten Anwendungsbereiche reicht ein leichter bis mitteltiefer Trancezustand. Posthypnotische Amnesie kann in diesem Zustand vom Arzt als ein „*Schutz des Unterbewussten*“ eingesetzt werden, um den Patienten vor in Trance bearbeiteten Inhalten zu schützen. Dies meint, dass in Trance bearbeitete Inhalte bewusst mitunter schwer erträglich sein können und in Trance gefundene Lösungen im Alltag oft (noch) nicht realisierbar sind. Eine vorläufige Amnesie kann deshalb nützlich sein, bis eine Konsolidierung erreicht werden kann. (14,27)

Eine tiefe Trance ist erreicht, wenn der Patient automatische Bewegungen ausführen kann oder positive bzw. negative Halluzinationen erlebt werden oder erst Analgesie und dann Anästhesie hervorgerufen werden kann. Diese tiefen Trancezustände können eine Alternative für eine Vollnarkose beim medizinischen Einsatz von Hypnose für Operationen sein, sind allerdings für die meisten gängigen Behandlungen nicht erforderlich. (3)

Ist ein mitteltiefes bzw. tiefes Hypnosestadium erreicht, kann nach erfolgreicher Ausführung einer Levitationsübung eine Handschuhanästhesie suggeriert werden und mit einem neurologischen Rad nach Wartenberg auf Schmerz getestet werden. Erfolgt von Seiten des Patienten keine Schmerzreaktion, kann eine dünne Nadel durch eine Hautfalte gestochen und dort belassen werden. Nach Ausleitung der Hypnose ist dies für die meisten Patienten eine beeindruckende Demonstration der Möglichkeiten, die eine veränderte Schmerzwahrnehmung in Trance mit sich bringt und stärkt die Motivation und den Glauben des Patienten an sich selbst. (27) Solche Demonstrationen können für das Selbstvertrauen des Patienten wichtig sein und dienen keinesfalls der eigenen Beweihräucherung.

Was die Hypnose gegenüber anderen Verfahren auf einer psychologischen Ebene besonders macht, ist die veränderte „*Wachlogik*“ des Hypnotisanden. Diese wird als Trancelogik bezeichnet, weil die herkömmlichen Regeln der Logik und der Naturgesetze im inneren Erleben weitgehend aufgehoben sind. So kann ein Erwachsener in Trance in seiner Vorstellung eine „ *klingende Stille*“ wahrnehmen oder eine „ *leichte Schwere*“ verspüren und sich in unterschiedlichen Zeitebenen gleichzeitig aufhalten oder in seiner Vorstellung fest mit der Erde verwurzelt sein. Diese eingeschränkte logische Urteilsfähigkeit eröffnet der Hypnose Möglichkeiten, die im Normalzustand nicht möglich wären. So kann ein Patient in seiner Vorstellung seinen Arm zu einer starren kühlen Säule werden lassen, den erwünschten Körperteil während der Hypnose abspalten und für die Zeit der Trance Analgesie und sogar Anästhesie in der jeweiligen Körperregion erzeugen. (12,56) Man muss bei der Schmerzausschaltung hervorheben, dass dies die eigene Leistung des Patienten ist, die lediglich vom Hypnosearzt angeleitet wird. „*Jede Fremdsuggestion ist immer eine Autosuggestion.*“ (25) Deshalb wirken Erfahrungen, die man einem Patienten auf diese Weise zukommen lassen kann, für dessen Selbstbild unglaublich stärkend. (27)

Was der Trancelogik noch zugeordnet werden kann, ist das tiefere Verstehen auf einer symbolischen Ebene. Nach der „*analytischen Psychologie*“, die von Carl Gustav Jung nach dem Bruch mit Freud im Jahre 1913 gegründet wurde, gibt es eine unbegrenzte Zahl sogenannter menschlicher „*Urbilder*“, die zu einer begrenzten Zahl von sogenannten „*Archetypen*“, das sind Urfiguren, zusammengefasst werden können. Die Entwicklung dieser Archetypen ist nach Jung evolutionär bedingt, auf eine Zeit zurückzuführen, wo Sprache noch nicht entwickelt war. Die Trancelogik beinhaltet daher ein Verstehen auch auf dieser symbolischen Ebene, die im sogenannten „*Kollektiven Unbewussten*“ angesiedelt ist. Diese Archetypen sind über die Jahrtausende als Ur-Erfahrungen der Menschen instinktgeprägt entwickelt worden und für das Überleben der Art wichtig. Deshalb, und weil sich diese Archetypen in unterschiedlichen Kulturen auf der ganzen Welt ähneln, werden sie Jung zufolge weiter vererbt. (116)

## 2.11 Pacing und Leading

„*Pacen*“ von „*to pace*“ bedeutet gleichschreiten, sich angleichen bzw. sich auf jemanden einstellen. Dies geschieht beim Einsatz von Kommunikationstechniken wie der Hypnose, indem man sich an die Körperhaltung, an den Atemrhythmus, an das Sprachverhalten oder das nonverbale Verhalten einer Person angleicht. Menschen, die eine hohe Sprachbegabung haben, machen diese Art der Angleichung häufig unbewusst, indem sie versuchen, akzentfrei Fremdsprachen zu sprechen oder sich an die jeweilige Mundart in einer bestimmten Region anpassen. Auch der Erwachsene, der sich zum Baby in die Wiege beugt und mit weit offenem Mund Laute formt „*pact*“ das Baby. Das bedeutet, auch Pacing ist bis zu einem gewissen Rahmen ein ganz natürliches Verhalten des Menschen, mit dem Ziel vom anderen angenommen zu werden. Ganz natürliche Pacing-Zustände, die sich zwischen zwei Menschen automatisch einstellen, hat jeder schon erlebt. Beispiele dafür sind, wenn man beim gemeinsamen durch die Stadt Schlendern bemerkt, dass man sich im Gleichschritt befindet, oder wenn unbewusst, nahezu gleichzeitig zum Glas gegriffen wird, sobald der andere etwas trinkt. (3)

Das Pacing im Rahmen der ärztlichen Kommunikation verläuft fast gleich wie die unbewusst natürliche Anpassung in einer Alltagskommunikation an den Gesprächspartner. Der Unterschied besteht darin, dass Ärzte das Pacing bewusster einsetzen, als dies im Alltag der Fall ist und dabei das Ziel der Kommunikation mit dem Patienten genau im Auge behalten. Durch Pacing erfolgt das Herstellen eines intensiveren und zuverlässigeren Kontaktes auch auf einer unbewussten Ebene. Dieser „*Kontakt*“ benötigt nicht unbedingt inhaltliche Übereinstimmungen und ist deshalb besonders gut geeignet, auch in schwierigen Gesprächssituationen eine stabile und positive Beziehungsebene aufrechtzuerhalten. Gutes Pacing bewirkt somit eine bessere Kommunikation und damit auch bessere Ergebnisse. Es ist beim Pacen darauf zu achten, dass es in einem „*natürlichen Rahmen*“ geschieht. Ein übertriebenes „*Spiegeln*“ („*Isopraxismus*“) einer jeden körperlichen Reaktion des Gesprächspartners wäre daher unangebracht. (24,26) Wichtig für gutes Pacing sind eine präzise Wahrnehmung und Flexibilität. Erickson war ein Meister darin, sich den Repräsentationssystemen seiner Patienten anzugleichen. Er pacte die Körperhaltung und gleichte sich dem Atemrhythmus und der Sprechgeschwindigkeit seiner Patienten an. Dabei verwendete er Worte, die der Patient sagte, in dessen Tonfall und nutzte alle erdenklichen Signale wie Emotionen des Patienten, Auffälligkeiten an der Kleidung, Tics des Patienten oder was es auch war, um unbewusst auf der „*Ebene der Zugehörigkeit*“ Akzeptanz und Vertrauen zu schaffen. (26)

Bei einer auf diese Weise gut aufgebauten Beziehungsebene nennt man den Zustand oder das vertrauensvolle Verhältnis, das sich zwischen Arzt und Patienten aufgebaut hat, Rapport. Ist Rapport hergestellt und die Verbindung zwischen Arzt und Patient stark genug, dann wird der Patient sich mittels „*Leading*“ im Gespräch führen lassen. Durch bewusstes Verändern der eigenen Signale, die man aussendet, testet man, wie weit der Gesprächspartner mitgeht. Verändert man nun seine Körperhaltung, indem man beispielsweise seine Beine überkreuzt und der Patient tut dies ein paar Sekunden später bzw. zeitgleich auch, war der Rapport stark genug. Der Patient hat sich durch das Leading des Arztes führen lassen, er hat seine eigene Körperhaltung der des Arztes angepasst. Dieses kleine Zeichen ist als Geste der Übereinstimmung auf der Beziehungsebene zu werten. Damit ist die Basis geschaffen, gewünschte Veränderungen oder Reaktionen beim Patienten hervorzurufen und die Wahrscheinlichkeit ist nun viel höher, dass der Patient auch auf einer logischen Ebene der Fakten zur Übereinstimmung mit dem Arzt neigen wird. (26)

Diese Art des „Führens“ kann als „hohe Kunst“ bezeichnet werden, weil sie geschieht auf eine Art und Weise, bei der Menschen sich gut fühlen dürfen und auch bereitwillig annehmen können, was ihnen als Hilfeleistung angeboten wird. Amikale Lösungen, die auf diese Weise gefunden werden, stärken das Vertrauen des Patienten in den Arzt und erhöhen die Zufriedenheit auf beiden Seiten. (3)

Mit Stilmittel zu arbeiten, die Druck aufbauen oder den Patienten dazu veranlassen, im Gespräch etwas zu bestätigen, was er eigentlich gar nicht will, bewirkt mittel- und langfristig meist das Gegenteil von dem, was Ärzte erreichen wollen. Ein solches Stilmittel wäre z. B. das „Yes-Setting“. Grundsätzlich spricht nichts dagegen, solche Stilmittel einzusetzen, solange dabei die Integrität und der Wille des Patienten gewahrt bleiben. Das heißt, man darf den Patienten nicht überrumpeln und ihm umgangssprachlich ausgedrückt, „etwas“ auf das Auge drücken. Yes-Setting wird häufig eingesetzt, wenn sich wider Erwarten bei Pacing und Leading Widerstände ergeben, die nur ungenügend aufgelöst werden können. Das Ziel beim Yes-Setting ist, die Zustimmung des Patienten auf einer verbalen Ebene zu bekommen und das gelingt auch meist. Betreibt man dies allerdings zu unsensibel und vernachlässigt man irgendeine Ebene wie die intellektuelle oder die emotionale Ebene, wird das zuvor „Zugesagte“ später vom Patienten revidiert. Ein kurzes Beispiel für ein solches Yes-Setting, bei dem es Ziel ist, eine positive Antwort zu provozieren, wäre folgendes:

**A:** „Darf ich noch mal wiederholen was sie mir eben erzählt haben: Sie leiden nunmehr seit 2 Jahren unter ihren Hüftbeschwerden.“ (Blickkontakt aufnehmen und Ja-Antwort abwarten, bevor man weiter spricht) **P:** „Ja“

**A:** „Und die Schmerzen werden zunehmend stärker?“ **P:** „Ja“

**A:** „Ihr Mann hat mir am Telefon erzählt, dass Sie noch gerne die Gartenarbeit selbstständig verrichten, stimmt das?“

**P:** „Ja“

**A:** „Daran tun Sie gut. Bewegung ist im Alter das Wichtigste, um gesund zu bleiben, und Sie haben ja noch viel vor.“ (Kurze Gedankenpause – kritisch besorgtes Überlegen)

**A:** „Ich denke ein neues Hüftgelenk ist in ihrem Fall die einzige Möglichkeit, damit sie wieder schmerzfrei werden und sich wie gewohnt bewegen können. Sie wollen sich doch noch ein paar Jahre selber um ihren Garten kümmern!?“

**P:** „JA – ich denke auch dass dies die einzig vernünftige Lösung ist.“

## 2.12 Induktion

Die Induktion oder Einleitung der Hypnose in einen Trancezustand hängt sehr stark vom Setting, vom Ziel der Hypnose, von der Persönlichkeit des Hypnotisanden und von dessen Suggestibilität und Bereitschaft, in eine Trance zu gehen ab. Die Durchführung einer Tranceinduktion kann formell als „*Induktionsritual*“, als „*Schnellinduktionstechnik*“ oder als vorkonditioniertes „*Lenken der Aufmerksamkeit*“ innerhalb der Therapie durchgeführt werden oder informell mittels „*Analogem Markieren*“ während eines Gesprächs eingeflochten werden. Pacing bzw. Rapport ist die Grundvoraussetzung, um eine Induktion überhaupt durchführen zu können. Man kann eine Tranceinduktion auch von anderer Seite betrachten, nämlich, dass sie die Möglichkeit bietet, zwischen Therapeuten und Patienten einen Rapport herzustellen. Der Hypnosearzt nutzt („*pacing*“) dazu minimale Hinweisreize des Patienten und begegnet („*utilisiert*“) diesem in dessen Weltbild. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Hypnotisierbarkeit aus. (3) Nach Virginia Satir sind Pacing-Strategien für vier Kommunikationsstile in Tabelle 4 ersichtlich.

Tabelle 4: Pacing-Strategien für die vier Kommunikationsstile nach Satir [(3)]

	<b>Ankläger</b>	<b>Beschwichtiger</b>	<b>Rationalisierer</b>	<b>Verwirrer</b>
<b>Haltung</b>	Aggressiv, konkurrenzorientiert	Entgegenkommen, beziehungsorientiert	Emotionslos, sachlich, kontrolliert	Chaotisch, von sich ablenkend
<b>Grundgefühl</b>	Erfolglos, einsam	Wertlos	Emotional verletzbar	Ungeliebt
<b>Pacing-Haltung</b>	Ich achte Dich	Ich bin für Dich da	Ich schütze Deine Integrität	Du wirst mir nicht zu viel
<b>Hypnoseinduktion</b>	Wahlmöglichkeiten, Paradoxe Suggestionen, eher visueller Fokus	Zugewandtheit, fürsorgliche Induktion, eher kinästhetischer Fokus	Sachliche Suggestionen, Konfusion durch Überladung	Durch Fraktionierung übermüden, direkte Suggestionen,

Die Anpassung der Tranceinduktion sollte sich am Kommunikationsstil und der Persönlichkeitsstruktur des Patienten orientieren und erfordert vom Hypnosearzt eine gewisse Flexibilität und Sicherheit. Widerstand wird der Patient meist nur dann entgegen bringen, wenn versucht wird, ihm ein Ich-fremdes Konzept im Sinne einer standardisierten Tranceinduktion überzustülpen. (3)

Von den Methoden zur Tranceinduktion unterscheidet man direkte von indirekten Methoden. Direkte Methoden werden eher direktiv und konkret ausgeführt und setzen ein gewisses Autoritäts- und Machtverhältnis voraus. Indirekte Methoden wie nach Milton Erickson orientieren sich an den Ressourcen des Patienten, die bereits bei der Induktion genutzt („*utilisiert*“) werden und stellen die Kooperation des Hypnosearztes und des Patienten in den Vordergrund. (3)

## 2.12.1 Induktionsritual

Eine Person, die zuvor noch nie eine fremdgeführte Trance erlebt hat, kann mithilfe eines Suggestibilitätstests, auch Induktionsritual genannt, auf die Trance vorbereitet werden. Diese Vorbereitung verursacht bereits Trance und das funktioniert folgendermaßen:

Man sagt dem Hypnotisanden, man wolle erst einmal feststellen, wie hoch seine Konzentrationsfähigkeit sei und bittet ihn daher, seine Aufmerksamkeit auf nachfolgendes zu lenken: (Hier kann wieder das therapeutische Du angeboten werden)

- a) *Fingermagnete: „Falte deine Hände und strecke dabei beide Zeigefinger nach vorne, aber so, dass dazwischen zwei Zentimeter Luft bleibt. Jetzt konzentriere dich auf die Spitzen deiner Zeigefinger. Stell dir vor, deine Zeigefinger sind magnetisch und ziehen einander an. Immer mehr und weiter zueinander, sehr gut, und je mehr du dir das vorstellst, desto fester gehen sie zusammen ... usw.“*
- b) *Buch und Ballon: „Stell dich gerade hin, die Füße eng zusammen und schließe bitte deine Augen. Nun strecke beide Hände nach vorne und drehe, wenn du Rechtshänder bist, die Handfläche der rechten Hand nach oben, wenn du Linkshänder bist, die der linken Hand (erzeugt Konfusion weil der Patient denkt, was hat das mit der Händigkeit zu tun) nach oben. Sehr gut - und nun stelle dir ganz lebhaft vor, am Handgelenk der anderen Hand sei ein Bündel von diesen bunten Luftballons, die du vielleicht vom Jahrmarkt kennst - fest gebunden – mit*

*Helium gefüllte blaue und grüne Ballons - und weil das Glücksballons sind, ziehen sie deine Hand langsam nach oben – ganz von selbst nach oben – und du kannst dich dabei immer wohler und wohler fühlen – immer höher und wohler - und während das wie von selbst weiter geschehen kann, stelle dir bitte vor, auf der Handfläche der anderen Hand liegt ein dickes schweres Buch – ja genau – „genauso schwer“ (erzeugt Konfusion, weil nicht gesagt wurde, wie schwer genau) das dickste Buch, das du jemals in der Hand gehalten hast – und weil das so schwer ist – und ich mich frage, wie intensiv du diese „Schwere“ spürst (vertieft den Rapport) - geht deine Hand immer mehr und mehr nach unten – schwerer und nach unten – während die Schwere weiter von selbst geschehen kann - ergreift eine unglaubliche Leichtigkeit die andere Hand – immer leichter – immer höher und glücklicher - ein Gefühl von Leichtigkeit und Freude ...usw.“ (28)*

Am Ende von „*Buch und Ballon*“ befindet sich eine mittel suggestible Person meist in einer leichten bis mitteltiefen Trance. Wenn man der Person dann sagt, sie könne die Augen öffnen, wird sie feststellen, dass der eine Arm ein Stück oder sehr weit nach unten, der andere ein Stück oder sehr weit nach oben gegangen ist, je nach Suggestibilität. Bei manchen Probanden kann in diesem Stadium ein Arm bereits kataleptisch geworden sein, sodass beim sich Reorientieren der Arm noch eine Zeit lang in der ursprünglichen Stellung verbleibt und als „*gefühllos*“ oder „*abgespalten*“ vom Körper erlebt werden kann. Will man eine derartige Dissoziation der Arme bewirken, sind feine Nuancen des Gesagten ausschlaggebend für den Erfolg. Es macht dabei einen Unterschied, ob „*die Hand*“ oder „*deine Hand*“ gesagt wird. Anstatt der „*Glücksballons*“, die verwendet werden, um ein gutes Gefühl beim Patienten auszulösen, kann man, wenn es besser zum Patienten passt, auch die wissenschaftliche Erklärung wählen:

*„Wenn ich Sie gleich bitten werde, dass Sie sich vorstellen, wie ihre Hand nach oben geht, dann wissen Sie vielleicht, dass die Vorstellung einer Bewegung und deren Ausführung im Gehirn eng miteinander verbunden sind. Diese Art der Bewegungsausführung nennt man „Ideomotorik“ oder „Carpenter-Effekt“ – und auf diese Weise vermittelt jeder Gedanke an eine Bewegung die unmittelbare Tendenz, im Körper diese Bewegung ausführen zu wollen. ...usw.“*

Mit etwas Erfahrung kann man das gerade Erlebte des Patienten, nachdem dieser seine Augen wieder geöffnet hat, noch verstärken, indem man fragt:

*„Was war leichter vorzustellen: der leichte Arm oder der schwere Arm?“ Unabhängig von der Antwort fährt man fort: „War der Unterschied zwischen beiden Armen leicht, mittel oder deutlich zu spüren.“ Unabhängig von der Antwort erklärt man: „In tiefer Hypnose ist der Unterschied deutlich und der leichte Arm kann sich anfühlen, als würde er schweben. In mittlerer Hypnosetiefe gibt es einen moderaten Unterschied zwischen den beiden Armen. In leichter Hypnose gibt es keinen oder fast keinen Unterschied. Jeder noch so kleine Unterschied ist allerdings ein Beweis dafür, dass du in Hypnose warst.“ (28)*

Dieses Verstärken kann für Personen wichtig sein, die am eigenen „Erleben“ der Hypnose zweifeln. Einerseits wollen sie gerne in den Zustand einer Trance gehen, andererseits hindert sie ein zu straffes Kontrollbedürfnis daran, loszulassen. Deshalb helfen Erklärungen, Bestätigungen und Lob, damit auch „Zweifler“ ihren Weg in eine Trance finden können.

Normalerweise verändert beim Patienten die gemachte Erfahrung, dass Suggestionen von einer fremden Person eine unmittelbare Wirkung auf den eigenen Körper haben, die Wahrnehmung unmittelbar und stärkt das Vertrauen in die Fähigkeiten des Arztes. Für den Hypnosearzt sind erfolgreich durchgeführte Suggestibilitätstests nicht nur eine Bestätigung, wie weit der Patient seinen Aufforderungen nachkommt und damit ein Anhaltspunkt für die weitere Zusammenarbeit, sondern gleichzeitig auch Bestandteil der Hypnose. Das heißt, ein Suggestibilitätstest kann jederzeit auch als Induktion für eine Hypnoseeinleitung verwendet werden. (28)

## 2.12.2 Schnellinduktionstechnik

Bei der Handshake-Induktion entsteht durch eine „Musterunterbrechung“ beim Händeschütteln eine Art Schockstarre, die bei nahezu allen Probanden zwischen 0,7 und 1,2 Sekunden anhält. Sobald man das Muster des Händeschüttelns unterbrochen hat, muss die Zeit innerhalb dieses Zeitfensters (0,7-1,2 sec) genutzt werden, um Suggestionen zu geben, die aufgrund der durch die Musterunterbrechung hervorgerufenen Schockstarre ungefiltert und verstärkt ins Unterbewusste gelangen. Die Durchführung ist erfolgreich gelungen, wenn dies an einer „Starre der Hand“ erkennbar ist. Die Hand des Probanden bleibt in der zuvor gebrachten Stellung und man hat damit den manifesten Zustand einer

„Katalepsie“ ausgelöst. Verstärkt wird dieser Zustand durch weitere Suggestionen. Der ganze Vorgang funktioniert folgendermaßen:

Man streckt die Hand wie zu einer ganz normalen Begrüßung aus und sobald der Hypnotisand die Hand des Hypnotiseurs ergreifen möchte, zieht dieser seine rechte Hand zur Seite - umgreift mit der linken Hand (Daumen und Mittelfinger) leicht das rechte Handgelenk des Probanden (Drei-Finger-Griff) und macht einen Schritt zur Seite.

In einer fließenden Bewegung zieht der Hypnotiseur die Hand des Probanden in die Höhe – bis ca. 30 cm vor dessen Gesicht und hält mit Mittelfinger und Daumen noch leichten Kontakt zum Handgelenk (die Hand des Probanden bleibt aus eigener Muskelkraft in dieser Stellung). Gleichzeitig (sobald die Hand oben ist) zeigt der Hypnotiseur mit seinem rechten Zeigefinger auf die Handfläche des Hypnotisanden und sagt: „*Schau auf die Linien der Hand, schau nur auf die Linien der Hand und Du siehst, die Hand bewegt sich zu Dir.*“

Während der Hypnotiseur das sagt, tippt er mit dem Zeigefinger der linken Hand (Daumen und Mittelfinger berühren noch immer leicht das Handgelenk) ganz leicht die Hand des Hypnotisanden an, damit diese sich Richtung Gesicht bewegt. Wurde alles richtig gemacht, führt der Hypnotisand, angestoßen durch den leichten Bewegungsimpuls des Hypnotiseurs, eine „*stockende Bewegung*“ seiner Hand bis zu seinem Gesicht fort. Während diese Bewegung vom Hypnotisanden scheinbar automatisch ausgeführt wird, folgen weitere Suggestionen wie: „*Du merkst, wie sich Dein Fokus verändert und Deine Augen wollen sich schließen.*“ (*analoges markieren verwenden*) Gleichzeitig führt der Hypnotiseur seine rechte Hand mit einer Wischbewegung von oben nach unten vor die Augen des Hypnotisanden. (bewirkt Lidschluß) Nachdem der Hypnotisand seine Augen geschlossen hat, folgen weitere Suggestionen: „*Während deine Hand immer näher und näher zu deinem Gesicht kommt ...*“ Der Hypnotisand erlebt jetzt bereits seine Hand als völlig abgespalten. „*... genau – näher und näher – bis du es einfach geschehen lässt – ganz tief – nach innen – genau – genau in dem Moment wenn die Hand deine Stirn berührt gehst du ganz tief – zehnmal tiefer als du es schon bist.*“ (28) Diese Suggestion kann bereits mit dem Berühren der Stirn einen „*tiefen Trancezustand*“ auslösen. Nachdem der Patient bei geschlossenen Augen nicht sehen kann, wann die Hand die Stirn berühren wird, kommt der Überraschungseffekt dazu, der vom Hypnotiseur weiter durch Suggestionen verstärkt werden kann. Dieses Szenario lässt sich bei hochsuggestiblen Personen innerhalb weniger Minuten bis in sehr tiefe Trancezustände fortführen. (28)

Bei Schnellinduktionen entscheidet das Timing, der Vorteil den sich der Hypnotiseur durch den Überraschungsmoment sichert und eine exakte Durchführung über gelingen oder Misserfolg. Schnellinduktionen wie die Handshake-Induktion sind weniger für das klinische oder therapeutische Setting gedacht. Doch sie stellen eine gute Möglichkeit dar Trancephänomene zu erzeugen und die Induktion zu üben. Hat man erst einmal die Erfahrung gemacht, wie einfach man Trance bei einer anderen Person erzeugen und vertiefen kann, hilft das die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfeinern und weiter zu entwickeln. Dabei zu bedenken sind ethische Aspekte. Im vertrauten Umfeld oder bei Ankündigung unter Freunden stellt diese Art der Induktion bestimmt kein Problem dar. Schnellinduktionen zu üben, wie es Erickson gemacht hat und dabei jede Gelegenheit zu nutzen, wie z. B. in der Wartehalle eines Bahnhofes, sollte allerdings nicht Primärziel sein.

### 2.12.3 Einstreutechnik

Bei dieser Technik kann man durch geschicktes Einstreuen von indirekten Suggestionen während eines Gesprächs Trance induzieren. Dies kann z. B. beim ärztlichen Gespräch dazu dienen, den Patienten für eine bestimmte Sache wie „*seinen Gesundheitszustand*“ oder „*die bevorstehende Therapie*“ zu sensibilisieren. Bewusst und bedacht eingesetzt, kann diese Art von Induktion „*Placebowirkungen*“ fördern und somit zur Genesung des Patienten beitragen. Die beiläufig verwendeten Suggestionen können als solche durch „*analoges Markieren*“ dem bewussten Denken des Patienten verborgen bleiben, jedoch Klangfarbe und Modulation der Stimme hinterlassen unbewusst den erwünschten Effekt. Bekanntermaßen funktioniert dies deshalb, weil der größte Teil des Kommunikationsergebnisses nicht vom „*Inhalt*“ des „*Gesagten*“ abhängt. Der weitaus größere Teil der Kommunikation wird durch Mimik, Gestik, Stimmlage und Nonverbaalem beeinflusst. Eine gute Übung, nonverbales Verhalten zu beobachten stellen „*Politikerreden*“ dar, die man sich „*ohne Ton*“ anhören kann, um im Anschluss „*mit Ton*“ zu vergleichen, ob man die Rede als „*kongruent*“ erlebt hat. Die Einstreutechnik kann auch mit anderen Techniken, wie der „*Konfusionstechnik*“, kombiniert werden. Dabei nutzt man die Verwirrung oder Verwunderung des Patienten, was zur Folge hat, dass das „*kritische Bewusstsein*“ in einem Moment der Verwunderung bzw. Überraschung umgangen wird und der Patient dadurch eine Suggestion unkritisch(er) annehmen/aufnehmen kann. Die Einstreutechnik verwendete Erickson gerne, indem er seinen Patienten Geschichten erzählte, die scheinbar nur indirekt etwas mit deren Situation

zu tun hatten, dabei ließ er auf gekonnte Art und Weise Suggestionen zum Wohle seiner Patienten einfließen, wie in Kapitel 1.1.3 bereits beschrieben. (3,25)

## 2.12.4 Tranceinduktion bei Kindern

Geschichten sind besonders beliebt und auch erfolgreich anzuwenden, um Kinder in Trance zu führen. Zu beachten ist, dass Kinder keine „*kleinen Erwachsenen*“ sind und es daher einer besonderen Vorgehensweise bedarf. Schon Erickson machte dies deutlich, indem er den Begriff „*pädiatrische Hypnotherapie*“ benutzte, um damit zu verdeutlichen, dass die Sichtweisen von Kindern besonders zu berücksichtigen sind. (3) Für Kinder sind solche Induktionsmethoden sinnvoll, die dem sprachlichen und entwicklungsbedingten Zustand des Kindes entsprechen. So kann ein präverbales Summen genau das Richtige für das Kleinkind sein und eine Handpuppe passend für das Grundschulkind. Der Arzt sollte in der Vorgehensweise sehr flexibel und eher permissiv vorgehen und dabei einige Objekte und Methoden zur Fesselung der Aufmerksamkeit des Kindes bei sich haben. (107)

Ein gutes Beispiel einer Tranceinduktion für Kinder ist das eines Zahnarztes, der eine Handpuppe benutzt, die er in den Mund eines 8-jährigen Mädchens schauen lässt und wo im Anschluss das Mädchen in den Mund der Puppe schauen darf. Schon hier nutzt der Arzt die Möglichkeit des „*Seedings*“, in Form einer Vorkonditionierung, indem er die Puppe sagen lässt: „*Den geöffneten Mund sehe ich mir jetzt ganz entspannt an.*“ Dadurch verbindet der Arzt den offenen Mund mit Entspannung und lässt die Puppe weiter sprechen: „*Der Speichel wird später ja weniger.*“ Eine Assoziation für eine spätere Speichelkontrolle ist damit hergestellt und der Arzt spricht weiter: „*Im Zauberwald ist alles wunderschön und ein kleiner Hase kuschelt ... usw.*“ Damit bereitet der Arzt Lisa auf die spätere Intervention „*Zauberwald*“ vor und wenn der Moment gekommen ist, sagt der Arzt z. B.: „*Und beim Eintreten in den Zauberwald, legt sich eine Wolke von diesem bunten angenehm duftenden Zaubernebel um dein Gesicht – das macht Freude zum Träumen ... usw.*“ Dabei streicht der Arzt mit einer Hand von oben nach unten über das Gesicht des Kindes, das nun die Augen schließt und während der Arzt seine Geschichte weitererzählt, kann er das Mädchen behandeln, die ohne Widerstand und bereitwillig mit geöffnetem Mund in ihrer Traumwelt auf dem Hypnosestuhl des Zahnarztes liegen bleibt. (107,117)

## 2.13 Utilisation und Reframing

Utilisieren bedeutet „nutzen“ oder „verwenden“ und beinhaltet, dass alle Eigenheiten oder Eigenschaften, die ein Patient mitbringt, als mögliche Ressource für das Erreichen therapeutischer Ziele genutzt werden können. Das „Utilisationsprinzip“ ist die zentrale Säule der Hypno- und Psychotherapie von Milton Erickson und bildet die Grundlage für das, was heute als ressourcen- und lösungsorientiertes Arbeiten in der Psychotherapie bezeichnet wird. Unter „Reframing“ versteht man, einer Situation, einem Verhalten oder einem Sachverhalt eine andere Bedeutung zu geben. Da wir alles, was wir wahrnehmen, in einem bestimmten Bezugsrahmen sehen, meint Reframing „das Verändern“ des Bezugsrahmens oder anders ausgedrückt, die Dinge von einem anderen Blickwinkel aus zu betrachten. Was ein veränderter Bezugsrahmen ausmacht, soll nachfolgende Anekdote schildern: (3,94)

Ein sehr wohlhabender Mann nahm seinen 10-jährigen Sohn mit auf das Land, und wollte ihm zeigen, unter welchen bescheidenen Verhältnissen die Menschen dort leben müssen. Beide verbrachten einen Tag und eine Nacht bei einer sehr armen Familie auf einem Bauernhof. Wieder zu Hause fragte der Vater den Sohn, ob er nun verstanden habe, was Armut bedeute und was er daraus gelernt habe. Der Sohn antwortete: *„Oh ja Vater, das habe ich verstanden. Die Menschen dort haben vier Hunde und wir einen. Wir haben einen großen Swimmingpool und die Leute auf der Farm einen See, der gar nicht mehr aufhört. Wir haben schöne Lampen im Haus und können abends alleine lesen und die Menschen dort sitzen jeden Abend bei Kerzenlicht zusammen und sind fröhlich. Der Vater war sprachlos. Danke Vater, dass du mir gezeigt hast, wie arm wir sind.“*

Dieses Beispiel zeigt, wie ein veränderter Bezugsrahmen einem gemeinsam verbrachten Wochenende eine völlig andere Bedeutung verleiht. Der Sohn des Mannes verändert durch das Erzählen seines Erlebens unbeabsichtigt den Bezugsrahmen des Vaters. Auch Ärzte können das „Verändern“ des Bezugsrahmens ihrer Patienten einleiten und zwar gezielt, wenn dies angebracht scheint.

## 2.13.1 Aspekte für Utilisation

Um einen Überblick darüber zu geben, was mit Utilisation gemeint ist, werden einige „Aspekte für Utilisation“ angeführt. Das Utilisieren dient „im Rahmen der Hypnose“ vor allem dazu, es dem Patienten zu erleichtern, in Trance zu gehen und es erleichtert es dem Therapeuten, die Ressourcen des Patienten zu aktivieren.

### 2.13.1.1 Utilisation und Reframing von Lärm oder Unterbrechungen

Während einer Trance können Geräusche vom Patienten als störend empfunden werden. Dem kann vorgebeugt werden, indem man z. B. eine vorbei fahrende Straßenbahn mit in die Trance einbaut. Man gibt dem Geräusch damit einen anderen Rahmen (Reframing), sodass es nicht mehr als störend empfunden wird, wie das folgende Beispiel zeigt.

*„Die Sirene des Folgetonhorns macht darauf aufmerksam, dass gerade Menschenleben gerettet werden und dieser Ton kann das Gefühl von Sicherheit auslösen und weil das so ist vertieft sich die Entspannung noch mehr – zehn mal tiefer - jetzt.“*

Wenn jemand durch etwas aus der Trance heraus geht/heraus gerissen wird, kann es hilfreich sein, die Unterbrechung zu „Utilisieren“ und das Herausgehen aus der Trance zu „Reframen“ und zwar wie folgt:

*„Genau so einfach, wie man aus einem entspannten Zustand herausgeht, genau so einfach kommt man wieder hinein in diese tiefe Entspannung – jetzt – und sogar noch tiefer als zuvor.“ (26)*

### 2.13.1.2 Utilisation von Widerstand

Es gibt immer wieder Patienten mit sehr großem Kontrollbedürfnis, denen es schwer fällt, ihr gewohntes bewusstes Denken für kurze Zeit loszulassen und gegen das Zustands-Erleben einer Trance einzutauschen. Diesen Menschen ist geholfen, wenn man auf ihren inneren Widerstand aufmerksam macht und diesen in Form von klaren Anweisungen zu lösen versucht wie z. B. folgendermaßen:

*„Es ist gut, Kontrolle zu bewahren. Deshalb würde ich dich bitten, auf jedes Wort, das ich sage, ganz genau zu achten. Vor allem darauf zu achten, wie ich es sage und vor allem sehr genau darauf zu achten, was sich dabei in deinem Körper verändert. Beobachte sehr genau, was du hörst, was du denkst, beobachte deine inneren Bilder, die kommen und deine Muskeln, wenn sie sich entspannen und beobachte gut, was du fühlst.“ (26)*

Bei diesem Beispiel bekommt ein Patient mit starkem Kontrollbedürfnis bestätigt, dass es völlig in Ordnung ist, die Kontrolle zu bewahren. Er soll auf jedes Wort ganz genau achten, was seinem Naturell auch entspricht. Dann wird das dritte Mal *„genau darauf zu achten“* fast wie ein *„Yes-Setting“* eingesetzt und die Aufmerksamkeit auf den Körper des Patienten gelenkt. Ohne dass der Patient es bemerkt, hingeführt worden zu sein, ist er mit seiner Aufmerksamkeit nicht mehr im *„Kopf- bzw. Kontrolldenken“*, sondern im *„körperlichen Erleben“*. Geschickter Weise führt man den Patienten dann sanft zwischen Kopfdanken und dem Lenken der Aufmerksamkeit auf den Körper hin und her, lässt je nach Ziel der Hypnose assoziiertes Bilderleben oder Dissoziation mit einfließen oder beides. Diese Art des *„Sprechens“* nennt man die Kunst der *„hypnotischen Kommunikation“*.

## 2.14 Selbsthypnose

Es gibt viele Möglichkeiten, abzuschalten, wie z. B. mittels Autogenem Training, Meditation, Mentaltraining, um einige zu nennen. Bei all diesen Methoden handelt es sich letztendlich um eine Form der Selbsthypnose. Welche Methode man wählt, hängt davon ab, welches Ziel man verfolgt. Muss es schnell gehen, um innerhalb von ein paar Minuten den Kopf frei zu bekommen oder will man sich relaxt fühlen und den Körper in einen ressourcenvollen Zustand bringen oder möchte man Veränderungsarbeit leisten? Wurde die Frage der Ausgangsmotivation beantwortet, geht man daran, auszuprobieren, was für einen persönlich am Wirksamsten ist. Letztendlich findet jeder das, was am besten zu ihm bzw. seinem bevorzugten Repräsentationssystem passt.

Zuerst wird eine Methode vorgestellt, die praktisch sofort erlernbar und einfach in der Umsetzung ist und die man verwenden kann, um Stress erst gar nicht aufkommen zu lassen, oder um einen bereits erhöhten Stresslevel zu senken. Entlehnt und adaptiert ist diese Methode von Ericksons zweiter Frau Betty, weshalb sie auch Betty Erickson

Methode genannt wird, auch bekannt unter 5-4-3-2-1-Selbsthypnosetechnik. (14) Die nachfolgenden zwei Beispielen werden aus didaktischen Gründen einmal in der Ich-Form und einmal aus der Beobachterposition beschrieben:

„Zuerst mache ich es mir auf meinem Stuhl bequem und entscheide, wie lange ich in Selbsthypnose bleiben möchte: *„Ich gehe für 5 Minuten in Selbsthypnose.“* Dann denke ich daran, was ich von den nächsten fünf Minuten erwarte und lenke meine Aufmerksamkeit auf irgendeinen Gegenstand im Raum, den ich für ungefähr 10 Sekunden anschau. Beim Betrachten fokussiere ich nicht, sondern verändere meinen Blick so, als würde ich etwas, das weiter dahinter liegt, anschauen, wie man es beim: *„In’s Narrenkastl schaun“*, macht. Dann kommentiere ich mit drei Äußerungen, was ich gerade höre, spüre und sehe. Wenn ich alleine bin, mache ich das laut, ansonsten mithilfe der inneren Stimme: *„Ich höre, wie die Uhr tickt, und spüre dabei ein leichtes Summen im Kopf, während ich sehe, wie langsam der Tisch vor meinen Augen zu verschwimmen beginnt.“* Im nächsten Moment schließe ich die Augen und tauche in eine mittlere bis tiefe Trance ein, aus der ich von selbst nach fünf Minuten wieder herausgehe. Hinterher fühle ich mich relaxt und erholt, frisch und munter und voller Energie.“

Wenn man die Selbsthypnose das erste Mal macht, ist nachfolgende Beschreibung vielleicht zielführender, weil es doch einiger Übung bedarf, innerhalb kurzer Zeit in Trance zu gehen.

Man macht es sich auf seinem Platz bequem und betrachtet irgendeinen Gegenstand im Raum defokussiert. Dann kommentiert man, was in der Umgebung mit den fünf Sinnen wahrnehmbar ist. Riechen oder schmecken kann neben den drei Hauptsinnen auch verwendet werden. Man spricht laut aus: *„Ich höre die Vögel zwitschern, ich spüre den Sessel, auf dem ich sitze, ich sehe den Kugelschreiber in meiner Hand, ich rieche das Holz aus dem Kachelofen.“* Dann verbindet man die Wahrnehmung mit einer Äußerung, die die Aufmerksamkeit nach innen lenkt und spricht weiter: *„Ich höre die Vögel zwitschern, ich spüre ein Pulsieren in meinen verschränkten Fingern, ich spüre die Sonnenstrahlen in meinem Gesicht und sehe ein glitzerndes „Rot“ durch meine geschlossenen Augen schimmern.“* Das Ganze wiederholt man mehrmals und verlagert das Sinneserleben mehr und mehr nach innen und spricht weiter: *„Ich höre, wie ich ein- und ausatme, ich fühle, wie sich Entspannung in meinem Bauch ausbreitet, ich sehe innerlich ein Bild vom letzten Urlaub.“* Man kann während dieses Monologes die Augen schließen und wieder öffnen

und wieder schließen. Dies nennt man „*Fraktionieren*“ und bewirkt, dass man nach jedem Lidschluss tiefer in Trance versinkt als zuvor.

Wenn die Wahrnehmung nach außen gerichtet ist, kann man die Augen geöffnet halten und anschauen, was man sieht und dies beschreiben: „*Ich sehe einen gestickten Wandteppich.*“

Wenn die Wahrnehmung nach innen gerichtet ist, können die Augen geschlossen werden und wieder spricht man laut: „*Ich höre die Stimme meines Kindes, wie es sagt...*“ Die Reihenfolge, welche Sinne verwendet werden, ist Geschmackssache, jedoch sollte man die Sinneskanäle wechseln und das so lange ausprobieren, bis man ein Gefühl dafür bekommt, was am besten funktioniert. Normalerweise beginnt man nach ein paar Minuten, allmählich immer entspannter zu werden, bis sich eine leichte bis mitteltiefe Trance einstellt. Um aus der Trance wieder herauszugehen, atmet man ein paar mal bewusst tief aus und ein, dabei kann man von eins bis zehn zählen, öffnet bei zehn die Augen und ist wieder ganz orientiert und hellwach. Sollte diese Übung in einem ermüdeten Zustand begonnen werden, kann es sein, dass man dabei einschläft. Diese Methode ist aufgrund ihrer Einfachheit äußerst wirksam und eine gute Übung mit Erfolgsgarantie.

## 2.15 Visualisieren und Mentaltraining

Die menschliche Vorstellungskraft bzw. Imaginationsfähigkeit kann für therapeutische Zwecke und für die Eigenanwendung genutzt werden. Die dabei spontan auftretenden und auch bewusst herbeigeführten inneren Bilder ermöglichen es, mit unseren unbewussten intrapsychischen Fähigkeiten in Kontakt zu treten. Ziel der Eigenanwendung ist es, das eigene Potenzial und die unbewussten Fähigkeiten zu stärken und zu entfalten. Mithilfe der inneren Bilder kann man z.B. ein erwünschtes Verhalten in der Vorstellung einüben, um es später in einer bestimmten Situation leichter umsetzen zu können. (12) Voraussetzung für das zielgerichtete Visualisieren ist eine gute Imaginationsfähigkeit, eine klare Zielformulierung und ein entspannter Zustand. (13)

Die imaginierten Vorstellungsbilder können durch Autosuggestionen verstärkt werden und so stark wirken, dass ein zurückliegendes Ereignis durch das Neuerleben der Situation verändert werden kann. Dies nennt man „*Mentales Um-Erleben*“ und wird bei der Selbsthypnose und im Mentaltraining, wie auch beim Arbeiten mit traumatisierten Patienten eingesetzt. Da das Unterbewusste nicht unterscheidet zwischen wirklich Erlebtem und lebhaft Vorgestelltem, kann das Visualisieren einen Veränderungsprozess

auslösen, der unmittelbar die Tiefenstruktur umgestaltet. (13,49) Beim Mentaltraining ist es nötig, den erwünschten Endzustand mental voraus zu erleben und zwar möglichst real und mit so vielen Sinnesqualitäten wie möglich. Das Bild, bzw. das vorgestellte Geschehen wird dabei mit starken positiven Gefühlen verbunden. Das Vorgestellte kann auch als Film erlebt oder betrachtet werden. (13) Beim assoziativen Imaginieren befindet sich die imaginierende bzw. meditierende Person mitten im Geschehen, dabei kann das Erleben so real werden, wie das Gefühl in dem Moment, wenn man aus einem schönen Traum erwacht und für kurze Zeit nicht weiß, war das jetzt wirklich oder habe ich das alles nur geträumt. (118)

Von einer Metaebene aus betrachtet, oder sich wie in einem Film auf einer Leinwand zu sehen, nennt man dissoziiertes Imaginieren. Assoziiertes Imaginieren ist aufgrund der stärkeren Identifikation bei ressourcenorientierter Veränderungsarbeit im psychischen Bereich wirksamer als dissoziiertes Imaginieren, und braucht, je nachdem, wie viele Sinnesqualitäten bzw. Repräsentationssysteme man einsetzt, etwas Übung. Dissoziiertes Imaginieren lässt sich gut verwenden, wenn man ein Erlebnis oder eine Situation bearbeiten möchte, die bedrohlich wirkt oder zu der man etwas Abstand gewinnen möchte. Im Zen-Buddhismus gibt es einen Satz, der lautet: *„Wenn ich feststelle, dass ich traurig bin, dann bin ich mehr als meine Traurigkeit.“* Dieser Satz meint: *„Sich-neben-sich-Stellen“*, *„Sich-Beobachten“* und *„Sich-mal-von-außen-betrachten“* können. (67)

Durch die Dissoziation beim Imaginieren erzeugt man einen gewünschten Abstand. Dieser hilft, Gefühle des Unwohlseins, die man mit einer Situation verbindet, wenn man sie sich vorstellt, nicht aufkommen zu lassen und es ist auch hilfreich, sich eine Sache, in der man sehr verhaftet ist, aus einer neutralen Beobachterposition anzuschauen. Diese Technik ermöglicht es, aus einer festgefahrenen Situation wieder in Bewegung zu kommen. So können vergangene Situationen um-erlebt und zukünftige Situationen imaginativ voraus erlebt werden. Sehr erfolgreich einsetzbar sind Mentaltrainingstechniken, wenn man Probleme mit Prüfungssituationen hat. Man kann durch die Perspektive des dissoziierten Imaginierens sehr gut alte Blockaden abbauen, um im gleichen Zuge durch assoziiertes Imaginieren die zukünftige Situation mental vor sich zu sehen, so wie sie verlaufen soll, in allen Einzelheiten und stark gefühlsbesetzt. Macht man dies wiederholt, wirken die voraus erlebten Bilder als starke innere Anker, die in der realen Situation Stabilität und Sicherheit vermitteln. (118)

Eine erstaunliche Erfahrung, die man beim Anwenden dieser Technik machen kann, ist, dass mental voraus erlebte Situationen oft mit einer Präzision eintreten, genauso wie man sie sich gedanklich vorkonditioniert hat. Dies überrascht nicht, denn das Unbewusste hat die Tendenz, „*emotional behaftete*“ und „*lebhaft vorgestellte*“ Inhalte in der Realität umzusetzen. Ein Beispiel für einen emotional behafteten Inhalt ist die große Freude über das neu gekaufte Auto. Eine Woche zuvor hat man noch nicht bemerkt, dass plötzlich so viele Leute mit demselben Modell fahren. Das heißt, unsere Filterfunktionen sind von Natur aus darauf konditioniert, für uns Unwesentliches auszublenden und fokussieren sich auf das Wesentliche. Alles, was stark emotionsbehaftet ist, kann für uns nicht unwesentlich sein, weil die Emotion seit jeher das Überleben des Menschen gesichert hat. (118)

Visualisierungstechniken verwendet man auch in der Fremdhypnose. Für den Einsatz von assoziativen Techniken ist bei Fremdhypnose die aktive Mitarbeit des Patienten erforderlich sowie eine sehr hohe Motivation und Imaginationsfähigkeit, während die Hypnotisierbarkeit nicht unbedingt hoch sein muss. Assoziative Techniken können auch aus einem Gespräch heraus ohne explizite Hypnoseinduktion durchgeführt werden. (12)

Durch das Verwenden von „*Submodalitäten*“, wie z. B. den Kontrast eines Bildes heller oder dunkler machen, weiter oder näher heranholen, größer oder kleiner machen, verfeinert man das Erleben und erzielt damit eine verstärkte Wirkung, weil das innere Erleben damit detailgetreuer wird. (13,118)

### 2.15.1 Assoziiertes Imaginieren

Patienten werden dann etwas umsetzen, wenn man ihnen eine genaue Anleitung dafür gibt und die Motivation entsprechend hoch ist. Bei kardiovaskulären Patienten von Dr. B. und Dr. G. trifft beides zu. Die Patienten bekommen ein Konzept im Sinne einer ganzheitlichen Patientenbetreuung, in dem auch die assoziative Körperimaginationübung eine wesentliche Rolle spielt. Im Rahmen der Primärprävention, bei der Behandlung von Hypertonie, mit dem Ziel das KHK-Risiko (Koronare Herzkrankheit) zu senken, kann begleitende Hypnose hilfreich sein. Das therapeutische Vorgehen kann mit anderen Techniken verknüpft werden wie mit einfachen Atemübungen, geeignet zur Anwendung in den häuslichen Verhältnissen. (27) Dies machen sich die Kardiologen zunutze und kombinieren die Hypnose mit einer anerkannten Technik aus der TCM (Traditionelle

chinesische Medizin) und vereinen so Akupunktur und Hypnose zur „*Hypnoakupunktur*“, was einige Vorteile mit sich bringt.

Auch im klinischen Alltag setzen die Mediziner die Hypnose ein, wie bei Herz-Katheter-Untersuchungen und ersparen sich die sonst übliche medikamentöse Sedierung. Bei Myokardinfarktpatienten ist bekannt, dass neben den Hauptrisikofaktoren auch Stress- und Wuterleben eine Rolle spielen, vor allem innerhalb der nächsten sechs Monate nach einem Insult, einen Reinfarkt zu erleiden. Hat der Patient einen Bypass bekommen oder einen Infarkt hinter sich, ist die begründete Angst vor einem Rückfall oft die „*größte Sorge*“ des Patienten und das kann mittels Hypnoakupunktur sehr gut abgefangen werden. Durch die Hypnoakupunktur kommt es zu einer erheblichen Reduktion von Angst, Müdigkeit, Depressivität und dem Gefühl von Ärger beim Patienten. Ein wichtiger Teil der Therapie ist das Erlernen von Bewältigungsstrategien, die der Hypnoakupunkteur mit dem Patienten erarbeitet. Die von Dr. G. und cand. med. K. entwickelte Methode bewirkt positive Veränderungen im Tagesrhythmus und hat Auswirkungen auf das Stresserleben und kann z. B. bei der Tabakentwöhnung genutzt werden. Der Patient wird während der stationären Behandlung nach einem akuten Ereignis auch für die häuslichen Verhältnisse gut vorbereitet. Der Patient lernt, dass er einen entscheidenden Beitrag zu seiner Genesung bzw. seiner Herzgesundheit leisten kann. Für diesen Zweck wird dem Patienten für zu Hause das Tool der „*Assoziierten Körperimagination*“ nahegelegt. Durch die Hypnoakupunktur wird der Patient für sein eigenes Tranceerleben sensibilisiert, lernt, sich mittels Atemübungen körperlich und psychisch zu entspannen und wird zum weiteren selbstständigen Arbeiten angeregt, was wie folgt aussieht:

Der Hypnoakupunkteur arbeitet mit dem Patienten eine ganz persönliche Imaginationsübung aus, in der die Vorlieben des Patienten berücksichtigt werden. Der Patient kann die Übung zuhause zu festgelegten Zeiten durchführen und bei Bedarf auch mit einem Audiosystem aufzeichnen. Die Imaginationsübung ist auch dafür gedacht, akutes Stresserleben, das der Patient tunlichst vermeiden sollte, relativ rasch in den Griff zu bekommen. Während der Übung stellt sich ein Patient, der seine Zeit z. B. gerne in den Bergen verbringt, folgendes vor:

*„Ich atme die kristallklare Bergluft ein und mit jedem Atemzug, der meine Lungen füllt und wieder leert, verteilt sich die ruhige Frische und die hohe Gesundheit der Berge über meine Blutgefäße, sodass der lebensspendende Atem alle Organe ausreichend mit lebendigem Sauerstoff anreichert und eine wohltuende Weite im herzerfüllten Brustraum*

*bemerkbar wird und weil sich das so gut anfühlt, ist mein Herz ausgefüllt mit duftender Freude, sodass eine Lebendigkeit spürbar ist, in allen Gliedern und Teilen meines Körpers, der sich plötzlich so anders anfühlt, so angenehm so frisch und verändert usw. ...“*

Das Vermischen von Sinnesebenen bewirkt, dass der Patient eine synästhetische Wahrnehmung erleben kann. Dies ermöglicht ein besseres Wiederfinden des Körpererlebens, das einem Großteil der Patienten oft schon über Jahre gefehlt hat. Dass beispielsweise die Berge keine „hohe Gesundheit“ haben, ist jedem klar. Jedoch in Trance bzw. Selbsthypnose assoziiert der Patient „Gesundheit“ mit „Bergen“ und dies regt entsprechende Suchprozesse an.

Diese Imaginationübung wird ganz genau durch vorangegangenes Üben und Befragen des Patienten auf dessen Bedürfnisse und Repräsentationssysteme zugeschnitten, sodass er so realistisch wie möglich die vorgestellten Körperempfindungen erleben kann und dabei von Mal zu Mal eine spürbare Veränderung im Körper bemerkt. Durch das eigene Körpererleben in Verbindung mit positiv erlebten Gefühlen und den Stressabbau wird es dem Patienten ermöglicht, einen großen Beitrag zur eigenen Gesunderhaltung zu leisten.

Abschließend sei zu erwähnen, dass die Einsatzmöglichkeiten von erweiterter ärztlicher Kommunikation im Sinne von Hypnose, kombiniert mit NLP-Techniken gegeben sind, genauso wie der Bedarf. Dieser Schluss liegt nahe, wenn man die Ergebnisse in der Literatur und in Studien (gilt für Hypnose) betrachtet. Die Studien zeigen durchwegs die Wirksamkeit hypnotischer Kommunikation in den unterschiedlichen Fachdisziplinen der Medizin auf. Jedoch bedarf es einer Erhöhung der Akzeptanz auf Seiten der Behandler durch entsprechende Information, Aufklärung sowie Aus- und Weiterbildung wie auch durch klar vorgegebene Möglichkeiten der Anwendbarkeit um die Hypnose attraktiver zu machen.

Mit dieser Arbeit wurde ein kleiner Ausschnitt vorgestellt, der in noch geringerem Maße zeigt, was mit hypnotischer Kommunikation möglich ist. Eine erweiterte ärztliche bzw. hypnotische Kommunikation birgt ein bisher kaum genutztes Potenzial an Möglichkeiten in sich, das für den Einsatz in Bereichen wie Schmerzmedizin, Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie, Stärkung des körpereigenen Heilungssystems, Traumata-Verarbeitung oder der Psychiatrie in breiterer Anwendung genutzt werden könnte. Ob und wie weit sich die Akzeptanz der hypnotischen Kommunikation etablieren wird, muss die Zeit zeigen.

# GLOSSAR UND ABKÜRZUNGEN

AD	Antidepressiva
ANS	Autonomes Nervensystem
ARAS	Aufsteigendes Retikuläres Aktivierungssystem
AT	Autogenes Training
AWD	Allgemeiner Wirtschaftsdienst
BOLD	Blood Oxygenation Level Dependent
B-Zelle	B-Lymphozyt
CANI	Constant And Never-ending Improvement
CD4-Zelle	T-Helferzelle
CD8-Zelle	T-Killerzelle
COMT	Catechol-O-Methyltransferase
DGÄHAT	Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DMN	Default Mode Network
DVAG	Deutsche Vermögensberatung AG
EEG	Elektroenzephalographie
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie
HGSHS	Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility
HHN-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
IASP	International Association for the Study of Pain
KHK	Koronare Herzkrankheit
KO	Körperoberfläche
KUNE	Konstante Und Niemals-endende Entwicklung
M.A.	Master of Arts
M.D.	Doktor der Medizin
Mamma-Ca	Mammakarzinom
MDAX	Deutscher Aktienindex
MEG	Magnetenzephalographie
MLM	Multi-Level-Marketing
MLP	MLP Finanzdienstleistungen AG
NK-Zelle	natürliche Killerzelle
NLP	Neuro-Linguistisches Programmieren
NLT	Neuro-Linguistic Training
OSS	Office of Strategic Services
OVB	OVB Holding AG
PET	Positronen-Emissions-Tomographie
PJ	Praktisches Jahr
REM	Rapid Eye Movement
SHSS	Stanford Hypnotic Susceptibility Scale
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SSM	Studien-Spezial-Modul
SSW	Schwangerschaftswoche
TCM	Traditionelle chinesische Medizin
USA	United States of America
ZNS	Zentralnervensystem

# **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

Abbildung 1: Das Auge des Re [ <a href="http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM">http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM</a> ] .....	16
Abbildung 2: Der Sonnengott Re [ <a href="http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM">http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM</a> ] ...	17
Abbildung 3: Franz Anton Mesmer [ <a href="http://www.britannica.com/EBchecked/media/169415/Franz-Anton-Mesmer">http://www.britannica.com/EBchecked/media/169415/Franz-Anton-Mesmer</a> ] .....	19
Abbildung 4: Haus von Milton H. Erickson [Verfügbar unter: Nemetschek P. Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Kotta Verlag; 2011.].....	26
Abbildung 5: Milton Hyland Erickson [Verfügbar unter: Nemetschek P. Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Kotta Verlag; 2011.]...	28
Abbildung 6: Thomas von Aquin, Original lat.: "Nihil est in intellectu, quod non sit prius in sensu." [Verfügbar unter: <a href="http://de.wikiquote.org/wiki/Thomas_von_Aquin">http://de.wikiquote.org/wiki/Thomas_von_Aquin</a> ] .....	35
Abbildung 7: Zirbelnuss-Statue im Cortile della Pigna des Vatikan [ <a href="http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cortile_della_Pigna_-_lance_mountain.jpg">http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cortile_della_Pigna_-_lance_mountain.jpg</a> ]....	75
Abbildung 8: Nachahmung [ <a href="https://www.facebook.com/kune20">https://www.facebook.com/kune20</a> ].....	83
Abbildung 9: Model of the mind [ <a href="http://laurentdunienville.files.wordpress.com/2013/04/webdiagrams_model.png">http://laurentdunienville.files.wordpress.com/2013/04/webdiagrams_model.png</a> ] .....	89
Abbildung 10: Die logischen Ebenen .....	97

# **LITERATURVERZEICHNIS**

- (1) Höffe O. Kleine Geschichte der Philosophie, Hörbuch. 2006 10.02.2006; Audible Hörbuch.
- (2) Buckingham, W. & Burnham, D. Das Philosophie Buch. 1. Auflage ed. München: Dorling Kindersley Verlag; 2011.
- (3) Revenstorf, P. & Peter, B. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis. 2. Auflage ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.
- (4) Demertzi A, Soddu A, Faymonville ME, Bahri MA, Gosseries O, Vanhaudenhuyse A, et al. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. Prog Brain Res 2011;193:309-322.
- (5) Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. J Cogn Neurosci 2002 Aug 15;14(6):887-901.
- (6) Peichl J. Hypno-analytische Teilarbeit: Ego-State-Therapie mit inneren Selbstanteilen. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2012.
- (7) Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. 1. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2012.
- (8) Gyatsho T. Das Buch der Freiheit - Die Autobiographie Dalai Lama des Friedensnobelpreisträgers. Bergisch-Gladbach: Bastei Lübbe Verlag; 1991.
- (9) Moret V, Forster A, Laverriere MC, Lambert H, Gaillard RC, Bourgeois P, et al. Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture: is there a difference? Pain 1991 May;45(2):135-140.
- (10) Survival of the Fittest. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Survival\\_of\\_the\\_Fittest](http://de.wikipedia.org/wiki/Survival_of_the_Fittest). Accessed 16.04.2014.
- (11) Millman D. Der Pfad des friedvollen Kriegers. 1. Auflage ed. München: Heyne Verlag; 2013.
- (12) Bernatzky, G. & Likar, R. Nichtmedikamentöse Schmerztherapie: Komplementäre Methoden in der Praxis. 1. Auflage ed. Wien: Springer Verlag; 2007.
- (13) Tepperwein K. Die hohe Schule der Hypnose. 5. Auflage ed. Genf: Ariston Verlag; 1981.
- (14) James, T. & Flores, L. Kompaktkurs Hypnose Wie man Phänomene tiefer Trance hervorruft. 2. Auflage ed. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung; 2001.
- (15) Eckart, W. & Grandmann, C. Ärzte Lexikon von der Antike bis zur Gegenwart. 3. Auflage ed. Heidelberg: Springer Verlag; 2006.

- (16) Bloch M. Die wundertätigen Könige. 1. Auflage ed. München: C. H. Beck Verlag; 1998.
- (17) Unger, L. & Klose, F. Summarium des Neuesten aus der Medicin. 1829;Zweiter Band.
- (18) Hanegraaff W. New Age Religion and Western Culture: Esotericism in the Mirror of Secular Thought. New York: State University of New York Press; 1998.
- (19) Freud S. Massenpsychologie und Ich-Analyse. 1. Auflage ed. Wien: Psychoanalytischer Verlag Ges. m. b. H.; 1921.
- (20) Ferenczi S. Introjektion und Übertragung. Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen 1910;Band I.
- (21) Freud S. Über Psychoanalyse Fünf Vorlesungen. Kindle Edition ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 2013.
- (22) Nemetschek P. Milton Erickson lebt! Eine persönliche Begegnung. 1. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Kotta Verlag; 2011.
- (23) Paulus J. Der Meister der Geschichten: Milton Erickson und die Hypnotherapie. SWR Edition 2013;Audiobook.
- (24) Navarro J. Menschen verstehen und lenken. 5. Auflage ed. München: MVG Verlag; 2011.
- (25) Erickson, M. & Rossi, E. Hypnotherapie Aufbau - Beispiele - Forschungen. 10. Auflage ed. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 1979.
- (26) Die NLP Enzyklopädie, Metamodell. 2014; Available at: [http://nlpportal.org/nlpedia/wiki/Die\\_NLP\\_Enzyklop%C3%A4die](http://nlpportal.org/nlpedia/wiki/Die_NLP_Enzyklop%C3%A4die). Accessed 27.02.2014.
- (27) Schulz-Stübner S. Medizinische Hypnose: Grundlagen und Behandlungstechnik. 1. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2007.
- (28) Treusch D. [www.hypnoseausbildung-treusch.de](http://www.hypnoseausbildung-treusch.de). 2014; Available at: [www.hypnoseausbildung-treusch.de](http://www.hypnoseausbildung-treusch.de). Accessed 21.04.2014.
- (29) U.S. Department of Education. 2014; Available at: <http://www.ed.gov/>. Accessed 23.03.2014.
- (30) Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. 2014; Available at: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.113.122.123>. Accessed 13.03.2014.
- (31) Formen der therapeutischen Hypnose. 2014; Available at: [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/1/CH1273/CMS1181667434791/uebersicht\\_ueber\\_formen\\_der\\_\(therapeutischen\)\\_hypnose.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/6/1/CH1273/CMS1181667434791/uebersicht_ueber_formen_der_(therapeutischen)_hypnose.pdf). Accessed 19.04.2014.
- (32) Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie. 2014; Available at:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>. Accessed 19.04.2014.

(33) Carruthers B. Hitler's Mein Kampf - The Roots of Evil: The Third Reich from Original Sources. Kindle Edition ed. Amazon Media EU S.à r.l.: Coda Books; 2011.

(34) Miller A. Am Anfang war Erziehung. 26. Auflage Kindle Edition ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 1983.

(35) Scharsach H. Die Ärzte der Nazis. 1. Auflage ed. Wien: Orac Verlag; 2000.

(36) Horstmann B. Hitler in Pasewalk: Hypnose und ihre Folgen. 2. Auflage ed. Düsseldorf: Droste Verlag; 2004.

(37) Psychopathographie Adolf Hitlers. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Psychopathographie\\_Adolf\\_Hitlers#Hitler\\_im\\_Reserve Lazarett\\_Pasewalk\\_.281918.29](http://de.wikipedia.org/wiki/Psychopathographie_Adolf_Hitlers#Hitler_im_Reserve Lazarett_Pasewalk_.281918.29). Accessed 21.03.2014.

(38) González C. In Liebe Wachsen: Liebevoller Erziehung für glückliche Familien. 5. Auflage ed. Troisdorf: La Leche Liga Deutschland; 2005.

(39) Tabula rasa. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Tabula\\_rasa](http://de.wikipedia.org/wiki/Tabula_rasa). Accessed 05.04.2014.

(40) Aquin T. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_von\\_Aquin](http://de.wikipedia.org/wiki/Thomas_von_Aquin). Accessed 05.04.2014.

(41) Philosophia perennis et universalis. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Philosophia\\_perennis](http://de.wikipedia.org/wiki/Philosophia_perennis). Accessed 05.04.2014.

(42) Schmidt, F. & Schaible, H.-G. Neuro- und Sinnesphysiologie. 5. Auflage ed. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 1993.

(43) Hellbrück, J. & Fischer, M. Umweltpsychologie. 1. Auflage ed. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie; 1999.

(44) Pöppel E. Sinnesphysiologie. 2014; Available at: <http://www.ernst-poeppel.de/>, 06.04.2012.

(45) Brussee, H. & Gasser, R. Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich. 2014; Available at: [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/lv.detail?clvnr=182779](https://online.medunigraz.at/mug_online/lv.detail?clvnr=182779). Accessed 27.03.2014.

(46) Dilts R. Identität, Glaubenssysteme und Gesundheit: Höhere Ebenen der NLP-Veränderungsarbeit. 6. Auflage ed. Paderborn: Junfermann Verlag; 1989.

(47) Neuro-Linguistisches Programmieren. 2014; Available at: [http://de.wikipedia.org/wiki/Neuro-Linguistisches\\_Programmieren](http://de.wikipedia.org/wiki/Neuro-Linguistisches_Programmieren). Accessed 22.04.2014.

(48) Ready, R. & Burton, K. Neuro-Linguistisches Programmieren für Dummies. 2. Auflage ed. Weinheim: Wiley-VCH Verlag; 2010.

- (49) O'Conner, J. & Seymour, J. Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung. 21. Auflage ed. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GesmbH; 1990.
- (50) NLP Seminars Group International. 2014; Available at: <http://www.purenlp.com/>. Accessed 03.03.2014.
- (51) Bandler, R. & Grinder, J. The Structure of Magic, Vol. 1: A Book About Language and Therapy. 12th ed. Palo Alto: Science and Behavior Books; 1975.
- (52) Eberwein W. Humanistische Psychotherapie. 2014; Available at: [http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=KXhtqS4Hx-8C&oi=fnd&pg=PR6&dq=humanistische+psychotherapie&ots=sRiteHb3wB&sig=mc6xtuVBxMpB6dk\\_tM7LufC1uk4#v=onepage&q=humanistische%20psychotherapie&f=false](http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=KXhtqS4Hx-8C&oi=fnd&pg=PR6&dq=humanistische+psychotherapie&ots=sRiteHb3wB&sig=mc6xtuVBxMpB6dk_tM7LufC1uk4#v=onepage&q=humanistische%20psychotherapie&f=false). Accessed 04.03.2014.
- (53) Huck, G. & Goldsmith, J. Ideology and Linguistic Theory: Noam Chomsky and the Deep Structure Debates (History of Linguistic Thought). Abingdon: Amazon Media EU S.à r.l.; 1996.
- (54) Chomsky N. Sprache und Geist. 10. Auflage ed. Berlin: Suhrkamp Verlag; 1973.
- (55) Generative Transformationsgrammatik. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Transformationsgrammatik>. Accessed 01.03.2014.
- (56) Erickson, M. & Rossi, E. Hypnose erleben: Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag; 2004.
- (57) Fischer M. Erfolg Hat, Wer Regeln Bricht: Wie Leidenschaft zu Spitzenleistungen führt. 1. Auflage ed. Luxemburg: Amazon Media EU S.à r.l.; 2014.
- (58) Rossi E. Die Psychobiologie der Seele-Körper-heilung: Neue Ansätze der therapeutischen Hypnose. 1. Auflage ed. Essen: Synthesis Verlag; 1986.
- (59) Freud S. Zur Psychopathologie des Alltagslebens Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum. Kindle Edition ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 2010.
- (60) James, T. & Woodsmall, W. Time Line: NLP-Konzepte zur Grundstruktur der Persönlichkeit. 6. Auflage ed. Paderborn: Junfermann Verlagsbuchhandlung; 2006.
- (61) Robbins A. Das Robbins Power Prinzip. 5. Auflage ed. München: Heyne Verlag; 1991.
- (62) Statistik Austria, Internet private Haushalte. 2014; Available at: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html). Accessed 07.03.2014.
- (63) Robbins A. Grenzenlose Energie. 13. Auflage ed. München: Heyne Verlag; 1986.
- (64) Precht D. Wer Bin Ich - Und Wenn JA, Wie Viele: Eine philosophische Reise. Kindle E-book ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 2009.

- (65) Dualismus. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Dualismus>. Accessed 01.04.2014.
- (66) Tepperwein K. Seminarmitschnitt zum Thema: Ich bin. 1995; Audio-Kassette.
- (67) Peichl J. Jedes ich ist viele Teile. 1. Auflage ed. München: Kösel Verlag; 2010.
- (68) Ego-State-Therapie. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Ego-State-Therapie>. Accessed 01.04.2014.
- (69) Goethe J. Faust: Eine Tragödie von Goethe. Kindle E-book ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 1808.
- (70) The Nobel Prize in Physiology or Medicine 1906. 2014; Available at: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1906/](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1906/). Accessed 02.04.2014.
- (71) Wetzke M&H, C. Bildgebende Verfahren. 2. Auflage ed. München: Elsevier Verlag; 2009.
- (72) Gehirn: Bildgebende Verfahren. 2013; Available at: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/GEHIRN/Gehirn-Bildgebende-Verfahren.shtml>. Accessed 02.04.2014.
- (73) Freud S. Das Ich und das Es. Kindle Edition ed.: Amazon Media EU S.à r.l.; 2010.
- (74) Ernest Ropiequet Jack Hilgard. 2013; Available at: [http://en.wikipedia.org/wiki/Ernest\\_Hilgard](http://en.wikipedia.org/wiki/Ernest_Hilgard). Accessed 02.04.2014.
- (75) Halsband U. Learning in trance: functional brain imaging studies and neuropsychology. J Physiol Paris 2006 Jun;99(4-6):470-482.
- (76) Biddulp S. Das Geheimnis glücklicher Kinder. 1. Auflage ed. Sidney: Beust Verlag; 1998.
- (77) Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. 5. Auflage ed. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag; 1982.
- (78) Keller H. Lehrbuch Entwicklungspsychologie. 1. Auflage ed. Bern: Verlag Hans Huber; 1998.
- (79) Salutogenese: Gesundheitsentstehung. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese>. Accessed 30.04.2014.
- (80) Ruzyla-Smith P, Barabasz A, Barabasz M, Warner D. Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells. Am J Clin Hypn 1995 Oct;38(2):71-79.
- (81) Gruzelier J, Smith F, Nagy A, Henderson D. Cellular and humoral immunity, mood and exam stress: the influences of self-hypnosis and personality predictors. Int J Psychophysiol 2001 Aug;42(1):55-71.

- (82) Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Atkinson C, Glaser R. Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *J Consult Clin Psychol* 2001 Aug;69(4):674-682.
- (83) Hinghofer H. Somatische Gefühlskarte. 2014; Available at: <http://user.medunigraz.at/helmut.hinghofer-szalkay/XVI.6.htm>. Accessed 24.03.2014.
- (84) Horus. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Horus>. Accessed 03.04.2014.
- (85) Zirbelnuss. 2011; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Pinie>. Accessed 03.04.2014.
- (86) Schmidt D. Innere Welten - Äußere Welten. 2013; Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=rTXN5F-DfaM>. Accessed 25.03.2014.
- (87) Perler D editor. Repräsentation bei Descartes: Philosophische Abhandlungen Band 68. 1. Auflage ed. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann GesmbH; 1996.
- (88) Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang YY, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011 Dec 13;108(50):20254-20259.
- (89) Coué E. Mentaltraining und Autosuggestion: Das Unbewusste in uns selbst und wie wir lernen, es sinnvoll zu nutzen. 1. Auflage ed. Zürich: Oesch Verlag; 1998.
- (90) Adler, R. & Herzog, W. Uexküll: Psychosomatische Medizin, Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Auflage ed. München: Verlag Urban & Fischer; 1997.
- (91) Gleditsch J. Wie bleibe ich gesund in der Stressbelastung des ärztlichen Alltags: Vortrag im Rahmen der ersten Einherzlichen Sommerakademie. 2012; Available at: <http://www.youtube.com/watch?v=Tes2ArmmuIE>. Accessed 25.03.2014.
- (92) Nocebo-Effekt. 2014; Available at: <http://de.wikipedia.org/wiki/Nocebo-Effekt>. Accessed 22.04.2014.
- (93) Rank W. Medizinisch: Das Nocebo - der böse Zwilling des Placebos. 2014; Available at: <http://www.oehmedgraz.at/site/medizinisch>. Accessed 30.03.2014.
- (94) Kossak HC. Hypnose Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. 4. Auflage ed. Basel: Beltz Verlag; 2004.
- (95) Ennenbach M. Buddhistische Psychotherapie: Ein Leitfaden für heilsame Veränderungen. 4. Auflage ed. Augsburg: Windpferd Verlagsgesellschaft mbH; 2010.
- (96) Eberwein, W. & Schütz, G. Die Kunst der Hypnose: Dialoge mit dem Unbewußten mit Anleitungen zur Selbsthypnose. 3. Auflage ed. Paderborn: Junfermann Verlag; 2001.
- (97) Museum der Wahrnehmung Graz. 2014; Available at: <http://www.muwa.at/samadhi.cfm>. Accessed 29.03.2014.

- (98) DGÄHAT: Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training. 2014; Available at: <http://www.dgaehat.de/>. Accessed 23.03.2014.
- (99) Nongard, R. & Thomas, N. Keys to the Mind: Learn How to Hypnotize Anyone and Practice Hypnosis and Hypnotherapy Correctly. Yale: Peach Tree Professional Education; 2009.
- (100) Vale NB. Adjuvant and alternative analgesia. Rev Bras Anesthesiol 2006 Oct;56(5):530-555.
- (101) Otti, A. & Gündel, H. Default-mode-Netzwerk des Gehirns: Neurobiologie und klinische Bedeutung. Nervenarzt 2011:<http://link.springer.com/article/10.1007/s00115-011-3307-6#page-2>.
- (102) Gasser R. Break-in belonging: Hypnose SSM. 2013.
- (103) Tolle E. Eine neue Erde: Bewusstseinsprung anstelle von Selbstzerstörung. 13. Auflage ed. Amazon Media EU S.à r.l.: Arkana Verlag; 2009.
- (104) Pichler R. Therapeutic Touch. 2014; Available at: [https://online.medunigraz.at/mug\\_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=30024&pOrgNr=1](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=30024&pOrgNr=1). Accessed 26.03.2014.
- (105) Schulte, J. & Bause, H. Duale Reihe Anästhesie: Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie. 4. Auflage ed. Stuttgart: Thieme Verlag; 2000.
- (106) Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose. 2014; Available at: <http://www.dgzh.de/>. Accessed 25.03.2014.
- (107) Kossak, H.C. & Zehner, G. Hypnose beim Kinder-Zahnarzt: Verhaltensführung und Kommunikation. 1. Auflage ed. Heidelberg: Springer Verlag; 2011.
- (108) Danneberg N. Wie wirkt Hypnose - Erfahrungsbericht. 2014; Available at: [http://www.hypnopsychotherapeutin.at/html/hypnose\\_1.html](http://www.hypnopsychotherapeutin.at/html/hypnose_1.html), 25.03.2014.
- (109) Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study. J Craniomaxillofac Surg 2013 Jun;41(4):310-315.
- (110) 1. Buch Mose 2. 2014; Available at: <http://www.bibelwissenschaft.de/bibeltxt/gen2,4/>, 25.03.2014.
- (111) Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. Pain 1992 Feb;48(2):137-146.
- (112) Evans FJ, Thorn WA. Two types of posthypnotic amnesia: recall amnesia and source amnesia. Int J Clin Exp Hypn 1966 Apr;14(2):162-179.

- (113) Lichtenberg P, Bachner-Melman R, Gritsenko I, Ebstein RP. Exploratory association study between catechol-O-methyltransferase (COMT) high/low enzyme activity polymorphism and hypnotizability. *Am J Med Genet* 2000 Dec 4;96(6):771-774.
- (114) Goleman D. Emotionale Intelligenz. 1. Auflage ed. München: Carl Hanser Verlag; 1995.
- (115) Wilk D. Die Melodie der Ruhe Trance-Geschichten: Gefühle wahrnehmen und akzeptieren. 2. Auflage ed. Heidelberg: Carl-Auer Verlagsbuchhandlung; 2012.
- (116) Jung CG. Erinnerungen Träume Gedanken: Aufgezeichnet und herausgegeben von Aniela Jaffé. 13. Auflage ed. Zürich: Walter Verlag; 1971.
- (117) Wilk D. Ein Käfer schaukelt auf einem Blatt: Entspannungs- und Wohlfühlgeschichten für Kinder jeden Alters. 5. Auflage ed. Heidelberg: Carl-Auer Verlag; 2006.
- (118) Tepperwein K. Kraftquelle Mentaltraining. 4. Auflage ed. München: Ariston Verlag; 1986.

## **TABELLENVERZEICHNIS**

Tabelle 1: Verschiedene Theorien zum multidimensionalen Selbst (6).....	58
Tabelle 2: Informationsumwandlung seelisch-körperlicher Prozesse [(3,27,56,58,88)].....	78
Tabelle 3: Fünf Ebenen in einem Satz [(26)] .....	97
Tabelle 4: Pacing-Strategien für die vier Kommunikationsstile nach Satir [(3)] .....	124