

Imagination

Alle Rechte vorbehalten
www.oegatap.at

1/1993

Hannelore Eibach

**Die Heilkraft im Schlangensymbol –
Eine KB-spezifische Kreativität**

Walter Roth

**Das Katathyme Bilderleben als
spirituelle/transpersonale Therapie**

Heinrich Wallnöfer

Das Phänomen Hypnose

Marianne Martin

„Der verlorene Ansatz“

Impressum

Imagination (vormals: „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

Herausgeber und Eigentümer: Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie, Testarellogasse 31/13, 1130 Wien, Tel.: 0222/877 04 61, Telefax: 0222/877 70 13.

Schriftleitung: Dr. Josef Bittner

Redaktionsanschrift: Landhausgasse 2/44, 1010 Wien

Erscheinungsweise: viermal jährlich

Verlag: Facultas-Universitätsverlag, Berggasse 4, 1090 Wien, 0222/310 56 66

Druck: WUV-Universitätsverlag

Bezug: Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über den Facultas-Universitätsverlag, Berggasse 4, 1090 Wien, bezogen werden. Jahresabonnement: öS 200,-, Einzelpreis: öS 60,-.

Inseratenannahme: Facultas-Universitätsverlag

Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechnischen Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

ISSN 1021-2329

Gedruckt mit Förderung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien

Imagination

Inhalt

15. Jahrgang, Nr. 1/1993

Editorial 3

Hannelore Eibach

**Die Heilkraft im Schlangensymbol –
Eine KB-spezifische Kreativität** 4

Walter Roth

**Das Katathyme Bilderleben als
spirituelle/transpersonale Therapie** 18

Heinrich Wallnöfer

Das Phänomen Hypnose 29

Marianne Martin

„Der verlorene Ansatz“ 52

Informationen zum Hypnosekongreß 63

Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

Nach § 25 (2)

Imagination (vormals „Ärztliche Praxis und Psychotherapie“) ist zu 100% Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), 1130 Wien, Testarellogasse 31/13.

Ziele der Gesellschaft:

Ausbildung gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vom 7. 6. 1990 in psychotherapeutischen Methoden.

Vorstandsmitglieder ÖGATAP:

1. Vorsitzender: Dr. Erik Bölcs, 2. Vorsitzender: Dr. Wolfgang Ladenbauer, Schriftführerin: Dr. Lieselotte Grausgruber, Kassier: Dr. Norbert Chimani, Ausbildungsleiterin: Dr. Martina Hexel.

Weitere Vorstandsmitglieder: Dr. Josef Bittner, Prof. Dr. Edgar Hättich, Mag. Luzie Domesle, Dr. Otto Lang, Mag. Dr. Eva-Maria Thaler, Doz. DDr. Josef Zeitlhofer.

Nach § 25 (3) keine

Nach § 25 (8)

Imagination vertritt die Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie und soll über verschiedene Therapiemethoden und vor allem über deren Anwendung in der Praxis informieren.

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die „Imagination“ trägt ab sofort eine Nummer: nämlich ISSN 1021-2329. Damit ist sie weltweit registriert (International Standard Serial Number), und wir werden sehen, welche Wirkung das zeigen könnte. Vielleicht werden – ob dieser internationalen Eingliederung – aus manchen Lesern sogar Schreiber.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Sie aufs neue auffordern, sich aktiv an der Gestaltung der Zeitschrift zu beteiligen. Bisher haben meist die „Altvorderen“ geschrieben, was nicht heißen soll, daß sich nicht auch die jüngeren Kolleginnen und Kollegen zu Wort melden sollen. Es fehlen Buchbesprechungen, kritische Kommentare – überhaupt ist die Redaktion für alle innovativen Elemente offen. Nächster Redaktionsschluß ist der 15. Mai.

Die „Imagination“ ist ein Jahr alt geworden.

Wir haben Grund zu feiern. Das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung hat für 1992 eine Förderung von 40.000 Schilling bewilligt. Obwohl das nur einen geringen Anteil der Druck- und Versandkosten ausmacht, verstehen wir die Förderung auch auf der Symbolebene.

Diese Ausgabe enthält zum ersten Mal farbige Abbildungen (Beitrag von Frau Eibach). Der Vorstand der ÖGATAP hat sich darauf geeinigt, einmal im Jahr ein Heft mit Abbildungen zu finanzieren.

Viel Lesevergnügen wünscht Ihnen Ihr

Josef Bittner

Die Heilkraft im Schlangensymbol – Eine KB-spezifische Kreativität

Hannelore Eibach

Die Schlange als Symboltier hat in allen Kulturen eine wichtige, doch widersprüchliche Funktion. Seit altersher hat ihre vielfältige Erscheinungsform die menschliche Phantasie angeregt, sich ihrer als Sinnbild zu bedienen, ihr Bild symbolisch zu gestalten.

Nach Darstellung im Herder-Lexikon (1) verdankt sie ihre Symbolträchtigkeit ihrer spezifischen Lebensform, indem sie sich über die Erde ohne Beine fortbewegt, in Erdlöchern lebt und ihre Jungen wie Vögel aus den Eiern schlüpfen. Ihr kaltes, glattes und schillerndes Äußeres regt ebenso die Phantasie an wie ihr Gift, das heilend und tödlich zugleich wirken kann. Ihre periodischen Häutungen wurden als Sinnbild der Lebenserneuerung, wie auch als Ausdruck von Unsterblichkeit gedeutet. Durch ihren Erdkontakt wurde sie zum Sinnbild der Erde und damit des Lebens schlechthin. Maler des frühen Mittelalters zierten sie mit einer Krone, wiesen sie als Göttin der Weisheit aus, die nie den Bezug zu den wirkungsvollen Kräften der Tiere verlor.

Mit dem Aufkommen der dualistischen Weltansicht, die Materie und Geist voneinander trennte, wurde die Schlange ausschließlich dem Erdbereich (chthonische Gottheit) zugeordnet. Da zur Polarisierung die Wertung trat, wurde die in der Schlange symbolisierte Kraft und Macht der Erde, des Lebens und schließlich auch der Frau negativ besetzt und als Bedrohung erlebt und dargestellt. Die christliche Schöpfungsgeschichte erzählt davon: Eva, was soviel wie Erde bedeutet, läßt sich negativ durch die Schlange beeinflussen, was dann bekanntlich zum Sündenfall führt.

Nach LURKER (2) gehört zu ihrer widersprüchlichen Symbolbedeutung, daß sie zum Gegenspieler des Himmels und des Lichtes geworden ist. Sünde und Tod (Gilgamesch-Epos) kommen durch sie ins Leben, nachdem das Leben, die Erde, die Materie vom Geistigen, Spirituellen abgelöst wurde.

Dennoch scheint sich in uns ein Wissen bewahrt zu haben, das intuitiv um die verdeckten lebenstragenden Kräfte und die verborgenen Weisheitsaspekte im Bild der Schlange weiß und sie in Imaginationen, im therapeutischen Prozeß, wiederzubeleben versucht.

Somit erstaunt es nicht, daß Patienten während schwerer somatischer Erkrankungen von Schlangen träumen. In einer Zeit, in der es darum geht, inten-

siv im Körper, am Ort des Geschehens zu leben und zu erleben und sich hilfreiche Kräfte zur Bewältigung bewußt zu werden.

Im Kult des Heilgottes Asklepius spielte die Schlange eine bedeutsame Rolle. Ihre periodische Häutung, die für Hoffnung auf Lebenserneuerung stand, hat sich in der „Äskulapschlange“, dem Symbol des heilenden Arztes erhalten.

Um Lebenskraft, Lebenserneuerung, auch Gesundung kämpften meine Patientinnen zum Zeitpunkt ihres Erscheinens in der Imagination. Im übertragenen Sinn spiegelte sich im Auftauchen der Schlange auch die Hoffnung wider, mit Hilfe des therapeutischen Prozesses körperlich zu gesunden.

Erstaunlicherweise begegnen uns trotz fast unüberbrückbar erscheinender Entfremdungsgeschichte zwischen Mensch und Tier, Tiere weiterhin als kluge und weise Helfer im schöpferischen Prozeß im KB. Intuitiv hat sich uns ein Wissen erhalten, das um die ursprüngliche Einheit allen Lebens weiß und uns erinnert, daß Mensch und Tier einmal Verbündete, Freunde und Helfer in der Not waren. Davon erzählen viele Märchen. Die Märchen „Die drei Schlangenblätter“ und „Von der weißen Schlange“ berichten z. B. wie erkrankte oder tote Personen, mittels heilkräftigen Schlangenserums gesunden oder ins Leben zurückkehren. Die Schlange wird in beiden Märchen als eine vielgestaltige Lebenskraft symbolisiert, die es aufzuspüren gilt; im wahrsten Sinne des Wortes, denn ein bewußter Zugang zur Quelle der Gesundung ist den Betroffenen meist nicht möglich. Sie benötigen einen Begleiter. Diese Funktion übernimmt die Schlange.

Beide Märchen erzählen zudem, wie der Mensch die lebensfördernde bzw. lebensrettende Kraft empfangen kann. Er muß, so sprechen die Märchen, sich der Stimme des Tieres, der Schlange, öffnen, er muß auf die Stimme hören. Zum Personenkreis, der der intuitiven Wahrnehmung bedarf, zählen die Märchen die Erlebnis- und Erfahrungsarmen, die Einfältigen und Träumenden! Ihr beklagenswerter Zustand führt dazu, daß sie im Leben verspottet und ausgegrenzt werden. Sie machen leidvolle Erfahrungen, doch gerade das Leid sensibilisiert sie für intuitive Erfahrungen, öffnet sie für die „Sprache der Tiere“. Hier liegt für mich eine Übertragbarkeit auf den therapeutischen Prozeß, der in vielen Fällen zeigt, daß erst die Bereitschaft, sich als Leidender zutiefst-Erschütterter zuzulassen, die Entwicklung von Intuition und Phantasie fördert und damit den Zugang zu tief verborgenen Quellen eröffnet.

RIEDEL (1985, S. 142) schreibt zum Bild Schlange: „Sie gehört zum Erdarchetyp, sie begleitet die große Mutter in vielen Erscheinungsformen, ist Aspekt ihrer Weisheit. In der Körpersphäre bedeutet sie eine tief unbewußte Sphäre, wohl mit dem Rückenmark verwandt: Man träumt von Schlangen, wenn man entweder krank wird oder auch wenn sich in der Tiefe des Körpers etwas zur Genesung hin verändert.“

An dieser Stelle möchte ich von Frau A. berichten. Ihr begegnete die Schlange in, wie sie sagt, „der tiefsten Dunkelheit meines Lebens“.

Zur Vorgeschichte: Frau A., 31 Jahre, wurde zur Abklärung eines offengebliebenen Kinderwunsches in die Klinik eingewiesen. Während einer Laparoskopie entdeckte man ein metastasierendes Ovarialkarzinom, das eine sofortige Totaloperation nötig machte. Als Frau A. aus der Narkose erwachte, erfuhr sie ohne Umwege die Diagnose, die sie wie ein Todesurteil erlebte. Während einer sofort eingeleiteten Chemotherapie versank Frau A. in eine tiefe Depression. Ich wurde um Mithilfe gebeten. Die Unaussprechbarkeit des sie überwältigenden Geschehens vor Augen, ermutige ich sie, es bildhaft zu schauen, es sich vor Augen zu führen.

Nach wenigen Stunden ist sie zu einer Imagination bereit. Abbildung 1: Sie schaut einen schlangenartigen Weg, angefüllt mit dicken schwarzen Steinen, die für sie etwas Bedrohliches, Totes darstellen. Sie bringt diese Steine mit ihrem eigenen Versteinertheit in Verbindung. Auch die Bäume, die rechts und links des Weges stehen, sind abgestorben. Später fügt sie hinzu: „Nein, Stamm und Krone sind abgesägt worden.“ Nur noch die Baumstümpfe erinnern, daß hier einmal Leben stattgefunden hat. Das Bild gibt ihre momentane emotionale Gestimmtheit gut wieder. Den Verlust an Lebenskraft, an Lebensenergie, die ins Auge gefaßte Todesbedrohung, den jähen Einbruch, den die Erkrankung in ihr junges Leben gebracht hat. Die autoaggressive Verarbeitung des leidvollen Geschehens spiegelt sich in den Baumstümpfen wider, der Baum als Sinnbild des Lebens ist für sie gestorben. Sie selbst ist über diesem Geschehen alt und geschlechtslos geworden.

In der Abfolge mehrerer Imaginationen gelingt es, sie zur Berührung der Steine zu bewegen. Unter ihren Händen verwandeln sich die Steine in Schlangen, so daß sie zutiefst erschrocken zurückweicht und flieht. Ich suche nach einem sprechenden, sie ansprechenden Bild und erzähle ihr aus dem Märchen „Die drei Schlangenblätter“. Ein Märchen, in dem drei Schlangen in die Totengruft eines dort eingeschlossenen Königspaares eindringen und durch die Gabe heilwirksamer Blätter die verstorbene Königin ins Leben zurückholen. Anschließend ermutige ich sie, die Schlangen um ein Heilkraut für ihren Körper und ihre Seele zu bitten. Die Schlangen „hören“ ihren Wunsch und begeben sich auf die Suche nach einem heilenden Kraut.

Abbildung 2: Eilfertig umschlingen sie die Baumstümpfe und unter ihrer Berührung bricht aus den Baumstämmen neues Leben hervor. Mit großem Erstaunen erblickt die Patientin, die ebenfalls aus der Erstarrung erwacht ist, wie sich eine Vielzahl junger Schlangen an ihrem Genitale festsaugt, um Serum in den großen Wundbereich zu transportieren. Sie fühlt ihren Körper von einer

Kraft durchzogen, so daß er eine erdnahe Brauntönung annimmt und sie ihr jugendliches Alter von 26 Jahren zurückgewinnt.

Die Depression wich nach dieser Imagination echter Trauer. Die Patientin hatte Kraft zum Trauern gefunden. Verstehen wir Trauer als eine Reaktion auf einen Verlust, der körper-seelisch seinen Ausdruck sucht, erkennen wir schon in den nächsten Bildern (Abbildung 3) die beginnende Auseinandersetzung mit dem Thema der „Fruchtbarkeit“. Wiederholt mußte sie einen reifen Fruchtbaum imaginieren, um beim Anblick der „Fülle“ die eigene „Leere“ aushalten, beweinen zu können. Anfangs, als der Schmerz über die Gebärfähigkeit dominierte und sie den Anblick fruchttragender Bäume nicht ertragen konnte, warfen die Bäume mittrauend ihre Früchte ab. Trostlosigkeit breitete sich aus, die für sie so erschreckend war, daß sie die Schlangen zu Hilfe rief und sie bat, die fruchtlosen wieder in fruchttragende Bäume zu verwandeln. Emsig gingen die herbeigeeilten Schlangen ans Werk, mit ihrer Hilfe regenerierte sich der Wurzelstock, und im Laufe der Imagination wuchs ein wunderschöner junger Apfelbaum heran. Sie konnte ihn anschauen, ja sich sogar mit freuen. Die Trauer hatte sich mit der Freude am Leben verbunden.

Verunsichert und geängstigt blieb Frau A. im Hinblick auf ihre weibliche Identität. Nach dem Verlust eines großen Teils ihrer Sexualorgane hatten sich starke Selbstwertzweifel entwickelt. Der grundlegende Konflikt spiegelt sich ebenfalls auf der Imaginationsebene wider (Abbildung 4), indem ein großer roter Drache auftaucht, der sie sofort „sexuell anmacht“, so daß sie angsterfüllt sich hinter einem Baum versteckt und die Schlange zu Hilfe ruft. Die Schlange deutet auf ein Bewegungsmuster am Boden hin, das ihrer Bewegungsart entspricht und fordert sie auf, diese Bewegungen nachzuvollziehen. Im Nachvollzug des vorgezeichneten Weges spürte Frau A., daß ihr Weg viele Umwege, somit auch viel Zeit benötigt, um das drängende Thema der Sexualität auf direktem Wege anzugehen.

Frau A. war überrascht von der ausdrucksstarken und wegweisenden Aussage der Schlange und voll Vertrauen, auf ihre Erfahrungen „bauen“ zu können. Sie wurde ruhiger und zuversichtlicher im Hinblick auf ihre Zukunft.

Die Wirklichkeit der inneren Bilderwelt ist nicht nur momentan wirksam, sie wirkt auch fort. Frau A. erlebte das, indem wiederholt ihr erstes Bild aus der Klinik in die Erinnerung zurückkehrte und sie fast bedrängte. Der steinige Weg ging ihr nicht aus dem Sinn, der bei näherem und längerem Betrachten schon den späteren Schlangenweg aufzeigt. Die wegweisende Schlange ist noch nicht in Sicht, da die schweren Steine den Weg bestimmen und die Sicht für den eigenen Weg nehmen. Um eine erweiterte Sichtweise ging es bei der Wiederkehr des Bildes auch. Die wiederholte Betrachtung des Bildes weckte in ihr eine Er-

innerung an „indische Schlangensteine“, von denen Frau A. einmal gelesen hatte. In Indien werfen sich Ehepartner vor diesen Schlangensteinen zu Boden, um Kindersegen zu erleben. Wie war diese Erinnerung einzuordnen, war das Thema der Gebärfähigkeit doch noch nicht bewältigt, nicht in die Gesamtpersönlichkeit integriert? Symbole sind mehrdeutig und nicht immer leicht zugänglich, doch je länger Frau A. den prospektiven Aspekt dieses Bildes nachspürte, kam ihr die Gewißheit, daß sie schon lange ein Ritual suchte, das Menschen gemeinsam miteinander ausüben, um unlösbare Probleme leichter aufzunehmen. Indem das Bild fortgewirkt hatte, war ihr bewußt geworden, was sie suchte. Sie hatte einen Weg gefunden, um ihren individuellen Leidensweg in einen allgemeinen Leidensweg einzubinden und damit hatte sie das Gefühl verloren, mit ihrem Leid allein in der Welt zu stehen.

Es ist uns bekannt, daß Bilder und Symbole eine hohe affektive Bedeutsamkeit und eine motivierende verändernde Kraft besitzen. Noch fehlen theoretische Denkmodelle, um die dem Bilde innewohnende subtile Energie verstehbar zuordnen zu können. Leid- und Notsituation fördern die Durchlässigkeit und Spürigkeit für tragende Bilder und Symbole. Eine schwere körperliche Erkrankung bedeutet eine ganzheitliche tiefe Erschütterung, die bei empathischer Begleitung intuitive Erfahrungen freisetzt und schöpferische Lösungseinfälle ermöglicht. Die KB-spezifische anaklitische Übertragungsbeziehung ist in besonderem Maße geeignet, die Durchlässigkeit für intuitive Erfahrungen zu fördern.

Das möchte ich Ihnen an einem weiteren Beispiel aus der Praxis verdeutlichen:

Frau Z. erkrankte im 49. Lebensjahr an einem Herzinfarkt. Nach Verlassen der Klinik gestaltet sie ihre Krankheitserfahrungen in einem schweren schwarzen Kasten. Er trägt Züge eines Sarges, er verkörpert die Todesnähe, die sie während der Erkrankung erlebt und durchlitten hat. Er steht aber auch für abgetötetes nie gelebtes Leben. Ihr Leben hat sich in einer unsäglichen Verstrickung zur Mutter gestaltet. Es war ihr nicht gelungen, aus diesem Schatten herauszutreten. In Abbildung 5 zeigt sie, wie aus dem „Lebensgefängnis“ sich eine Schlange durch zwei Öffnungen einen Weg nach außen bahnt. Mit der Schlange (Abbildung 6) kommt Bewegung in das erstarrte totenähnliche Leben, die Wände = Abwehren geben nach, und Frau Z glaubt ersticken zu müssen, weil die Veränderungen so schmerzen und Bedrohungsgefühle auslösen. Sie streckt eine Hand heraus, als Zeichen, daß sie zur Mitarbeit bereit ist. Zugleich zeigt uns die Hand, wie schwer es ist, Altvertrautes loszulassen. Es setzt ein hartes Ringen ein. Sie vergleicht ihre Anstrengungen mit einem Geburtsvorgang (Abbildung 7), dem angstvollen Erleben, das schützende Dunkel

zu verlassen, um neuen Lebensraum in Erfahrung zu bringen. Sie spürt die Schutzlosigkeit beim Wechsel vom Innen- zum Außenraum. Sie erahnt, was es heißt, sich endgültig aus dem mütterlichen Bereich zu lösen, um den eigenen Weg aufzuspüren, den Weg zu sich selbst zu suchen. Die Schwierigkeit läßt sie lange Zeit im schöpferischen Prozeß erlahmen. Es gestaltet sich nichts. Nur langsam verdichtet sich die große Dunkelheit vor ihren Augen zu einem „Trümmerberg“.

Ein Bild, das den mit dem Infarkt zugrunde gegangenen Lebensentwurf charakterisiert. Sie steht vor dem Nichts, muß innehalten und ausharren, um die äußere mit der inneren Realität neu zu verknüpfen, um das Zukünftige, zu Erwartende sich gestalten zu lassen. Lange Zeit zeigte es sich nicht in direkter faßbarer Form, eher in Vorentwürfen, Vorstellungen, für die noch keine Sprache vorhanden war. Intuitiv gestaltete sich diese Vorstellung am Ende der Therapie im Bild eines Knaben (Abbildung 8), den sie aus feinsten Porzellanmasse formte. Bewußt wählte sie Porzellan, da es nach ihrer Aussage makellos weiß brennt, fest und zugleich zerbrechlich ist. Es symbolisiert das neue Leben. Im Weiß trägt es die Farblichkeit in sich, die sich jedoch noch nicht entfaltet hat. Es steht im Gegensatz zum Schwarz, zugleich ist es auf das Schwarz bezogen, das für Frau Z. das Abgestorbene, das Tote symbolisiert. Neue Erfahrungen wurzeln stets in alten Erfahrungen. Deshalb sitzt der Neubeginn, das neue Leben im Bilde des Jünglings auf dem „Trümmerhaufen der Vergangenheit“. Zukunft kann nur entstehen, wo Vergangenheit erinnert, im Hier und Jetzt integriert wird.

In ihrer Imagination setzt der Knabe, Sinnbild des neugeborenen Lebens, zum Spiel an. Aus einem tragenden Rhythmus entwickelt sich eine Melodie, die ihr und der Schlange vertraut erscheinen. Viele Weltentstehungsmythen bringen den Lebensanfang mit Musik in Verbindung. Nach Goethe tönt es „nach alter Weise“. Sagt sie damit, daß sie ihren Rhythmus als gestaltbildende Kraft wiedergefunden hat und damit in den Rhythmus des Lebens zurückgekehrt ist? Rhythmus als integrative vermittelnde Kraft, als neue somato-psychische Erfahrung in einem Körper, der nach dem Infarkt eine neue rhythmische Ordnung sucht!

Beachtung verdient die kunstvolle An- und Ausfertigung der Schlange. Sie hat ihre erdbraune Farbe verloren und erscheint jetzt in einem leuchtenden Grün*, verziert mit goldenen Lavapunktchen. Von besonderer Ausdrucksstärke sind ihre Augen, ihr anziehender fesselnder Blick. Schlangen sollen sich schnell

* siehe auch die grüne Schlange bei Goethe (Das Märchen in „Unterhaltung deutscher Ausgewandertter“ und bei Jung)

veränderten Lebenssituationen anpassen. Im übertragenen Sinn stellt sie somit die neu erwachte Hoffnung, die wiedergewonnene Lebenskraft, die sich ja gern im Grün ausdrückt, dar. Sie beeindruckt durch eine gesammelte, in sich ruhende und ausgerichtete Kraft.

Verstehen wir die Schlange als Bild einer im Menschen latent vorhandenen psychischen Kraft, so half sie Frau Z., kreative Lösungsmöglichkeiten für ein verändertes Leben nach dem Infarkt zu entwickeln.

KB-spezifische Kreativität erweist sich bei schweren somatischen Erkrankungen als besonders hilfreich. Die mit der Erkrankung einhergehenden Befürchtungen und Ängste sind auf Verschiebung und Symbolisierung angewiesen. Gelingt die Umsetzung konflikthafter Erlebens in einen symbolischen Abbildungsvorgang, tauchen nicht selten kreative Lösungseinfälle auf, die das Leben mit der Erkrankung verändern.

Dafür steht die Krankengeschichte von Frau B., die mit Hilfe kreativer, spielerischer Phantasie nach der Entlassung von der Intensivstation sich Linderung bei chronifiziertem somatischen Leiden schaffte.

Aufgrund frühkindlicher Beziehungsstörungen, sie war außerehelich zur Welt gekommen und ohne ausreichenden Kontakt zur Mutter aufgewachsen, entwickelte sich frühzeitig ein gestörtes Körpererleben. Sie litt seit dem ersten Lebensjahr an Neurodermitis und Asthma.

In der ersten Imagination (Abbildung 9) erlebte sie ihren Körper als farblos ungestalteten Haufen, in dem ihr Selbst reglos am Boden lag, bedroht vom zupackenden Griff und Biß einer sie aufspürenden Schlange! Unschwer ist die Wiederbelebung der frühen negativen Mutterübertragung als auch die Nähe-Distanz-Problematik zu erkennen, die nach wenigen Stunden zum Abbruch der Therapie führte. Um so beachtenswerter, daß Frau B. intuitiv wußte, wie sie an die heilenden Kräfte im Bild der Schlange gelangen konnte. Sie wählte zur Linderung ihrer Beschwerden die aktive Imagination (ohne therapeutische Begleitung!), studierte in naturkundlichen Büchern die Lebens- und Verhaltensweisen von Schlangen, um im anschließenden Nachvollzug schlangenartiger, rhythmischer Bewegungen einen übertragungsfreien, unbelasteten Erfahrungsschatz zu erproben. Sie wählte die Schlange als biologisches naturhaftes Modell, über das sie kontrollierend verfügte. Ein Naturspiegel ersetzte den therapeutischen Spiegel. Das phantasievolle Spiel mit der Schlange veränderte ihr Krankheitsbild kaum, milderte jedoch ihre Einsamkeit, indem sie als Expertin bei Schlangenängsten zu Rate gezogen wurde. Wie weitgehend das Ausleben ihrer Schlangenphantasie selbstwertstärkend war, zeigt Abbildung 10. Die rotgetönt-aggressive Schlange hat im Prozeß der Wandlung eine braun-erdhafte Färbung angenommen. Die Patientin muß sie weiterhin auf Distanz halten,

ihre Bedrohung ist nicht vollkommen verloren gegangen. Doch gelang es, ihr den Giftzahn zu ziehen, die tödliche Wirkung zu bannen und aus gebührender Distanz Beobachtungen und Wahrnehmungen zuzulassen.

Wenn wir davon ausgehen, daß menschliche Entwicklung an tragende Beziehung, an die Wiederbelebung guter hilfreicher Objekte gebunden ist, so stellt sich die Frage, was im Fall von Frau B. die Veränderung ihrer Lebenssituation ermöglicht hat. Aufgrund ihrer frühkindlichen Traumata war der Aufbau einer therapeutischen Beziehung nicht möglich. Sie zerbrach an der zerstörerischen Macht böser verinnerlichter Objekte (siehe auch SEITHE, 1989). Theoretisch wäre vorstellbar, daß sie im Sinne der Funktion eines Übergangsobjektes nach WINNICOTT (1969) das Bild der Schlange benutzte. Sie war verfügbar- und kontrollierbar, auf sie konnte Frau B. ihren unersättlichen Hunger und die orale Wut projizieren. Zugleich gelingt es, im entstandenen intermediären Raum das destruktiv entartete Potential früher Aggression zu neutralisieren (sie zieht der Schlange den Giftzahn). Sie erlebt im phantasievollen Ausagieren Befriedigung, die ihr im realen Leben nicht vergönnt ist und gelangt über spielende, spielerische Handlung zu einer Stabilisierung ihres Selbst.

Nach JUNG (2) ... „entreißt die schöpferische Betätigung der Einbildungskraft den Menschen seiner Gebundenheit in nichts als und erhebt ihn in den Zustand des Spielenden.“ Jung beschreibt den spielenden Menschen als in einem seelischen Zustand befindlich, wo nichts mehr hoffnungslos versteinert, hoffnungslos gespalten ist. Das Spiel dient der Bewältigung, der Bemeisterung einer schwierigen Lebenssituation.

Seit frühester Kindheit hatte Frau B. versucht, kritische Lebenssituationen imaginativ spielerisch zu bewältigen, um Kräfte zum Überleben zu mobilisieren und sie wußte, daß sie nur als homo ludens überleben konnte, in diesem Fall mit Hilfe eines tragenden Bildes.

Zum Spiel gehören Tag- und Wunschträume, freie Assoziationen, Phantasie und Intuition. Der KB-Therapeut unterstützt die Phantasie-, Spiel- und Gestaltungsfreude, um Konflikte in einem symbolischen Abbildungsvorgang umzusetzen. Die KB-eigene Kreativität spielt dabei eine bedeutsame Rolle. Sie kann nach LEUNER (4) mit dem Begriff des „Schöpferischen“ nicht ausreichend erfaßt werden. Es ist eine Summation von Eigenschaften, Fähigkeiten und Funktionen, die in verschiedenartiger Verbindung auftreten. Schöpferisch ist dabei das Wechselspiel von regressiven zu progressiven Phasen, die ermutigen, sich auf die innerseelischen prospektiven Kräfte auszurichten, um neue Lösungsmöglichkeiten zu erproben. Das intuitive Gewahrwerden dieser Kräfte äußerte sich in den dargestellten Fällen im Bild der Schlange. Sie wurde mit lebenserneuernden Kräften assoziiert. Kräfte, die alle drei Patientinnen nach schwerer

körperlicher Erkrankung zur Gesundung benötigten. Ihr Zu- und ihr Umgang mit dem Körper, der Körperlichkeit war gestört und führte bei Ausbruch der Erkrankung in eine schwere seelische Krise. Die Schlange betätigte sich als Spurensucherin im verschütteten Zugang zur eigenen Körperlichkeit, sie stand für Leben, für den Wunsch, eine neue tiefere Verbindung zum Leben, zur Körperlichkeit aufzunehmen, um veränderte Gesetzmäßigkeiten und Rhythmen im Körper aufzuspüren. Sie förderte die Auseinandersetzung mit der körperlichen Erkrankung und stieß kreative Lösungen an. Ihre Wirksamkeit entfaltete sich auf der coenästhetischen Ebene, der tiefsten Ebene unserer Wahrnehmungsmöglichkeit, von der wir weitgehend isoliert leben. Wir haben die Rationalität als Wächter davorgesetzt.

Es gibt Krankheiten, die uns lehren, daß es gut ist, mit diesen Kräften wieder in Berührung zu kommen, um Kraft zur Gesundung zu wecken. Dabei kann das Bild der Schlange eine Hilfe sein, wenn sie den ihr schon in der Bibel zuerkannten Auftrag übernimmt, Menschen ins Leben, zu neuem Bewußtsein zu weisen.

Verwendete Literatur:

- 1 Herder Lexikon: Symbole, Freiburg 1978⁶.
- 2 JUNG, C. G.: Ziele der Psychotherapie. In: Seelenprobleme der Gegenwart. Gesammelte Werke Nr. 16.
- 3 KAST, V.: Mann und Frau im Märchen. Walter, Opladen 1983.
- 4 LEUNER, H.: Lehrbuch des katathymen Bilderlebens. Huber, Bern, Stuttgart 1985.
- 5 LEUNER, H./Lang, O. (Hrsg.): Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnis II. Huber, Bern/Stuttgart 1982.
- 6 LURKER, M.: Wörterbuch der Symbolik, Kröner, Stuttgart 1991.
- 7 RIEDEL, I.: Tabu im Märchen. Alter 1985.
- 8 SAUER, G.: Traumbild Schlange. Walter, Olten 1986.
- 9 SCHWABE, J.: Archetyp und Tierkreis. Schwabe, Basel 1951.
- 10 SEITHE, A.: Erfahrung mit dem KB-Motiv einer guten freundlichen Gestalt. In: Bartl/Pesendorfer (Hrsg.): Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas, Wien 1989.
- 11 STEIN, A./STEIN, H.: Kreativität. Bonz 1987.
- 12 WINNICOTT, D. W.: Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart 1973.
- 13 WINNICOTT, D. W.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene.. Psyche 23, 1969.
- 14 WÖLLER, H.: Der Engel und das hellbraune Kanninchen mit der weißen Schnauze. Aus: Publik-Forum 1991.

Dr. med. HANNELORE EIBACH, Albrechtstraße 2, W-3400 Göttingen

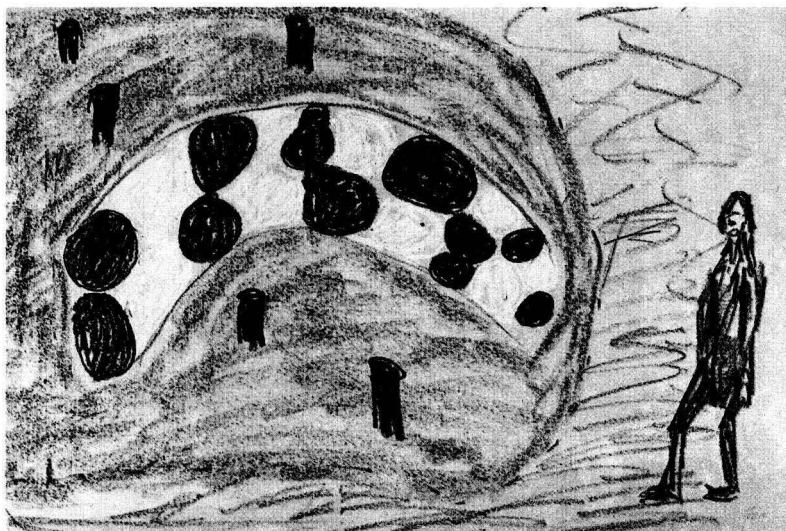


Abbildung 1



Abbildung 2



Abbildung 3



Abbildung 4

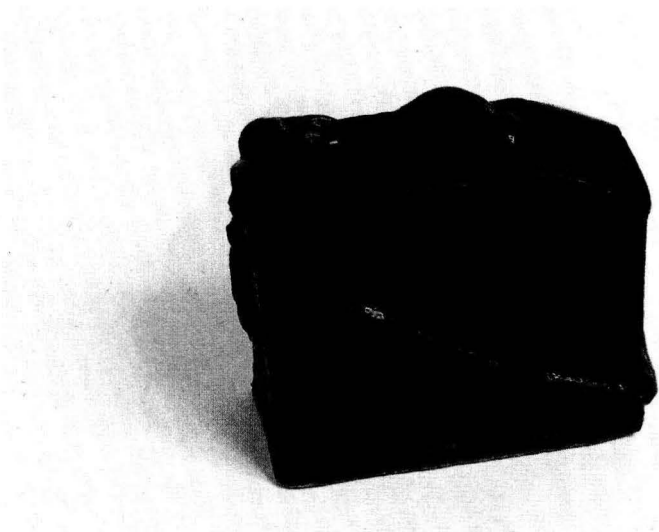


Abbildung 5



Abbildung 6



Abbildung 7



Abbildung 8



Abbildung 9

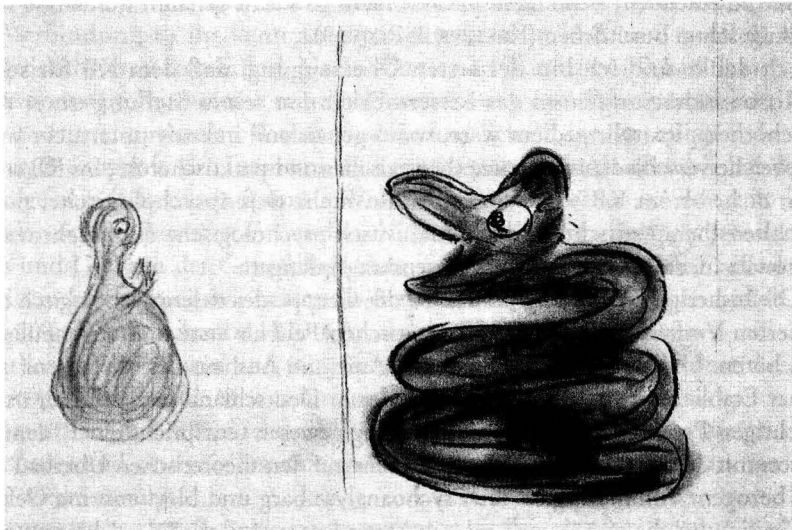


Abbildung 10

Das Katathyme Bilderleben als spirituelle/ transpersonale Therapie

Walter Roth

Zu welcher der vier großen Psychotherapierichtungen oder Psychotherapieschule gehört das Katathyme Bilderleben? Zur psychoanalytischen, die heute auch breiter gefaßt als tiefenpsychologisch-psychodynamisch bezeichnet wird? Oder zum „Behaviourismus“? Oder vielleicht zum breiteren Spektrum der an Anzahl und an Effektivität wachsenden humanistischen Psychotherapien? Oder gehört es zur transpersonalen Psychotherapie, die seit Ende der sechziger Jahre begrifflich gut gefaßt ist und eine rasch wachsende und sich festigende Theorie und Praxis aufzuweisen hat?

Allgemein wird immer wieder betont, das KB sei ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren. Diese Zuschreibung ist sicher unbestritten und offensichtlich. Außerdem wird die Tatsache, daß in verschiedenen Regieprinzipien des KB Ähnlichkeit mit verhaltenstherapeutischem Vorgehen existiert (Desensibilisierung, Flooding u. a.) von Prof. LEUNER mehrfach erwähnt (1, S. 117) und ist ebenso offensichtlich. Auch mehrere Ansätze der humanistischen Psychotherapie sind im KB zu erkennen, wenn diese auch oft nicht als solche genannt werden, so sind sie doch schon beschrieben (KRETZER 2, ROTH 3).

Ich denke und ich bin der festen Überzeugung, daß dem KB für seine „Selbsteinschätzung“ und das bessere Erkennen seiner Stellung unter den Psychotherapien sehr gedient wäre, wenn genau und intensiv untersucht würde, welche verschiedenen Ansätze theoretischer und praktischer Art im KB stecken, d. h. ob im KB wie, wo und wann mehr tiefenpsychologische, mehr verhaltenstherapeutische, mehr humanistisch-psychologische oder mehr transpersonale Ideen stecken und zur Anwendung gelangen.

Die bisherige Zuordnung des KB zu der Gruppe der tiefenpsychologisch orientierten Verfahren hat sich im theoretischen Feld als erste und augenfälligste angeboten, und sie war in der Phase des Auf- und Ausbaus des Verfahrens und seiner Etablierung vor allem gegenüber der in Deutschland fachpolitisch übermächtigen Psychoanalyse auch taktisch klug gewesen (entspricht einer Identifikation mit dem Aggressor). Aber diese mehr auf den theoretischen Überbau des KB bezogene Anbindung an die Psychoanalyse barg und birgt enorme Gefahren in sich für die weitere gesunde, insbesondere praktische Entwicklung unseres KB. Ich denke, diese Gefahren liegen hauptsächlich darin, daß z. B. Prozes-

se, die außerhalb des tiefenpsychologisch-dynamischen Gesichtsfeldes liegen, übersehen oder falsch oder einseitig verstanden werden. Potentiale, von denen noch viele unerkannt im KB stecken, werden so nicht genutzt, vielleicht sogar zum Schaden für den Patienten in ihr Gegenteil verkehrt.

Ich möchte nun etwas genauer auf den Begriff **transpersonal/spirituell** eingehen und ihn zu definieren versuchen. Im Titel des Vortrages benutzte ich das Wort spirituell, um deutlich zu machen, daß ich mich mit diesem Vortrag über die bisherigen normal-psychologischen und normal-therapeutischen Grenzen hinauswagen will. Im Folgenden werde ich nur noch den Begriff **transpersonal** verwenden, da dieser in den psychologischen und psychotherapeutischen Fachdiskussionen den Ausdruck „spirituell“ vollgültig ersetzt hat. In anderen Zusammenhängen werden Begriffe gebraucht wie mystisch, religiös, magisch, parapsychisch oder paranormal. Was also wird unter transpersonal oder unter transpersonaler Erfahrung verstanden? Ich habe in der Literatur mehrere Definitionen gefunden, die kürzeste stammt von Stan GROF (4): „Die transpersonale Erfahrung ist jene, die eine Erweiterung des Bewußtseins über seine Ich-Grenzen und über die Grenzen von Raum und Zeit hinaus beinhalten“. Eine andere Definition geben FIRMIAN und VARGIU (5): „Transpersonale Erfahrungen haben eine Realität, die tiefer scheint als die normale Alltagsexistenz. Sie tragen ihre Gültigkeit in sich, haben eine noetische Qualität und vermitteln ein erweitertes Gefühl für Sinn, Werte“ und für Zusammenhänge (wie ich beifügen möchte). Die transpersonale Dimension ist sehr subtil. Unsere Verbindung zu ihr kann anfangs sehr zart sein und muß gepflegt und willentlich verstärkt werden. Nach WALSH und VAUGHAN (6) befaßt sich die transpersonale Psychologie mit der Untersuchung **optimaler psychischer Gesundheit und optimalen Wohlbefindens** und betont das **Bewußtsein** als zentralen Brennpunkt des Interesses. Die transpersonale Psychotherapie hat demzufolge zum Ziel, dieses optimale Wohlbefinden herzustellen, vorwiegend über Förderung des Bewußtseins, und auch über die traditionell anerkannten Ebenen und Grenzen der Gesundheit hinaus; in der transpersonalen Psychologie und Psychotherapie gewinnt also die **Bewußtseinsveränderung** überragende Bedeutung. WHITE schreibt 1973 (7): „Solche Veränderungen können außerordentlich machtvoll sein und weitreichende Folgen haben für die Identität, Beziehungen, Lebensstil, Motivation und Philosophie des Individuums.“

Im Folgenden stütze ich mich vor allem auf eine Arbeit von WALSH und VAUGHAN und eine von FIRMIAN und VARGIU, ohne daß ich diese Autoren immer wieder erwähne.

Etwas weiter befaßt heißt transpersonal also, über das Persönliche, die Person hinausgehend, über das hinaus, was in den bisherigen Psychologien und

Psychotherapien als Person, als Persönlichkeit angesehen wird. In den traditionellen Schulen der Psychologie wird der Persönlichkeit eine zentrale Stellung eingeräumt; fast immer wird die Ansicht vertreten, der Mensch habe oder sei eine Persönlichkeit. Gesundheit hat dort wesentlich mit der Persönlichkeit zu tun und die Therapie demzufolge die Aufgabe, sich mit den alten und neuen Konflikten dieser Persönlichkeit zu befassen, sie zu lösen und damit die Persönlichkeit wiederherzustellen, also dabei zu helfen, daß eine gut funktionierende Persönlichkeit sich entwickeln kann.

Die Gründe für diese Persönlichkeitskonflikte liegen nach Ansicht der traditionellen Psychologie vorwiegend in den frühen Beziehungen zu den Eltern und Erziehungspersonen. Lösungen für die Konflikte werden vor allem in diesem interpersonalen Feld gesucht oder angebahnt. Die traditionelle Therapie ist also im wesentlichen eine interpersonale, zwischenmenschliche Angelegenheit, was durch die Betonung der Übertragungsbeziehungen im therapeutischen Bereich noch verstärkt wird.

Die systemischen Therapien haben den interpersonalen Aspekten noch vermehrte Beachtung geschenkt, die Basis der Therapie damit aber nicht verbreitert, sondern nur besser ausgenutzt. Das Aufkommen von Körpertherapien, von humanistischen Therapien, hat noch die biologische Basis der Persönlichkeit, den Körper mit einbezogen und so mehr therapeutische Möglichkeiten geschaffen; das alte Bild der Persönlichkeit und ihrer Theorie aber nicht wesentlich verändert.

Die *transpersonale Psychologie* hingegen mißt der Persönlichkeit, der Person weniger Bedeutung zu, diese wird nur als **Aspekt** des Seins angesehen, mit dem sich das Individuum identifizieren kann, aber nicht identifizieren muß. Zur Gesundheit führt demnach folgerichtig eine *Entidentifizierung der Persönlichkeit*, nicht deren Modifizierung. Neben dieser veränderten Gewichtung der Persönlichkeit hat die transpersonale Psychologie drei weitere Dimensionen, auf die sich ihr Modell stützt:

Es ist dies das schon erwähnte erweiterte Verständnis des Bewußtseins, dann die Annahme einer stärker wirkenden Konditionierung und zuletzt das als breiter angenommene Wirken von Identifikationsvorgängen.

Das *Bewußtsein* wird als Essenz, Kontext und Basis des Menschseins genommen. Das sogenannte normale Bewußtsein wird nur als defensiv verengter Zustand betrachtet; es ist so in seiner Potenz reduziert. Maximales oder optimales Bewußtsein ist wesentlich größer als das normale und jederzeit verfügbar, falls die Verengungen zu lösen und die Erkenntnis zu schaffen, daß das *volle Bewußtseinspotential* jederzeit verfügbar ist. Das gelingt z. B. durch Beruhigung des Geistes, des „Gedankenlärms“ (KRISHNAMURTI 8).

Die transpersonale Psychotherapie geht davon aus, daß ein breites Spektrum veränderter Bewußtseinszustände existiert, und es sei für das Wachstum der Person (was zur Entidentifizierung führt) nützlich und möglich, solche veränderte Bewußtseinszustände, mit anderen Worten Transzendenz, zu erreichen. Die traditionelle Auffassung sieht solche veränderte Zustände als schädlich, als nicht normal an. Diese starke Gewichtung der Annahme erweiterter Bedeutung des Bewußtseins hat eine Ursache in der Annahme der Unsterblichkeit des Bewußtseins, und vor allem auch in der Annahme, daß sich dieses Bewußtsein nicht nur einmal in Form menschlicher Gestalt verkörpert, sondern in einer längeren Kette sogenannter Inkarnationen immer wieder in neuen menschlichen Körpern sich darstellt und äußert. Dem Bewußtsein werden wegen seiner faktisch fehlenden Grenzen auch unermessliche Kräfte und Fähigkeiten zugeschrieben, mit denen z. B. Spontanheilungen nach klinisch festgestellten Karzinomen erklärt werden können.

Ich streife nur kurz die 3. Dimension des transpersonalen Modells, die Konditionierung. Die transpersonale Perspektive geht davon aus, daß der Mensch wesentlich stärker in Konditionierungen verhaftet ist, als es die traditionellen Psychologien annehmen. Aber: Die Befreiung aus den Konditionierungen sei wesentlich leichter als bisher angenommen. Formen der Konditionierung sind z. B. Bindungen oder verhaftet sein an fixe Vorstellungen. Ein weiteres Ziel der transpersonalen Psychotherapie muß sein, sich von der Tyrannei dieser Bindungen zu lösen. Der 4. Dimension, der Identifikation, wird in der transpersonalen Psychologie wesentlich breitere Funktion und stärkere Kraft zugemessen als in der traditionellen Psychologie, wo fast nur Identifizierungen mit äußeren Objekten anerkannt werden. Zu dieser speziellen Identifizierung nehmen die transpersonalen Psychologen noch die Identifikation mit inneren, intrapsychischen Phänomenen und Vorgängen hinzu. Sie wird als entscheidender Begriff betrachtet, vor allem auch, weil sie traditionellerweise nicht erkannt wird. „Wenn sich das Individuum mit *mentalen Inhalten* identifiziert, wird dieser Inhalt zum Kontext, in dem andere Inhalte interpretiert werden, eine Realität bestimmt wird, eine Logik übernommen und Motivationen gefunden werden.“

Dieser kontextgewordene Inhalt ruft weitere Inhalte hervor und verstärkt sie. Zum Beispiel wenn der Mensch sich mit dem Gedanken „ich habe Angst“ identifiziert, so hat er auch Angst, sonst bleibt es beim bloßen Gedanken. ASSAGIOLI (9) sagt:

„Wir werden von allem dominiert, womit sich unser Selbst identifiziert. Wir können alles dominieren und kontrollieren, von dem wir uns entidentifizieren“. Man könnte beifügen, Identifizierung schafft Grenzen und Grenzen

schaffen Unfreiheit. Solche Grenzen sind beispielsweise auch die Annahme der Unveränderlichkeit von Zeit und Raum. Raum und Zeit können transzendent werden, sagt die transpersonale Psychologie. Es kann mit transpersonaler Therapie z. B. auf Vergangenheit und Zukunft ebenso wie auf Gegenwart eingewirkt werden, da alle Zeiten gleichzeitig, nämlich *jetzt* sind. Auch der Raum ist nicht hier *oder* dort, er ist hier *und* dort.

Ein anderes wichtiges Ziel der transpersonalen Psychotherapie ist es somit, Identifizierungen zu lösen, zu transzendieren, damit die Dichotomie zwischen Ich und Nicht-Ich verschwindet. Dualismus muß verschwinden, das Individuum soll sich verbunden fühlen mit dem Universum, es soll sich *als* Universum fühlen. Das Ich, die Ich-Stärkung ist in der transpersonalen Psychologie also nicht wesentlich, kann jedoch gelegentlich ein Zwischenstadium der Therapie sein. Es werden in der transpersonalen Psychotherapie drei Bewußtseins Ebenen angenommen: Das Ich, die existentielle Ebene und die Geistesebene, wie das reine, nicht dualistische Bewußtsein genannt wird.

Noch ein Ziel der transpersonalen Therapie, ein sehr wichtiges Ziel, ist die Förderung der wachsenden Bewußtheit oder des wachsenden Bewußtseins. Dies wird erreicht durch Übung der Wahrnehmung und Konzentration, z. B. in der Meditation. Das Individuum beobachtet mehr den mentalen Inhalt, als ihn ändern zu wollen, aber es will sich von ihm desidentifizieren.

Auch Symptomlinderung und Verhaltensänderungen können Ziele der transpersonalen Psychotherapie sein, bilden aber immer nur Übergangsstadien. Zusammengefaßt: Der Therapeut will helfen bei der Entidentifizierung, der Bewußtseinsveränderung und -ausweitung, der Befreiung aus Konditionierungen und den Weg hin zur Transzendenz ebnen. Für den transpersonalen Therapeuten ist außerdem *ein* Hauptanliegen, daß die Wichtigkeit und die eupsychische Natur transpersonaler oder transzendentaler Erfahrungen anerkannt wird. Diese Erfahrungen werden als äußerst wertvolle Gelegenheit zum Wachstum angesehen. In anderen psychologischen Schulen wird nicht zwischen diesen Erfahrungen und solchen psychopathologischer Natur unterschieden.

Aus zeitlichen Gründen muß ich auf das gesonderte Eingehen auf die **Prinzipien der transpersonalen Therapie** verzichten. Ich werde hier nur einige aufzählen und später bei der Besprechung transpersonaler Aspekte des KB gelegentlich ganz kurz darauf zurückkommen. Das eine Prinzip lautet, daß transpersonales Bewußtsein nur erkennen und mit ihm umgehen kann, wer es selbst erlebt und erfahren hat. Sonst werden z. B. mystische Prozesse als Manifestationen psychotischer oder Boderlineprozesse verkannt (10). Das andere Prinzip geht aus dem ersten hervor: Transpersonale Prozesse können am besten

durch modellhaftes Vorleben in Gang gesetzt werden, mit anderen Worten, die Distanz zwischen Patient und Therapeut ist in der transpersonalen Therapie nicht so wichtig.

Transpersonale Phänomene können ein weites Ausdrucksspektrum haben. Ich möchte einige solcher transpersonaler Phänomene aufzählen und eines mit einem Literaturzitat (FIRMIAN/VARGIU, Seite 124) deutlicher machen. „Ich saß ruhig in der Küche ... und ... begann über mein Leben nachzudenken ... Plötzlich war ich auf unerklärliche Weise überwältigt von einem intensiven Gefühl der Freude; ich fühlte mich intensiv lebendig und sah mein Leben erfüllt mit Sinn und Ziel. Vermischt mit der Freude war eine tiefe Liebe – Liebe zu meinem Leben, meiner Familie und der Menschheit als ganzer mit ihren Kämpfen, ihrem Wachstum, ihrem Wandel. Ich fühlte, daß wir alle uns in Richtung auf diese Freude und Liebe bewegen.“ Transpersonale Erlebnisse können darin bestehen, daß man sich ruhig, leer und voll zugleich fühlt, seine Gedanken ruhig auf einen Punkt gerichtet hat, ohne einzudösen oder zu schlafen. PERLS nennt diesen Zustand „kreative Identifizierung“. Oder transpersonale Erfahrungen bestehen in einem plötzlichen Wohlbefindenszustand, ohne daß dafür offensichtliche z. B. materielle, reale Gründe vorliegen. Wichtig als transpersonale Erfahrungen sind Licht-, Farb- und Wärmeerlebnisse; transpersonale Lichterfahrungen können sehr unterschiedliche Intensität erreichen und den *Nah-Tod-Erlebnissen* ähneln. Auch Erfahrungen der Zeitlosigkeit und Raumlosigkeit gehören zu den wichtigen transpersonalen Erfahrungen. Diese Erlebnisse können alle auch im KB vorkommen.

Auch paradoxe Vorgänge und Aussagen im KB-Verlauf, unbeschreibbare oder fast unbeschreibbare Szenen und Erfahrungen, Empfindungen von Einheit mit Umwelt und Universum und Gefühle von Heiligkeit (C. G. JUNG nannte sie *numinos*) gehören zu den transpersonalen Phänomenen. Sie können innerhalb oder außerhalb einer Therapie vorkommen, ebenfalls natürlich sowohl im KB wie auch danach.

Werkzeuge der transpersonalen Therapie sind viele Meditationsformen, Yoga, aber auch traditionell begründete Therapien wie Gestalttechniken, Logotherapie oder die Psychosynthese von ASSAGIOLI. Auch Arbeit mit dem Bio-Feedback und psycholytischen Substanzen (früher Halluzinogene genannt) können dazu gezählt werden.

Daß das KB ebenfalls zu diesen Werkzeugen gehören könnte und also eine transpersonale Therapie darstellt, möchte ich im Folgenden versuchen, deutlich zu machen: Schon lange ist offensichtlich, daß viele KB-Phänomene nicht mit dem Vokabular der Tiefenpsychologie erfaßt werden können, und deren theoretische Postulate für die Erklärung vieler KB-Prozesse nicht genügen. Vor al-

lem nicht für die Begründung der immer wieder auch Kenner erstaunenden Wirksamkeit des KB. So war es nötig, viele neue Begriffe einzuführen, wie z. B. (ich zähle willkürlich auf) mobile Projektion, Projektionsneurose, fixierte Bilder, Verhinderungsmotive und andere, oder es war nötig, andere, ältere Begriffe mit neuer Bedeutung zu füllen, z. B. Probehandeln, Altersregression, gelenkte Regression, anaklitische Übertragung, Hypnoid, etc.

Mit den transpersonalen Konzepten im Kopf habe ich jetzt lange Zeit meine praktische KB-Arbeit betrachtet und einen großen Teil der KB-Literatur durchgesehen. Dabei ist es mir häufig aufgefallen, daß gerade dort, wo diese eben aufgezählten Begriffe zum Verständnis des KB nötig wurden, transpersonale Konzepte für Verständnis und Praxis des KB Wesentliches leisten könnten. Und: Das KB könnte eine noch größere Effektivität und noch breitere Indikation erreichen über den neuen Weg des transpersonalen Verstehens seiner Prozesse. Einige wenige Gedanken in Richtung einer transpersonalen Uminterpretation des KB-Geschehens und seiner Theorie, in Richtung transpersonalem Verständnis von KB-Phänomenen und auch in Richtung Veränderung der KB-Technik möchte ich nun folgen lassen:

Mein *erster diesbezüglicher Gedanke*: Das KB ist zu einem wesentlichen Teil eine **Meditationstherapie**. Viele Aspekte des KB könnten unter dieser Hypothese besser verstanden werden.

- Die KB-typische Einstellung von konfliktfreien Szenen, Landschaftsmotiven und auch Szenen im Wasser entsprechen einer Aufmerksamkeitsmeditation.
- Auch die von LEUNER „unter Beobachtung gewisser Grenzen“ (Lehrbuch S. 461) etwas zögernd empfohlenen Selbstübungen durch den Patient sind nach meiner Meinung eine Meditation (therapeutisch sehr förderlich).
- Ist nicht auch das Hypnoid einer Meditation zu vergleichen? LEUNER gibt für das Hypnoid im Lehrbuch S. 465 eine Beschreibung, die der Definition einer Meditation völlig entspricht.
- Der Begriff meditativ, Meditation erscheint übrigens in LEUNERS Lehrbuch öfters im Text (S. 275 und S. 218), nicht jedoch im Schlagwortverzeichnis! Dabei vermutet LEUNER selbst, daß das KB meditativ sei (Lehrbuch S. 275).

Eine wesentliche Feststellung der transpersonalen Psychologie ist es, daß konventionelle Psychotherapien *verbunden mit* meditativen Übungen des Patienten, die er bei sich zu Hause und in der Praxis des Therapeuten machen kann, zu den effektivsten Methoden der Psychotherapie zählen.

Nun noch eine kleine Bemerkung am Rande: Meditiert nicht auch der Therapeut, wenn er über lange Strecken bei einem Patienten-KB immer wieder monoton „Hm“ sagt? (Lehrbuch, S. 69 als Beispiel).

Mein **zweiter Gedanke**: Im KB selbst und im Anschluß an KB-Sitzungen kommen viele eigentliche transpersonale Phänomene vor. Es sind dies z. B. Lichterfahrungen, Raum-, Weltraum- und sogenannte ozeanische Erfahrungen, die plötzlich und ohne therapeutische Induktion auftreten, während und nach dem KB. Gefühle von Wohlbefinden physischer und psychischer Art, Körpergrößen- und Empfindungsänderungen, ebenso wie gewisse plötzliche Bildsprünge im KB könnten transpersonale Phänomene darstellen. Insbesondere zähle ich jedoch jene Erlebnisse hinzu, die ähnlich dem zitierten Beispiel von FIRMIAN/VARGIU spontan auftretendes Verständnis, z. B. für die früher abgelehnten Eltern, Verbundenheits- und Versöhnungsgefühle zeigen. Solche Erfahrungen sind in KB-Therapien gar nicht so selten.

In allen diesen und anderen Erfahrungen scheint es mir, daß der Patient sein Bewußtsein erweitert, seine persönlichen Grenzen überschreitet. Zwar oft nicht sehr spektakulär, aber das Transpersonale muß ja auch nicht spektakulär sein. Im übrigen gehören die häufigen, aber oft nicht als solche erkannten Geburtserinnerungen und Geburtsbilder (Beispiel Lehrbuch, S. 76) im KB auch zu diesen entgrenzten transpersonalen Erfahrungen. Ich bin außerdem überzeugt, daß viele transpersonale Erfahrungen noch weniger deutlich aus den KB-Bildern hervorgehen, als die vorhin aufgezählten, aber ebenso wichtig für die therapeutische Entwicklung sind. Man muß sie suchen.

Mein **dritter Gedanke** bezüglich transpersonaler Vorgänge im KB befaßt sich mit der so wichtigen Hypothese der transpersonalen Therapie, daß Entidentifizierung ein entscheidender Begriff in einer transpersonalen und in jeder anderen Psychotherapie sei. Sehr, sehr viele Prozesse im KB können als Entidentifizierung verstanden werden. Ich habe hierfür in der Literatur des KB am meisten Beispiele gefunden, werde aber nur willkürlich einige wenige auführen. Entidentifizierung heißt im transpersonalen Sinne: Lösung aus mentalen Vorstellungen, Rollen, Erwartungen, Wünschen, und auch Verabschiedung vom Glauben an eine lineare fortschreitende Zeit und an die Unverrückbarkeit des dreidimensionalen Raumes.

Der wichtigste Vorgang der Entidentifizierung ist jedoch das Erleben im KB-Bild selbst, wo alle Bildteile als Ich-Teile, alle Vorgänge als erweiterte Handlungen und Erlebnisse des Ichs angesehen werden können, und wo sehr häufig sowohl Zeit als auch Raum nicht mehr der sogenannten Normalität entsprechen, sondern eben transzendiert sind.

Zur Entidentifizierung helfen die KB-Techniken des Versöhnens, Nährens, Erschöpfens und Minderns, ebenso wie die Symbolkonfrontation und die von WILKE in psychosomatischen KB-Therapien als sehr wirksam genannte Technik von Trennung und Wiedervereinigung (WILKE in ROTH, S. 115). Natürlich

gehört die von LEUNER selbst so genannte Entgrenzung (Lehrbuch, S. 466), hierzu. Die zwei wichtigsten Techniken sind jedoch die introspektive Imagination und das Erlebenlassen von Körpergefühlen im KB (ROTH 3). In beiden Techniken werden die Grenzen zwischen Psyche und Soma aufgehoben, einem ersten und in der Therapie oft entscheidenden Schritt auf dem Wege der Entgrenzung. Ebenso kann der neue Begriff der mobilen Projektion (den LEUNER übrigens nicht sehr deutlich umschreibt, obwohl er auf S. 60 des Lehrbuchs verspricht, diesen Begriff später deutlicher zu machen), und die sogenannte Projektionsneurose (Lehrbuch, S. 419 und andere) unter der Vorstellung von Identifizierung und Entidentifizierung als therapeutischen Hilfsprozeß besser verstanden werden. Ist außerdem nicht auch die Ich-Expansion (Lehrbuch, S. 128), die über Verschmelzung mit dem imaginierten Objekt zu einer Rückkehr zur Einheit zwischen Subjekt und Objekt führt, eine Entidentifizierung und nicht wie oft vermutet, ein pathologischer Vorgang der Regression? Und: Diese Regression, die im KB fast allgegenwärtig ist, müßte meiner Meinung nach in ein viel besseres Licht gerückt werden, eben in jenes des Prozesses hin zu Entidentifizierung und zu Bewußtseinswachstum.

Ein kleiner Vorschlag meinerseits: Lesen Sie alle jene Stellen in der KB-Literatur, wo die Autoren sich um neue Begriffe und Beschreibungen bemühen, unter der Annahme, daß Entidentifizierungsvorgänge im KB allgegenwärtig sind und sehr wesentlich für die Therapie. Beispielsweise die schwierigen Ausführungen WILKES im Buch „Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin“ auf Seite 169 und Seite 170 (11) oder in LEUNERS Lehrbuch das Kapitel „Rückwirkung des symbolischen Bildes“ auf Seite 127 und Seite 128. Sie werden einiges rascher und besser verstehen können und erkennen, daß unter transpersonalem Blick alles viel einfacher aussieht.

Beim Studium des transpersonalen Gedankens und seiner Anwendung auf KB-Therapie und -Praxis sind mir viele weitere Fragen aufgegangen und offen geblieben. Von diesen möchte ich einige wenige noch erwähnen, bevor ich den Vortrag mit einem kurzen praktischen Beispiel schließe. Alle KB-Praktiker kennen die enorm heilsame Wirkung des Probehandelns im KB. Ist das Probehandeln eine Strukturierung der Zukunft durch Vorwegnahme oder durch Herstellen einer anderen wahrscheinlichen Lebensmöglichkeit? Oder ist es eine Korrektur der Vergangenheit, die ja im Heute, im Jetzt (ebenso wie die Zukunft) stattfindet? Ist das Probehandeln im KB vielleicht der Prototyp einer transpersonalen Intervention im KB?

Oder eine andere Frage: Ist wirklich der Dualbezug zwischen Therapeut und Patient der Hauptmotor der KB-Therapie (Lehrbuch, Seite 429), also das, was tiefenpsychologisch als Übertragung, Gegenübertragung, und KB-spezifisch als

projektive Übertragung, auch teilweise anaklitische Übertragung bezeichnet wird? Oder könnte nicht eher das im KB stattfindende echte, ganzheitliche Erleben von Körper, Geist und wachsendem Bewußtsein, die unmittelbare Erlebbarkeit von Entgrenzung und Grenzenlosigkeit (mit positiven Folgen) der Motor der Therapie und der Garant für die Effizienz des KB sein?

Oder auch: Gehört die Imaginationsebene zum Normalbewußtsein, oder ist sie im Sinne des transpersonalen Gedankens schon eine höhere, andere Ebene, eine bereits etwas weniger identifizierte und identifizierende, worin z. B. eben Bewußtseinsweiterungen per se schon leichter zu bewerkstelligen sind?

Ich hätte noch viele solcher Fragen, auch probeweise einige Antworten dazu. Ich möchte und muß nun aber schließen und zwar mit einem Beispiel, das zeigt, wie der KB-Therapeut hilflos wird, wenn er sich mit neu bemerkten KB-Phänomenen befassen muß, die er entweder in der psychoanalytischen Terminologie nicht fassen kann, oder wenn er gar gelernt hat, solche neuen Phänomene generell als Widerstand aufzufassen. In verschiedenen veröffentlichten Transkripten von KB-Therapien (und natürlich vor allem in der täglichen Praxis) ist zu erkennen, daß immer wieder Gefühle und körperliche Sensationen im KB auftauchen. Nach transpersonalen Vorstellungen sind solche Gefühle im Hier und Jetzt auszuhalten und aushalten zu lassen, weil sie genau so den therapeutischen Prozeß weiterbringen. In den Lehrmeinungen des KB gab es bisher keine Vorstellungen darüber, wie mit solchen Situationen umgegangen werden sollte, obwohl ich schon vor vielen Jahren die Diskussion darüber anzuregen versucht habe (3). Ich habe auch damals schon den Wert des Hier und Jetzt im KB besser zu unterstreichen begonnen, allerdings noch ohne eine Theorievorstellung darüber gehabt zu haben.

Nun zu dem Beispiel. Beim Auftauchen von Gefühlen versuchte *ein erster Therapeut* (ich beziehe mich auf die oben erwähnten Therapieprotokolle im Psychosomatik-Lehrbuch) Beziehungen zwischen der gerade erlebten KB-Szene und früheren ähnlichen Erlebnissen herzustellen und führt damit den Patienten von seinen Gefühlen weg (WILKE 11, S. 160–166), führt den Patienten weg, von dort, wo er sich selber hingestellt hat.

Ein anderer KB-Therapeut macht das genauso, wenn er die Gefühle im KB direkt rational verarbeiten läßt (KLESSMANN „Psychosomatische Medizin“, S. 211).

Der dritte Therapeut übergeht oder übersieht das Auftauchen der Gefühle einfach und läßt es im KB zu einer längeren Pause kommen (SACHSSE in ROTH 3, S. 254).

Das *vierte* Beispiel, die vierte bisher veröffentlichte Variante des Umganges mit Gefühlen in der KB-Szene, ist schon etwas älteren Datums und stammt aus

dem Lehrbuch S. 60: Dort wird die Sitzung abgebrochen, als ein einigermaßen positives Gefühl im KB auftritt.

Was wäre besser gewesen zu tun? Die Gefühle im KB erleben, aushalten zu lassen. Das bringt viel mehr, das so das Erleben von Psyche und Soma in Übereinstimmung gebracht, entidentifiziert, wird.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal feststellen, daß der KB-Theorie und KB-Praxis wohl besser gedient wäre, wenn sie sich von der einseitigen, den Praktiker oft etwas krampfhaft dünkenden Anbindung an die tiefenpsychologische Gedankenwelt lösen und sich transpersonaler Ideen öffnen würde.

Literaturverzeichnis:

- 1 LEUNER, H.: Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens, Hans Huber, Bern, 1985.
- 2 KRETZER, G. / BREUER, K.: Beziehungen zwischen Gesprächspsychotherapie und Katathymen Bilderleben. In: AGKB Göttingen: Ausgewählte Vorträge der Zentralen Weiterbildungsseminare für KB, 1974.
- 3 ROTH, J. W.: Körpersensationen während dem KB. In Roth, J. W. (Hrsg.): Konkrete Phantasie, Hans Huber, Bern, 1984.
- 4 GROF, S.: Geburt, Tod und Transzendenz, Kösel Verlag, München, 1985.
- 5 FIRMIAN, J. / VARGIU, J.: Personales und transpersonales Wachstum. In: S. Boorstein (Hrsg.): Transpersonale Psychotherapie, Scherz / Barth, Bern, 1988.
- 6 WALSH, R. N. / VAUGHAN, F. E.: Vergleichende Modelle „Das Verständnis der Person in der Psychotherapie. In: S. Boorstein (Hrsg.), a. a. O.
- 7 WHITE, J. (Hrsg.): The highest State of Consciousness. Double Day, New York, 1973.
- 8 KRISHNAMURTI, J.: Einbruch in die Freiheit, Ullstein TB, 34103.
- 9 ASSAGIOLI, R.: Psychosynthesis, Viking, New York, 1965. Aurum Freiburg, 1974.
- 10 GAD (Group for the Advancement of Psychiatry): Mysticism and Psychiatry; American Psychiatry Assoc., Washington D. C., 1977.
- 11 WILKE, E. / LEUNER, H.: Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin, Huber Verlag, Bern, 1990.

DR. MED. J. W. ROTH, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Bremgartenstraße 115, CH-3012 Bern

* Vortrag zu dem 6. Internationalen Kongreß für Katathymes Bilderleben, 21.–23. Mai 1992 in Stockholm, Schweden

Das Phänomen Hypnose

Heinrich Wallnöfer

H. WALTER nennt die Hypnose in ihrem jüngst erschienenen und für alle, die sich für die Hypnose interessieren, sehr lesenswerten Buch: unsere „ureigenste“ Psychotherapieform.¹ Sie kommt zu diesem Schluß, weil die Hypnose in Europa tief verwurzelt ist. H. WALTER streift auch das Problem der „Weltanschauung“, wobei sie Jaspers mit dem Homo reagens, homo naturalis und homo spiritualis zitiert.

Mit „Weltanschauung“ hat das schwankende Bild der Hypnose außerordentlich viel zu tun, wenn man auch, wie ich meine, für eine Bearbeitung dieses Problems zusätzlich die Theorien, aber auch die Erlebnisse, von Sigmund Freud bemühen müßte.

Was ist diese „ureigenste“ Form der Psychotherapie nun eigentlich?

Sehen wir bei JASPERS nach, freilich eher um unsere relative Hilfslosigkeit dem Phänomen gegenüber zu erfahren als um eine „eindeutige“ Antwort zu bekommen, die es wahrscheinlich nie geben wird: JASPERS schreibt: „Was dieser Zustand eigentlich ist, ist nicht aus einem bekannten Prinzip zu begreifen, sondern nur unterscheidend zu begrenzen. Es ist keine verstehbare seelische Verwandlung, sondern im Zusammenhang wirkender Suggestion ein vitales Geschehen eigener Art. Es handelt sich um ein Urphänomen des seelisch-leiblichen Lebens, das sich als Veränderung des Bewußtseinszustandes zeigt.“²

Also ein Urphänomen, für das wir, wie für andere unerklärliche Phänomene auch, immer wieder Erklärungen suchen.

Eines darf man dabei festhalten: Wir können diesen weiten Bereich, den man unter Hypnose zusammenfaßt, zwar nicht erklären, wir können aber sehr wohl damit arbeiten, haben heute schon eine ganze Reihe von exakten, wissenschaftlichen Beobachtungen, Teste für die Hypnotisierbarkeit und können die Hypnose – mit den all den Wenn und Aber die wir auch von jedem anderen Mittel der Psychotherapie her kennen – gezielt einsetzen.

Von HATTINGBERG zitiert nach STOKVIS-PFLANZ 1947: „Alle Hypnosetheorien bemühen sich, immer die alten Erfahrungen mit den jeweils gültigen Theorien der Psychologie zu koordinieren. Eine evidente Theorie kann niemals zustande kommen, weil eben unser psychologisches Einfühlungsvermögen die Grenze der artifiziellen Ichspaltung in der Hypnose nicht überschreiten kann.“^{3, 4}

Diese artifizielle Ichspaltung scheint ein wesentlicher Punkt sowohl der Hypnoseeinleitung als auch des hypnotischen Zustandes zu sein und erklärt

viele Phänomene. Freilich, wenn man schon beim Zweifeln ist: Wir haben auch keine einheitliche, allgemein anerkannte Ichtheorie sondern auch hier Schulen, die sich mehr oder weniger heftig bekämpfen.

Paul F. SCHILDER hat übrigens schon 1926 festgestellt, daß seiner Ansicht nach nur ein Teil des Ego in die Hypnose involviert wird und ein beachtlicher Teil der Persönlichkeit in normalen Beziehungen zur Umwelt bleibt.⁵ „Eine Feststellung, die wir immer wieder bestätigen können.“

Ende 1992 betont L. J. KIRMAYER die große Bedeutung soziologisch-psychologischer Überlegungen um an das Problem Hypnose näher heranzukommen und folgt damit dem Marquis de PUYSEGUR, der das soziale Gefälle zu einem Faktor der Therapieerfolge machte.⁷

Franz Anton MESMER und der erste Erklärungsversuch

Ich bin überzeugt, daß man sich einem Phänomen wie der Hypnose nicht wirklich nähern kann, ohne den geschichtlichen Hintergrund wenigstens etwas überblicken zu können.

Schauen wir daher erst einmal zurück zum Anfang der medizinischen Hypnose, zum animalischen Magnetismus, zu Franz Anton MESMER (1734 bis 1815), dem Vielgerühmten und Vielgeschmähten. Er bestand darauf, daß es für die therapeutischen Erfolge seines Verfahrens, das man damals allerdings noch nicht Hypnose nannte, eine wissenschaftliche Erklärung geben müßte.

Gesundheit war für MESMER die harmonische Verteilung einer unfafßbaren ätherischen Kraft, eines „Fluidum“, das das Universum durchflutet. Krankheit war Disharmonie in der Verteilung des kosmischen Fluidums im Körper.^{8, 9}

Das „kosmische Fluidum“ kann nach MESMER bis zu einem gewissen Grad nicht nur durch den Willen gesteuert, sondern auch in unbelebten Objekten, wie in Magneten, gespeichert werden.

Seine Patienten schienen seine Theorie – wie so oft – zu bestätigen. Sie kamen im Laufe einer Behandlung in „unharmonische“ Krisen – etwa mit einem hysterischen Arcus –, und sein eigener „magnetischer“ Einfluß oder der seiner Magneten konnte diesen unharmonischen Zustand wieder lösen. MESMER war einerseits ein typisches Kind seiner Zeit, die gerade an der Schwelle zur modernen Naturwissenschaft stand, und andererseits beladen mit dem Ballast von Exorzismus und ähnlichen magischen Vorstellungen, die nun in die physikalische Sprache des achtzehnten Jahrhunderts gezwängt wurden. Allzuviel hat sich hier übrigens nicht geändert, es gibt eine Reihe von psychotherapeutischen oder parapsychotherapeutischen Verfahren, die mit verschiedenen „Energie“-Erklärungen arbeiten. Wir wollen auch nicht vergessen, daß es noch vor weni-

gen Jahren einen Exorzismus-Prozeß gab und daß auch Psychotherapeuten gerne seelische Abläufe in physikalischen Termini beschreiben. Von der „Psychodynamik“ bis zum „Kraftfeld der Seele“¹⁰ spannt sich ein weiter Bogen.

MESMER war auch überzeugt davon, daß es keine Heilung ohne Krisis gibt, eine Einstellung, die uns an BREUER und FREUD erinnert.

Natürlich mußten MESMERS Zeitgenossen ihn ablehnen, natürlich mußten sie mit allen Mitteln einer heranwachsenden Naturwissenschaft beweisen, wie unrecht er hatte. Notfalls nahm man zu absurden Behauptungen Zuflucht, nur um das Naheliegende nicht sehen zu müssen. So wird tradiert, daß der Augenarzt – natürlich ein hochangesehener Mann mit allen äußeren Ehren –, der die arme Maria Theresia Paradis untersuchen mußte, die von ihrer hysterischen Blindheit genesen war, zu dem Schluß kam, sie sei doch blind, weil sie viele Gegenstände, die sie sah, zwar beschreiben, aber nicht benennen konnte.

Erst heute betont man wieder, daß der verfolgte und gestreßte Franz Anton MESMER, von seinen Kollegen buchstäblich gejagt, kämpfend wie eine Ratte im Eck, schon sehr wohl erkannt hatte, daß seine Kur keinen Erfolg haben konnte, wenn der Patient den heilenden Einfluß des Arztes nicht wahrhaben wollte; daß er wie Ronald E. SHOR schreibt, dem wir in historischer Hinsicht vorwiegend folgen – eine sehr genaue Kenntnis der Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung hatte. MESMER war sich offensichtlich klar darüber, welche Rolle eine akzeptierende Erwartungshaltung der Versuchsperson für seine Ergebnisse spielte. Wie so oft, stürzte man sich auf das, was falsch an seinen Aussagen war, und übersah das Richtige und Hilfreiche.

Die Entdeckung des somnambulen Zustandes

Ein weiterer wesentlicher Markstein in der Geschichte der Hypnose ist die – man müßte sagen – „wissenschaftliche“ Entdeckung des somnambulen Zustandes um 1784 durch einen Laienschüler von MESMER: Armand CHASTENET, Marquis de PUYSEGUR (1751 bis 1825) fand – was freilich Schamanen und andere Zauberer seit eh und je wußten –, daß man mit der MESMERSchen Methode Menschen in einen Trancezustand bringen kann, in dem sie scheinbar wach sind, wie Schlafwandler agieren und doch im Rapport zum Magnetiseur bleiben.

Künstliches Schlafwandeln wurde ab diesem Zeitpunkt zum bewußt eingesetzten Therapeutikum, und SHOR spricht auch von einem präsomnambulistischen und einem somnambulistischen Mesmerismus.

PUYSEGUR blieb bei der „Naturwissenschaft“: Das heilende Fluidum wird nach seiner Ansicht vom Gehirn des Magnetiseurs abgesondert und wird nun

– man beachte – durch den Willen des Therapeuten entlang seiner Nerven verteilt und kann auf den Patienten kraft des überragenden Selbstvertrauens und der dominierenden Einflüsse des Magnetiseurs übertragen werden. Neben der Physik kommt die Psychologie zwar durch eine Hintertür aber unaufhaltsam wieder herein.

Von MESMER blieb neben der angelsächsischen Bezeichnung „to mesmerize“ für Hypnotisieren übrigens auch eine kleine Gruppe von Anhängern, die heute noch an den animalischen Magnetismus und ihre eigenen besonderen Kräfte glauben und damit behandeln.

Wir wollen nicht übersehen, daß Martin T. ORNE 1977 in den *Annals of the New York Academy of Science* unter der Überschrift „Die Realität der Hypnose“ als ersten Punkt die Frage stellt: „Ist der Mechanismus, den ein bestimmter Untersucher zur Phänomenologie der Hypnose postuliert, valid; zum Beispiel, gibt es da so etwas wie einen animalischen Magnetismus?“¹¹.

1814 trat in Paris der Abbé José Custodi di FARIA auf, der alle materialistischen Erklärungen des Somnambulismus verwarf und das, was MESMER nur nebenher als wichtig bezeichnete, in den Vordergrund rückte: die hohe Erwartungshaltung der Versuchsperson und die Bereitschaft, die Suggestionen anzunehmen.

BRAID und die Hypnology

1843 taucht der Name Hypnose und die Lehre von der Neurohypnologie auf. James BRAID (1795 bis 1860), der seine Versuchspersonen durch Anstarrenlassen einer Lanzettspitze hypnotisierte, stellt zuerst eine physiologische Theorie der Hypnose in den Vordergrund: Die *levatorae palpebrae* würden durch das Anstarren des glitzernden Gegenstandes allmählich müde, und dies wiederum induziere eine allgemeine Müdigkeit, die Schlaf oder einen stuporähnlichen Zustand zur Folge hätte: den Neurohypnotismus.

Später neigte auch BRAID zu einer vorwiegend psychologischen Erklärung, dem Monoideismus. Die ausschließliche Aufmerksamkeit auf eine Idee, auf einen Gedanken, auf einen Punkt. Wir sprechen auch heute noch von der Einengung des Bewußtseins.

Die Hypnose – der Neurohypnotismus – wurde für die damalige Schulmedizin wenigstens teilweise akzeptabel. Heute gibt es immerhin einen Beschluß der AMA (American Medical Association), daß Hypnose ein valides therapeutisches Instrument ist.

1878 begann Jean Marie CHARCOT (1825 bis 1893) in der Salpêtrière seine Vorlesungen über Hypnose. Er stellte die hysterische Prädisposition und neuro-

physiologische Veränderungen in den Vordergrund. Eine Theorie, der unter anderem BERNHEIM widersprach.

Sigmund FREUD und die „Verzweiflung“ an der Hypnose

H. BERNHEIM hatte 1886 das Buch eines unbekanntes französischen Landarztes, Ambroise Auguste LIÉBAULT, „Über den Schlaf und analoge Zustände im Hinblick auf den Einfluß der Psyche auf das Soma (1866)“ (in Wien übrigens 1892 bei Deuticke erschienen) wieder entdeckt und damit auch der Suggestionstheorie zum Durchbruch verholfen. Gerade aus der Suggestionstheorie versteht man aber auch die besondere Stellung FREUDS zur Hypnose: zuerst hingebungsvolle Begeisterung, Empfehlung der Hypnose als wichtigstes Heilmittel für jeden Arzt, später seine erstaunliche Ambivalenz und seine auffallend geringe Distanz.

FREUD und seine Nachfolger mußten enttäuscht sein von diesem Instrument, von dem FREUD 1890 schrieb: „Der wissenschaftliche Gewinn, den die Bekanntschaft mit den hypnotischen Tatsachen Ärzten und Seelenforschern gebracht hat, kann nicht leicht überschätzt werden. Um nun aber die praktische Bedeutung der neuen Erkenntnisse zu würdigen, wolle man an Stelle des Hypnotiseurs den Arzt, an Stelle des Hypnotisierten den Kranken setzen. Scheint da die Hypnose nicht berufen, alle Bedürfnisse des Arztes, insofern er als ‚Seelenarzt‘ gegen den Kranken auftreten will, zu befriedigen?“

Die Hypnose schenkt dem Arzt eine Autorität, wie sie wahrscheinlich niemals ein Priester oder Wundermann besessen hat, indem sie alles seelische Interesse des Hypnotisierten auf die Person des Arztes vereinigt; sie schafft die Eigenmächtigkeit des Seelenlebens beim Kranken ab, in der wir das launenhafte Hemmnis für die Äußerung seelischer Einflüsse auf den Körper erkannt haben; ... Der Arzt versetzt den Kranken in den Zustand der Hypnose, erteilt ihm die nach den jeweiligen Umständen abgeänderte Suggestion, daß er nicht krank ist, daß er nach dem Erwachen von seinen Leidenszeichen nichts verspüren wird, weckt ihn dann auf und darf sich der Erwartung hingeben, daß die Suggestion ihre Schuldigkeit gegen die Krankheit getan hat. Dieses Verfahren wäre etwa, wenn die einzige Anwendung nicht genützt hat, die nötige Anzahl von Malen zu wiederholen.“

Und weiter: „Die hypnotische Behandlung bedeutet nun wirklich eine große Erweiterung des ärztlichen Machtbereiches und somit einen Fortschritt der Heilkunst. Man kann jedem Leidenden den Rat geben, sich ihr anzuvertrauen, wenn sie von einem kundigen und vertrauenswürdigen Arzte ausgeübt wird. Aber man sollte sich der Hypnose in anderer Weise bedienen, als es heute zu-

meist geschieht. Gewöhnlich greift man zu dieser Behandlungsart erst, wenn alle anderen Mittel im Stiche gelassen haben, der Leidende bereits verzagt und unmutig geworden ist. Dann verläßt man seinen Arzt, der nicht hypnotisieren kann oder es nicht ausübt, und wendet sich an einen fremden Arzt, der meist nichts anderes übt und nichts anderes kann als hypnotisieren.“¹²

1904: FREUD distanziert sich von der Hypnose

Vierzehn Jahre danach ist FREUDS Haltung eher ambivalent bis ablehnend. Er schreibt 1904 über die Psychoanalyse: „Ich merkte, daß diese Methode sehr häufig mit der hypnotischen Suggestivbehandlung verwechselt wird, merke es daran, daß verhältnismäßig häufig auch Kollegen, deren Vertrauensmann ich sonst nicht bin, Kranke zu mir schicken, refraktäre Kranke natürlich, mit dem Auftrag, ich sollte sie hypnotisieren. Nun habe ich seit etwa acht Jahren keine Hypnose mehr zu Zwecken der Therapie ausgeübt (vereinzelte Versuche ausgenommen) und pflege solche Sendungen mit dem Rate, wer auf die Hypnose baut, möge sie selbst machen, zu retournieren.“¹³

Er berichtet auch, warum er das Verfahren aufgegeben hat: „Ich habe die Suggestionstechnik und mit ihr die Hypnose so frühzeitig aufgegeben, weil ich daran verzweifelte, die Suggestion so stark und so haltbar zu machen, wie es für die dauernde Heilung notwendig wäre.“¹⁴

Mit diesen Worten scheint mir sowohl die Kluft, die zwischen den Vertretern der Suggestion und der Analyse besteht, wie auch der Irrtum, der dahinter steckt, bis heute am besten dargestellt.

Wenn man von der Hypnose, was immer das sein mag, erwartet, man könne dem Patienten seine Krankheit oder seine Störung wegsuggestieren, indem man etwas Stärkeres einfach aufpfropft, dann muß man, wenigstens sehr häufig, scheitern.

Warum man aber aus dieser einseitigen Sicht, aus dieser Überforderung der Methode – nebenbei sehr unfreudianisch mit der Erklärung des Phänomens aus einem einzigen Blickwinkel – das Verfahren als solches verurteilen sollte, ist aus rationalen Gründen allein nicht ganz einleuchtend. FREUD hat die Hypnose immer wieder in einer sehr ambivalenten Form erwähnt und sie dabei auch mit dem Zustand der Verliebtheit und mit der Liebe des Kindes zu den Eltern verglichen. Ja, er hat die Analytiker die legitimen Nachfahren der Hypnotiseure genannt.

Tiefenpsychologisch läßt sich seine Ambivalenz vielleicht aus einer seiner Definitionen deuten: „Die hypnotische Beziehung ist eine uneingeschränkte, verliebte Hingabe bei Ausschluß sexueller Befriedigung.“ Das stimmt manch-

mal wortwörtlich, kann aber sicher das Phänomen Hypnose nicht erklären. Viel eher schon die FREUDSchen Ängste.

Wenig beachtet ist auch die Tatsache, daß FREUD – siehe oben – als Seelenarzt „gegen den Kranken“ auftreten wollte. Aus diesen Worten geht für den damals jungen Arzt ein Machtanspruch hervor. Es wäre denkbar, daß die zeitweise Aggressivität gegen die Hypnose wenigstens zum Teil aus der Enttäuschung in dieser Hinsicht resultiert.

Übersehen wird bei der Diskussion über die Hypnose fast regelmäßig, daß man, wie zum Beispiel Milton H. ERICKSON gezeigt hat, auch in der Hypnose durchaus ein Mittel sehen kann, mit dem Arzt und Patient auf gleicher Ebene miteinander gegen die Störungen zusammenarbeiten. Übersehen wird dabei auch das, was Johannes Heinrich SCHULTZ die organismische Wirkung von Autogenem Training und Hypnose genannt hat: der unmittelbar positive Einfluß auf Zentralnervensystem und Vegetativum. Übersehen wird die kathartische Wirkung, die rein körperlich beruhigende und die rein praktische Anwendbarkeit als eine Art Erste Hilfe, die Unterstützung somatischer Maßnahmen, etwa die einfache Anästhesie beim Zähneziehen. Also eine ganze Reihe von Anwendungsmöglichkeiten, die an sich nicht (nur) in den engeren Rahmen der Psychotherapie, sondern auch in den der Medizin ganz allgemein gehören.

Zur Historie sei noch festgehalten:

Oskar VOGT (1870 bis 1959) setzte der allgemein üblichen Behauptung, daß rund fünf bis zehn Prozent der Versuchspersonen gänzlich refraktär sind und fünf bis zehn Prozent sehr gut in Trance kommen, der Rest in ein eher leichtes Hypnoid, seine Versuche entgegen, bei denen es ihm immer – allerdings zum Beispiel erst nach siebenhundert Versuchen – gelang, die Versuchsperson in eine tiefe Hypnose zu bringen: Nach VOGT ist also jeder Mensch hypnotisierbar.¹⁵

Johannes Heinrich SCHULTZ beginnt nach Vorversuchen um 1920, sein Autogenes Training zu entwickeln und bald auch die tiefenpsychologisch orientierte Oberstufe.

Milton H. ERICKSON (1901 bis 1980), der Gelähmte, Farbenblinde, Atonale, schon als Student ein hervorragender Hypnotiseur, geht ganz neue Wege, die vor allem das Einfühlungsvermögen in den Patienten betonen und vom Therapeuten ein Feuerwerk von guten Ideen, die festgefahrene Strukturen bei der Versuchsperson unterlaufen sollen, verlangt.

Um 1940 beginnt HADFIELD¹⁶ mit der „Hypnoanalyse“ (auf die wir später noch eingehen).

1977 fragt ORNE wie früher PÖTZL in Wien: Ist Hypnose eine reale Tatsache

oder Fopperei, Schabernak, ein Possenstreich, den die Versuchsperson dem Versuchsleiter oder beide sich gegenseitig vorspielen?¹⁷ Die Liste der Befürworter der Schabernaktheorie ist lang, reicht von C.R. HALL in der Mitte des neunzehnten Jahrhunderts bis zu Theodor BARBER, der eine kognitivbehavioristische Theorie des Phänomens Hypnose vertritt.

Die Definition der Hypnose des Behavioristen BARBER: „Hypnose ist definiert durch die ihr vorausgehenden Ereignisse.“¹⁸ Ein letztes Definitionszitat stammt von ORNE: „In summary I have tried to define hypnosis as that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception or memory.“ („Zusammenfassend habe ich versucht, Hypnose als einen Zustand oder als eine Bedingung zu definieren, in welchem Subjekte fähig sind, auf geeignete Suggestionen mit Entstellungen der Wahrnehmung oder des Gedächtnisses zu reagieren.“) Auch hier finden wir wieder einen Ausschnitt dessen, was im weiten Bereich der Hypnose möglich ist.¹⁹

Diese Begrenzung wird von ORNE sehr wohl erklärt: Man hat noch lange keinen Beweis für das Bestehen einer Hypnose, wenn man jemandem sagt, zieh Deinen linken Schuh aus, und die Versuchsperson dies auch wirklich tut. Sie kann ja einfach kooperativ sein.

Sicher sind solche Definitionen (oft Einschränkungen) für die Verhaltensforschung wichtig. Was soll man messen, wenn man keine Maßstäbe, keine Anhaltspunkte, also keine Eingrenzungen hat? Für die Praxis sagen sie aber wenig aus: „Hypnose ist das, was der Experimentator als Hypnose definiert“ oder besser: „Hypnose nennt“ oder: „Hypnose ist erst bewiesen, wenn eine bestimmte, vom Experimentator als Trancebeweis anerkannte Reaktionsart nachweisbar ist.“

Definition der Suggestion

Wir müssen uns noch, da wir ja in der Medizin vorwiegend von der durch Suggestion erzeugten Hypnose sprechen, Suggestiondefinitionen ansehen. Hier liegen die Dinge um eine Spur klarer.^{20, 21, 22} Der berühmte Satz von BECHTEREW, daß sich der Gedanke eines anderen bei der Suggestion in die Gedankenwelt dessen, dem etwas suggeriert wird, einschleicht wie ein Dieb in der Nacht in ein Haus, um es als Hausherr wieder zu verlassen, ist allgemein bekannt. Ich möchte noch die STOKVIS-PFLANZsche Definition in Erinnerung bringen: „Suggestion ist die affektive Beeinflussung der körperlich-seelischen Ganzheit auf der Grundlage eines zwischenmenschlichen Grundvollzuges: der affektiven Resonanzwirkung.“²³

Natürlich gibt es auch behavioristische Definitionen, die sich streng an das Beobachtbare halten: zum Beispiel von St. H. BRITT: „Suggestion bezieht sich

auf einen Prozeß, in dem unkritische und manchmal unmittelbare Reaktionen auf Reize in einer bestimmten Situation hervorgerufen werden, da bestimmte Verhaltensmechanismen bereit stehen, in dieser Weise zu reagieren.“^{24, 25}

Iwan Petrowitsch PAWLOW hat das schon einmal definiert: „Das Wort ist für den Menschen ein ebenso realer, bedingter Reiz wie alle übrigen bedingten Reize, die auch bei Tieren auftreten. So ist die Suggestion als einfachster und typischster bedingter Reflex des Menschen anzusehen.“²⁶

Auch Ernest ROSSI (ERICKSON-Schüler) ist stark vom Behaviorismus beeinflusst, wenn er 1979 M. H. ERICKSONS Suggestionstyp in einem Zwiegespräch folgendermaßen definiert: „Suggestion ist nicht etwas in das Subjekt einbringen; Suggestion ist der Prozeß, die eigenen internen Assoziationen des Subjekts zu evozieren und ihm zu helfen, diese Assoziationen für seine eigenen, neuen Anliegen zu nützen. Alle sogenannten hypnotischen Phänomene sind in Wirklichkeit dissoziierte Verhaltensteile, die in früheren Entwicklungsstadien und initialen Lernstadien normal waren.“

Worauf ERICKSON bemerkt: „Dinge gleichzeitig wissen und nicht wissen.“ Und an anderer Stelle ROSSI: „Darüber hinaus ist Hypnose mehr Erfahrungslernen als intellektuelles oder abstraktes Wissen.“

Darauf ERICKSON: „Ich möchte Sie darauf aufmerksam machen, wie folgerichtig das alles ist, selbst wenn es so aussieht, als ob es aus dem Stegreif käme. Es ist eine Sprache, die ich sorgfältig gelernt habe, ein sorgfältiges Studium. Ich weiß alle Sprachregeln, und ich kenne die Bedeutung aller Worte. Ich spreche sie flüssig, weil ich sie sorgfältig gelernt habe.“²⁷

H. WALTER weist auf die drei bekanntesten Suggestionsgesetze hin:

1. Auf die Ideomotorik (CARPENTERSches Gesetz) bzw die Ideoplasi (A. FOREL), also auf die Tatsache, daß sich genügend starke Vorstellung sowohl motorisch als auch „plastisch“ durchsetzen, wie die berühmte Brandblase durch Suggestion einer glühenden Münze am Handrücken, beweist. Der Körper verhält sich so „als ob“ und man kann wohl sagen an sich zweckmäßig“.

2. Auf das Gesetz des umgekehrten Effektes, auf das I. H. SCHULTZ beim Autogenen Training im besonderen und bei jeder Psychotherapie grundsätzlich hingewiesen hat: Je mehr man sich bemüht, umso schlechter wird das gewünschte Ziel erreicht. Daher auch seine immer wieder wiederholten Ratschläge: „Nicht bemühen, nicht versuchen etwas zu machen!“²⁸ Die indische Fabel, bei der der Maharadscha seinem Gastfreund sagt: „Ich schenke Dir mein halbes Reich, wenn du eine Minute nicht an den kleinen weißen Elefanten denkst.“, zeigt, daß dieses Gesetz auch im Osten schon lange bekannt war.

3. Das Gesetz des dominanten Effektes. Wie ein schwächerer Reiz durch einen stärkeren unterdrückt wird, werden auch schwächere Emotionen von stär-

keren verdrängt. Auch nach diesem Gesetz sollte man keine negativen Suggestionen geben, da sie in „kräftigere“ Emotionen umgesetzt werden können. Die negative Suggestion (nicht im wertenden sondern im Sinne „nicht“) kommt wohl auch deshalb nicht an, weil es im Unbewußten eben keine Negation gibt und aus der Suggestion „Sie werden keine Angst haben“ das Wort „keine“ verschwindet und der Effekt daher größere Angst ist.²⁹ An sich sollte man negativ besetzte Worte generell bei Suggestionen nicht verwenden.

Alle Erklärungen und Definitionen der Begriffe Hypnose und Suggestion lassen eine Frage offen:

Was macht die Hypnose so geheimnisvoll und im wahrsten Sinn des Wortes verdächtig?

Vor allem wohl die tatsächliche oder scheinbare Macht des Hypnotiseurs über den Hypnotisierten. Letztlich wohl auch die strenge Logik des Unbewußten, die mit der Logik des Bewußten scheinbar nicht übereinstimmt. Ein Mensch, der nicht und nicht über einen Kreidestrich gehen kann, auch wenn man ihn immer wieder dazu auffordert, handelt offensichtlich unlogisch, wie ein Neurotiker, der irgendetwas nicht zu Fürchtendes fürchtet. Die Sache wird sofort nachdrücklich logisch, wenn wir wissen, daß ein posthypnotischer Auftrag, also eine Information, die dem Bewußtsein der Versuchsperson als wirklich unterschoben wurde, sie wissen läßt, daß hinter dem Kreidestrich ein tiefer Abgrund gähnt. Welcher vernünftige Mensch würde diese Grenze überschreiten?

Was macht die Hypnose verdächtig? Nun, zum Beispiel die Äußerung FREUDS, die hypnotische Beziehung sei eine „uneingeschränkte verliebte Hingabe bei Ausschluß sexueller Befriedigung.“³⁰ Wer will sich schon unbeschränkt einer oder mehreren Personen, die er zumal oft kaum kennt, hingeben? Wer will sich demütig unterwerfen, gefügig sein, kritiklos, den Hypnotiseur an die Stelle des Ichideals setzen? Abgesehen davon, daß FREUD selbst auch andere Definitionen und Erklärungen gab und übernommen hat, wäre er wohl besser beraten gewesen, wenn er, seiner sonstigen Gewohnheit folgend, etwas vorsichtiger formuliert hätte, etwa: „die hypnotische Beziehung gleicht oft einer verliebten Hingabe.“ Denn das tut sie ja wirklich. Postuliert man aber, daß die Hypnose oder besser der hypnotische Zustand immer eine verliebte Hingabe ist, so liegt die Befürchtung nicht ganz ferne, der Hypnotiseur oder die Hypnotiseuse könnten den Zustand ausnützen und – neben anderen unerwünschten Beeinflussungen – die sexuelle Befriedigung nicht ausschließen. Das hat zu vielen Problemen geführt, vor allem zu Ängsten bei denen, die an sich dieses In-

strument verwenden sollten: bei den Therapeuten. Auch hier war es ja wieder FREUD, der in dieser Hinsicht Erschreckendes erlebt hat. Umfangreiche Sicherungen wurden und werden auch noch ergriffen, damit die Versuchsperson nicht nach der Hypnose einen Angriff auf ihre sexuelle Integrität behaupten kann.

Da man heute ziemlich sicher sagen kann, daß die „Macht“ des Hypnotiseurs nur so weit reicht, wie es die ethischen Normen der Versuchsperson zulassen, und daß sie niemals so groß ist wie FREUD das sowohl gehofft als auch gefürchtet hat, ist man in dieser Beziehung etwas weniger ängstlich geworden.

Natürlich dürfen wir das Problem der Übertragung und Gegenübertragung und überhaupt der psychoanalytischen Gegebenheiten an sich auch in der Hypnose ebensowenig vernachlässigen wie in jeder anderen Form der Psychotherapie.

Neurohypnotismus – Hypnose

Was ist das, was BRAID Hypnose oder Neurohypnotismus nannte, nun wirklich? Ich glaube sagen zu können, daß es die Hypnose überhaupt nicht gibt. Hypnose war ursprünglich der Ausdruck für einen von James BRAID an sich eng umschriebenen Zustand: nämlich die veränderte Verfassung des Zentralnervensystems und des Vegetativums, herbeigeführt durch eine Lidmuskelermüdung. Das nämlich nannte BRAID wirklich Hypnose.

Wenn wir heute von Hypnose sprechen, meinen wir damit eine große Zahl von verschiedenen Techniken und Zuständen, die nur die Tatsache gemeinsam haben, daß es sich im Endeffekt um einen mehr oder stark veränderten Bewußtseins- oder Reaktionsmodus handelt (altered state of consciousness).

Im engeren Sinne meint man damit einen durch Suggestion herbeigeführten Zustand, der häufig dem Schlaf ähnlich (aber nicht identisch!) ist, speziell wenn Ruhe- oder Schlafsuggestionen angewendet werden.

Wenn ich im folgenden von der Hypnose als Therapeutikum spreche, so ist damit grundsätzlich Hypnose aufgrund direkter oder indirekter Suggestion gemeint, wenn auch von manchen Autoren unmittelbare Eingriffe wie Elektrodenblitze oder Wasserfallrauschen zur Einleitung angewendet werden. Es ist eine akademische Frage, ob dabei nicht auch die Suggestion des weißen Mantels, der Klinikatmosphäre, der technischen Einrichtung und dergleichen mehr eine Rolle spielt.

Sicher ist auch die Erwartungshaltung des Patienten, wie dies schon Franz Anton MESMER und Abbé José di FARIA beobachtet haben, wichtig.

Hypnose im Rahmen eines Gesamt-Behandlungsplanes: Zahlreiche Möglichkeiten werden nur spärlich genutzt

Was ist die Hypnose nun für uns Therapeuten? Nochmals sei eine Warnung vorausgestellt: sie kann zu Allmachtgefühlen verleiten und eine Gefahr für die eigene Kritikfähigkeit sein. In diesem Fall muß man, wie jeder, der die Hypnose in diesem Sinne zu nützen versucht, einmal enttäuscht werden. Denn die Suggestionen halten nun einmal nicht ewig, und ohne zusätzliche (Hypno-) Therapie (auch Hypnoanalyse) kann man verhältnismäßig selten jemanden von seinen Symptomen wirklich befreien.

Nun aber endlich zu den Positiva, die, wenn man das Verfahren vernünftig und im Rahmen eines Gesamtplanes einer Therapie oder Psychotherapie verwendet, weit überwiegen.

In der nicht psychotherapeutisch orientierten Medizin kann man zum Beispiel schmerzlos und (fast) ohne Nachblutungen Zähne ziehen. Was man wenigstens dort anwenden sollte, wo sonst besondere Gefahr besteht, etwa bei Blutern.^{31, 32} In Amerika gehört die Extraktion in Hypnose für viele zum zahnärztlichen Alltag. In Europa ist vor allem P. WIKSTRÖM, Schweden, ein Vertreter dieses Verfahrens und hat auch einen ausgezeichneten Film darüber gemacht.

Weitere Beispiele:

- Operation in Hypnose, vor allem kleine Chirurgie
- Geburt in Hypnose
- Schmerzlinderung oder Schmerzbefreiung durch Hypnose und Ablationshypnose
- Beeinflussung der Herzätigkeit, des Blutdruckes und der Entwässerung
- Asthma bronchiale
- Hautkrankheiten, zum Beispiel Suggestion gegen Pruritus

Schon diese Beispiele zeigen ein breites Spektrum der Möglichkeiten, merkwürdigerweise noch immer nur spärlich genützt. In der Chirurgie etwa mit dem Hinweis, daß es ohnedies so gute Narkotika gäbe und nur etwa zehn Prozent der Patienten für eine Operation in Hypnonarkose geeignet wären.

Für die Behandlung von chronischen Schmerzzuständen, bei denen riesige Mengen von Antidolorantien jeder Art verbraucht werden, scheint mir die Hypnose besonders wichtig und sofort anwendbar zu sein.

Selbst wenn sich hier wirklich nur zehn oder fünfzehn Prozent des betroffenen Personenkreises eignen würden, bedeutet dies eine erhebliche Einsparung von Mitteln die auf Dauer sicher nicht unschädlich sind.

Daß Forschungen in dieser Hinsicht, wie sie etwa Dietrich LANGEN durchge-

führt hat, nicht a priori die Unterstützung von Schmerzmittelherstellern haben, ist verständlich.

Behandlung von Fremd- und Randneurosen

Nun zum eigentlichen psychotherapeutischen Anliegen. Welche Indikationen kommen hier in Frage? Auch in diesem Fall müssen wir erst klären, wer die Hypnose benützt und ob sie als alleiniges Therapeutikum eingesetzt oder in Kombination mit anderen psychotherapeutischen und somatischen Möglichkeiten verwendet werden soll.

Fangen wir für die sogenannte kleine Psychotherapie an, so kann Hypnose ein gutes Beruhigungs- und Schlafmittel in der Hand des Kollegen sein, der sich nur mit einfachen hypnotischen Problemen und etwa mit Autogenem Training (Grundstufe), befaßt. Manchmal ohne genau zu wissen, was sie tun, häufig ganz gezielt, wie etwa H. STROTZKA und H. PROKOP, leiten ja viele Therapeuten das Autogene Training durch Vorsprechen der Formeln mit einer Heterohypnose ein.

Art der Hypnose	Hauptsächlicher Indikationsbereich	Ziel und Anmerkungen
Ruhehypnose Leerhypnose (nach Polzien)	Alle Störungen des affektiven und vegetativen Gleichgewichts, sofern sie auf hypnotische Beeinflussung ansprechen (Schlafstörungen bis zur Colitis ulcerosa).	Beruhigung, affektive und vegetative Resonanzdämpfung, trophotrope Erholung, Erfüllung der Geborgenheitswünsche des Patienten, Einleitung von Verhaltenstherapie, Erleichterung des Einstieges in das Autogene Training und in das katathyme Bilderleben.
Hypnokatharsis gezielt oder allgemein	Manche Neurosenformen Konversionssymptome	Abreaktion Eventuell auch Aufdeckung. Oft ist schon das bloße Abreagieren hilfreich und symptombeseitigend.
Hypnose mit gezielten Suggestionen in seelischer Hinsicht	Der gesamte Bereich des neurotischen und psychosomatischen Geschehens im Falle der Ansprechbarkeit auf Hypnotherapie.	„Ankommen“ der Suggestion, Erste Hilfe vor dem Aufarbeiten, Hilfe zum Aufarbeiten, Stärkung der Ich-Funktionen, des Selbstbewußtseins, Unterdrückung unerwünschter Verhaltensweisen, Suchtbekämpfung, besseres Erinnern von Träumen, Experimente mit künstlich induzierten Neurosen.
Hypnose mit gezielten Suggestionen in körperlicher Hinsicht	Operation in Hypnose, vor allem kleine Chirurgie Geburt in Hypnose Hautaffektionen Rheumatherapie	Anästhesie Geburtserleichterung, Schutz des Kindes Verschwinden der Effloreszenzen (Warzen) Pruritusbekämpfung Mobilisierung versteifter Gelenke, Schmerzbekämpfung.

Art der Hypnose	Hauptsächlicher Indikationsbereich	Ziel und Anmerkungen
	Alkoholismus Erkrankungen des Respirationstraktes Allgemein Schluckstörungen, Schmerz- bekämpfung	Aversionstherapie (Erbrechen auf Alkohol) Öffnung der Atemwege, Abschwellen entzündeter Schleimhäute (Rhinitis vasomotorica) Unterstützung körperlicher Maßnahmen (Ertragen von Bettruhe; in der Ayurveda z. B. zur Ruhigstellung von Knochenbrüchen ohne Schiene schon bekannt). Ruhe bei Anlegen eines Herzkatheters, Auswechseln eines Schrittmachers und dergleichen mehr. Öffnen der oberen Verdauungswege.
Hypnose mit posthypnotischem Auftrag	Sucht Gewöhnung Leichte Zwangsneurosen	Automatische Erfüllung des posthypnotischen Auftrags, zum Beispiel nicht zu trinken. Abends vor dem Schlafmittel nehmen einzuschlafen, damit zum Beispiel Überwindung der Erwartungsangst.
Hypnose zur Altersregression	Neurosen Psychosomatische Erkrankungen Nichtmedizinische Gründe	Wiedererleben in affektiver Beruhigung, Aufarbeiten, Mobilisieren unbewussten Materials, Hilfsmittel bestimmter Formen der Psychoanalyse. Wiedererinnern vergangener Inhalte für nicht-medizinische Zwecke, Sport.
Hypnoanalyse	Neurosen	Wiedererinnern, Aufarbeiten und Aufbau durch reedukative Suggestionen, also Kombination von Analyse und Suggestion mit Bearbeitung von Widerstand und Übertragung. Die „Neutralisierung“ der Beziehung von Hypnotiseur und Hypnotisierten versucht R. Schindler dabei durch Zwischenschaltung eines Tondbandgerätes – Patient und Hypnotiseur sind über Kopfhörer und Mikrofon miteinander verbunden – zu erreichen.
Hypnosynthese	Neurosen	Erweiterung der Hypnoanalyse (oder Einschränkung) auf Deutung und aufbauende Suggestionen in der Hypnose.
Fraktionierte Hypnose (Vogt)	Alle Indikationsbereiche der Hypnose, vorwiegend Neurosen und psychosomatische Störungen	Mitarbeit des Patienten beim Aufbau der Suggestionen, dadurch Vertiefung der Arbeit und Verbesserung der Wirkung.
Gestufte Aktiv-Hypnose Autohypnose	Indikationen des Autogenen Trainings. Bedingt alle Indikationen des Autogenen Trainings Grundstufe	Erlernen einer Technik zur Selbstanwendung bei körperlichen und seelischen Störungen; nur bei intakten Persönlichkeitskern erfolgversprechend.
Ablationshypnose	Seelische und körperliche Soforthilfe bei Schmerzen, Atemnot, Herzanfällen, Migräne und so weiter.	Übertragung der suggestiven Wirkung des Hypnotiseurs auf einen Gegenstand, ein Bild oder Tonband.

Von der Neuroseneinteilung nach Johannes Heinrich SCHULTZ her gesehen, käme die Hypnose im Rahmen der kleinen Psychotherapie bei Fremd- und Randneurosen, etwa bei Prüfungsängsten, die nicht zu tief sitzen, in Frage. Darüber hinaus bei passageren Potenzstörungen, immer dann, wenn man Affektivum und Vegetativum beruhigen und nicht oder nur zusätzlich ein übendes Verfahren einsetzen will.³³

Einsatz in der Psychotherapie

Will man mehr erreichen, braucht man sicher tiefenpsychologisches Rüstzeug, großes Einfühlungsvermögen und eine brauchbare Theorie. Als Praktiker und aus der Erfahrung vieler Gespräche mit hypnotisierenden Kollegen, letztlich aber auch aus der Literaturkenntnis, möchte ich die Behauptung aufstellen, daß für den therapeutischen Effekt die Richtigkeit der jeweiligen Theorie gar nicht so wesentlich ist. Sie scheint mir mehr der Sicherheit des Therapeuten zu dienen. Viel wesentlicher erscheinen mir die Fähigkeit zur Selbstkritik, das Abwartenkönnen – das „Kommenlassen“ von Johannes Heinrich SCHULTZ oder die Einfühlung in den Patienten von Milton H. ERICKSON.

Die andere Art von Hypnosetherapeuten, die hochselbstbewußten, von sich selbst überzeugten, haben sicher ebenfalls Erfolge. So weit das überschaubar ist, freilich nur bei jenem Menschentyp, der einen solchen „Führer“, eine solche unantastbare Autorität sucht und braucht.

Um zu zeigen wie verschiedener Auffassung man über das Problem des Autoritären in der Hypnose sein kann, seien einige Hypnoseeinleitungen zitiert:

D. LANGEN – der immer für nichtautoritäre Hypnososen eingetreten ist – auf seiner Schallplatte: „... nachdem wir uns über das Wesen einer derartigen Ruhebehandlung unterhalten haben, Ihre Vorstellungen darüber kennen und Sie wissen, daß es für Sie nur darauf ankommt, sich führen zu lassen. Und nun sehen Sie ganz fest und starr auf meine Fingerspitze, ganz fest und starr, und hören mir zu, was ich zu Ihnen spreche. So ist es gut. Sie sehen ganz fest und starr auf die Fingerspitze, ganz fest und starr. Sie sehen die Fingerspitze scharf an, Sie hören mir ruhig zu und sehen unverwandt und starr auf die Fingerspitze, ganz fest und starr.“³⁴

Im Vergleich hierzu zuerst ein Text von ERICKSON: Will you sit back in your chair with your feet on the floor and your hands on your thighs.

The hands not touching each other, and just look at one single spot here.

You don't need to talk.

You don't need to move.

You don't even need to listen to me.

Your unconscious mind is close enough to hear me.
 And that's the only important thing.
 Now there are various changes that take place in you.
 Your heart is beating at a different rate.
 Your breathing has changed.
 Your reflexes have altered.
 And you are doing the same thing now that you did when you first went to school.
 You looked at letters of alphabet.
 They seemed impossible to learn.
 But you did learn them.³⁵

KLUMBIES: (statt starr – unverwandt!) „Bitte legen Sie sich ganz bequem hin, schön bequem und entspannt, und nun schauen Sie mich fest und unverwandt an, ganz fest und unverwandt.“³⁶

SCHMITZ: „Diese ganze Zeit, während Sie da so in einem gewissen Schlummer liegen, bitte kümmern Sie sich um gar nichts, das heißt vor allen Dingen noch nicht einmal auf das hinhören, was ich Ihnen sage, nicht hinhören. Das ist die Hauptsache.“³⁷

Weitere Beispiele für Indikationen zur Hypnotherapie

Es ist sicher ein Unterschied, ob man in der Hypnose einer Frau sagt, sie werde keine Schmerzen bei der Menstruation oder bei Koitusversuchen haben, oder ob man mit Hilfe der Hypnose zur seelischen Ursache der Schmerzen zurückgeht und die Beschwerden nach der hypnotischen Aufdeckung verschwinden. Häufig werden wir hier Übergänge von Heilung oder Besserung durch Katharsis, durch Übertragung, durch Suggestion und durch Bewußtmachung von Traumata vorfinden. Da z. B. beim Vaginismus das Trauma oder die Traumata meist „spät“ gesetzt wurden, ist es eher leicht hier zur Ursache vorzudringen.

Ein anderes Beispiel wäre ein von mir publizierter Fall: Eine junge Frau mit so schweren Schluckstörungen, daß sie trotz Sondenernährung immer mehr abmagerte. Sie beginnt in der Hypnose, deutlich wie ein Baby zu saugen. Ich lasse rasch eine Flasche mit Schnuller bringen, und sie trinkt in einem Zug die ganze Flasche mit warmer, gesüßter Milch, später auch anderem Inhalt, aus.^{38, 39}

Eine Altersregression nach einigen Tagen bringt eine völlig verdrängte sexuelle Szene um das vierte Lebensjahr mit einem Onkel auf einer Wendeltreppe, unter einer Madonnenstatue, zu Tage, bei der sie den Samen des Onkels schlucken mußte. Nach Bewußtwerden dieser Szene bei gleichzeitigen beruhigenden Suggestionen und einem Gespräch im Wachzustand über das Ereignis

treten Schluckstörungen nur mehr ausnahmsweise bei besonderen Belastungen, vor allem bei Eheproblemen, auf.

Es geht hier also um eine Form der Hypnoanalyse, die bei uns – im Gegensatz zu Amerika, wo z.B. auch eine Akademie für ärztliche Hypnoanalyse besteht – relativ wenig geübt wird.

Die Hypnoanalysten beziehen sich im wesentlichen auf drei Theorien: FREUD, JUNG und MASLOW, sind aber durchaus auch bereit mit Konditionieren usw. zu arbeiten und in diesem Sinn den meisten Theorien gegenüber offen. Sie verwenden, wie so viele andere auch, Techniken aus der Gesprächstherapie usw.

Im allgemeinen wird die Hypnoanalyse zu den Kurzzeittherapien gerechnet, da der Patient selten mehr als 30 Sitzungen bekommt.

Jedenfalls wird dabei aber versucht, zu den Ursachen der Störung zurückzugehen, das Problem von hier aus aufzulösen und nicht durch Zudecken Symptome zu beseitigen.

Nach Graydon FORRER und anderen^{40, 41} werden in der Hypnoanalyse folgende Techniken benützt:

- Der Trancezustand
- Traumproduktion (-induktion) in und außerhalb der Sitzung
- Veränderung und Bearbeitung des Traummaterials
- Verwendung von Affektbrücken
- Ausnützen des „Hidden observer“ von HILGARD^{42, 43}
- Regression in frühere Ich-Zustände
- Stille Abreaktion (Katharsis)
- Unspezifische Phantasien um die freie Assoziation zu erweitern
- Einsatz von gezielten Phantasien
- Gelenkter Tagtraum: Mit Hilfe von Analogien oder Allegorien
- Erzeugen von spezifischen Amnesien oder Einpflanzen von „Ereignissen“, die als „wirkliche“ Erinnerung erlebt werden
- Unterricht in Selbsthypnose
- Zeit Distorsion
- Spontane und gelenkte Abreaktion für lang zurückliegende oder kürzlich erlebte Ereignisse
- Veränderung des Patientenverhaltens durch posthypnotische Aufträge

Was geschieht nun deskriptiv bei einer üblichen Hypnose? Durch ein mehr oder weniger langes, sehr unterschiedlich gestaltbares Einleitungsverfahren entsteht bei der Versuchsperson ein Zustand, der von einfacher Dösigkeit bis zu tiefster Trance reichen kann. Die Tiefe des Zustandes, schätzbar nach verschie-

denen Skalen, ist nicht immer ein Kriterium für die psychotherapeutische Wirksamkeit, wohl aber meist für die Brauchbarkeit für körperliche Veränderungen, zum Beispiel für die Anästhesie. Ab dem Zustand der Dösigkeit kann man bei der Versuchsperson Suggestionen anbringen, die mehr oder weniger sicher haften, kann die Wahrnehmung verfälschen, den Gedächtnisinhalt verändern und, wenn die Hypnose tief genug ist, auch posthypnotische Aufträge geben, die je nach Lage des Falles kurz oder lang haften und mehr oder weniger exakt ausgeführt werden. Der posthypnotische Auftrag kann sich dabei ebenfalls auf Wahrnehmung und Gedächtnisveränderungen beziehen, zum Beispiel auf das Sehen nicht vorhandener Dinge oder das Vergessen bestimmter, sehr gut eingepprägter Gedächtnisinhalte. Zum Beispiel kann eine bestimmte Zahl bis zum Widerruf durch einen Befehl völlig aus dem bewußten Gedächtnis gelöscht werden.

Mit diesen Effekten kann man auch, wie zum Beispiel Oskar VOGT, M. H. ERICKSON⁴⁴ und van DAM⁴⁵ gezeigt haben, künstliche Phobien installieren.

Man kann natürlich auch die Frage stellen: Ist ein Mensch, der bei sonst völligem Wachsein einem posthypnotischen Auftrag nachkommt, eine Tür öffnet oder eine Zahl nicht lesen kann, noch in Hypnose, noch in Teilhypnose, oder ist er vollkommen wach, und es wurde „nur“ durch eine Einwirkung in der Hypnose etwas an seiner Ich-Es-Struktur verändert?

Körperlich kommt es unter anderem zu dem Phänomen der Katalepsie, die wir auch aus dem Tierreich kennen. Man kann zum Beispiel mit der kataleptischen Brücke erhebliche Kraftleistungen von der Versuchsperson erzielen, die, steif wie ein Brett zwischen zwei Auflagepunkten ausgestreckt, noch eine weitere Person tragen kann. Muskelphysiologisch ist die Katalepsie noch immer ein ungeklärtes Rätsel, vergleichbar mit dem Umklammerungsreflex bestimmter Frösche bei der Begattung.

Zusammengefaßt kann man also

- Halluzinationen, übrigens auch
- Pseudohalluzinationen,
- Anästhesie,
- Hyperästhesie,
- Katalepsie und die
- Beeinflußbarkeit praktisch aller Körper- und der meisten Seelenfunktionen beobachten.

EEG, Hautwiderstand, Reflexbereitschaft^{46, 47}, Blutdruck oder Kortisonausschüttung – Wie kann der hypnotische Zustand am besten gemessen werden?

Will man messen, muß zuerst die Form der Hypnose feststehen. So ist der Hautwiderstand ein bewährtes Mittel, um die Vigilanz und die emotionelle Lage zu untersuchen. Er wird uns für die „Tiefe“ der Hypnose nur dann etwas aussagen, wenn Ruhe erzeugt oder erfolgreich suggeriert wird. Das gleiche gilt für die von uns angegebene Reflexprüfung zur Messung der Entspannung bei Hypnose und Autogenem Training. Auch die Reflexbereitschaft – bei den vielen theoretischen Bedenken gegen den psychogalvanischen Reflex vielleicht eine exaktere Methode – sinkt nur ab, wenn sich die Versuchsperson in Ruhe befindet.⁴⁸ Gibt man ihr aufregende Suggestionen oder kommt ihr ohne äußeres Zutun eine erregende Sache in den Sinn, steigt die Reflexbereitschaft zum Teil über den Ausgangswert. Immerhin vermindert sich die Anfangszacke der Muskelzuckung I bei tiefer Ruhehypnose bis auf fünfundzwanzig Prozent des Ausgangswertes.

Auch andere Maße für den Zustand „Hypnose“, vom Blutdruck über das EEG bis zur Kortisonausschüttung, können sich immer nur auf die Ruhehypnose beziehen, da die vegetative Lage bei den partiell wachen Somnambulen eben auch von der emotionellen Lage abhängt. Ebenso kann auch einer der feinsten Parameter für die emotionelle und vegetative Lage, die Pulsfrequenz, nur für die Ruhehypnose herangezogen werden, da ein „Somnambuler“ häufig auch körperliche Arbeit leistet, psychisch belastet sein kann usw.

So suchte man andere Kriterien, die zum Beispiel in der erfolgreichen Anästhesie, im Halten oder Ankommen posthypnotischer Aufträge und so weiter zu finden sind. Auch hier zeichnet sich vorläufig kein allgemein gültiger Parameter ab, was für die Theorie bedauerlich, für die Praxis nicht sehr wesentlich ist. Für die Hypnosetiefe ist die Reaktion der Versuchsperson immer noch der beste Test, so wie viele Hypnotiseure sich kaum mit vorhergehenden Suggestibilitätstests abmühen. Auch hier ist die Hypnose selbst die einfachste Probe. Aktuelles über Messungen bei Hypnose im zitierten Buch von H. WALTER.

Das Hypnoid, ein leichter Trancezustand, spielt bei vielen direkt oder indirekt aus der Hypnose abgeleiteten Verfahren eine mehr oder weniger anerkannte Rolle und genügt oft als Therapeutikum völlig.

Der Analysand auf der Couch kommt immer wieder einmal ins Hypnoid, ebenso wie der Patient in JANOV'S Urschrei-Situation, der sich wiegende und drehende Teilnehmer einer Tanztherapie-Gruppe und, wie ich mit G. LEUTZ gut beobachten konnte, auch so mancher in seiner Psychodrama-Rolle aufge-

hende Patient. Die Grenzen zwischen Auto- und Heterohypnoid sind hier, wie überall, verschwimmend, ebenso wie die zwischen Auto- und Heterosuggestion.

Wird nun diese Hypnose ein nur wenig anerkanntes Mittel einzelner Ärzte und anderer Therapeuten bleiben, die sich auf eine besondere Methode spezialisiert haben, oder wird sie sich doch allmählich – wie FREUD es schon 1890 gefordert hat – als allgemein anerkanntes Mittel der Psychotherapie durchsetzen?

Das wird vor allem auch davon abhängen, wie wir, die wir Hypnose betreiben und lehren, sie weiterhin benützen und vor allem weitergeben werden. Wenn selbst die, die Hypnose betreiben, ununterbrochen davor warnen und auf die angeblich großen Gefahren, die mit ihr verbunden sind, hinweisen, obwohl aus der Literatur kaum Fälle von schwereren Schäden oder auch nur Kunstfehler durch ausgebildete Fachleute bekannt sind, so darf es uns nicht wundernehmen, wenn sich nur wenige Kollegen mit der Hypnose als Mittel der Alltagspraxis beschäftigen.

So wie Johannes Heinrich SCHULTZ die Entängstigung des Patienten als eine unserer Hauptaufgaben hingestellt hat, glaube ich, daß es kaum unsere Aufgabe sein kann, die auszubildenden Kollegen zu verängstigen.

Wird hingegen denen, die sich dafür interessieren, eine exakte, ausreichende, sowohl physiologisch als auch tiefenpsychologisch vertretbare Ausbildung angeboten, so kann die Hypnose durchaus zu einem allgemein angewendeten Mittel der Psychotherapie werden, das sicher nicht gefährlicher sondern wahrscheinlich weniger risikoreich ist als die Psychopharmaka oder die Schocktherapie.

Natürlich bestehen – vorsichtigerweise müssen wir sagen: höchstwahrscheinlich – auch Gefahren, die allerdings ebenfalls bei jeder anderen Symptombeseitigung vorhanden sind.

Mehr therapeutische Sicherheit durch Arbeit mit dem Patienten bei entsprechender Supervision im Klinikbereich

Ich darf zum Abschluß noch jene Form der Hypnose und auch ihrer Weitergabe präzisieren, die ich persönlich bevorzuge.

Ich versuche, den Kollegen neben einer exakten Einführung in bewährte Einleitungs- und Vertiefungsverfahren und mit besonderem Nachdruck auf ein exaktes Wecken ein möglichst breites Spektrum von Hypnoseformen anzubieten, damit sie schlußendlich nicht die Hypnoseform einer bestimmten Schule erlernen sondern für sich selbst eine Hypnosetechnik erarbeiten, die sowohl physiologisch und tiefenpsychologisch fundiert als auch ihrem persönlichen therapeutischen Stil angepaßt ist.

Ich glaube, daß eine kritisch überdachte, der Persönlichkeit des Therapeuten angepaßte und von ihm nicht in heller Begeisterung, sondern rational anerkannte Psychotherapie-Form die größten Chancen auf Erfolg hat.

Ich bin mit LEUNER-SCHRÖTER⁴⁹ ganz einer Meinung, daß die Kurse, wie sie derzeit angeboten werden, zu wenig therapeutische Sicherheit vermitteln. Ich glaube allerdings, daß dies vorwiegend darauf zurückzuführen ist, daß in den Kursen als Versuchspersonen nur Kollegen zur Verfügung stehen, die einerseits zwar ausreichend kooperativ sind, andererseits aber durch ihr starkes persönliches Engagement in ihren wesentlichen Persönlichkeitseigenschaften nicht den Patienten entsprechen. Deshalb scheint mir auch die Selbstbeobachtung des Therapeuten während der Ausführung der Hypnose so wichtig (einschließlich Video!).

Zur Erhöhung der therapeutischen Sicherheit ermuntere ich die Kollegen zur Arbeit am Patienten in ihrer eigenen Praxis oder auch im Klinikbereich, ich glaube aber, daß eine systematische Arbeit am Patienten bei entsprechender Supervision im Klinikbereich noch wesentlich mehr bringen würde.

Für Supervision wird, gerade im Bereich Hypnose, viel zu wenig Zeit angeboten, was praktisch verständlich ist. Die wenigen tätigen Hypnosetherapeuten der verschiedensten Schulen sind anderwärts schon stark ausgelastet.

Immerhin: Vom wahrscheinlich ersten Psychotherapie-Gesetz der Welt, das am 26. 10. 1845 die „magnetischen Kuren“ betraf, bis zu unserem heutigen Psychotherapie-Gesetz war es ein weiter Weg für die Hypnose, und wir können mit einiger Zuversicht auf die nächsten runden 150 Jahre blicken. Vielleicht geschieht wieder einmal etwas an einem zukünftigen Staatsfeiertag.

Literatur

- 1 WALTER, H.: Hypnose, Theorien, neurophysiologische Korrelate und praktische Hinweise zur Hypnosetherapie. Thieme, Stuttgart/New York, 1992
- 2 JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin, 1948, Seite 122
- 3 KLEMPERER, E.: Hypnotherapy. J. Neur. Diseases 106; 176, 1974
- 4 STOKVIS, B. und M. PFLANZ: Suggestion. Basel, 1961, S. 89
- 5 SCHILDER, P.F. und KAUDERS, O.: Hypnose. 1927, neuaufgelegt englisch 1956. zitiert nach 6.
- 6 FROMM, E. und R. E. SHOR: Hypnosis. London, 1973
- 7 KIRMAYER, Laurence, J.: Social constructions of hypnosis. The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 1992, Vol. XI., No. 4, 276–300.
- 8 MESMER, F. A.: Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus und den Somnambulismus. Carlsruhe, 1815
- 9 MESMER, F. A.: Abhandlung über die Entdeckung des thierischen Magnetismus.

- Karlsruhe, 1781. Unveränderter Neusatz Tübingen, 1985
- 10 HEYER, Gustav R.: Vom Kraftfeld der Seele. Klett, Stuttgart und Geist und Psyche Nr 2009, Kindler, München, oJ
- 11 EDMONSTON, W. E.: Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena, New York, 1977
- 12 FREUD, S.: Studienausgabe, Erg. Band, S 31 ff.
- 13 FREUD, S.: GW V „Über Psychotherapie“, Seite 17
- 14 FREUD, S.: GW V wie oben
- 15 SCHULTZ, I. H.: Oscar Vogt als Hypnosearzt. In: Langen, D.: Hypnose und psychosomatische Medizin. Vorträge vom V. Internationalen Kongreß für Hypnose und psychosomatische Medizin, Mainz 1970, Stuttgart 1972
- 16 HADFIELD, J. A.: Treatment by suggestion and hypnoanalysis. In: Miller, E.: Neurosis in War. New York, 1940
- 17 EDMONSTON, W. E.: Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena, New York, 1977, S. 20
- 18 wie 17, S. 18
- 19 wie 17, S. 19
- 20 SCHULTZ, I. H.: Was ist Suggestion? Praxis der Psychotherapie, Band 12, Heft 6, Seite 281–287
- 21 FERENCZI, S.: Die Psychoanalyse der Hypnose und Suggestion. Gyógyászat, Budapest 46 (1910). Ref. Zbl. ges. Neuroi. Psychiat. 30:734, 1911
- 22 DIEHL, B. J. M. und MILLER, T.(Hgb.) : Moderne Suggestionsverfahren. Springer, Berlin/Heidelberg, 1990
- 23 STOKVIS, B. und M. Pflanz: Suggestion. Basel, 1961, S. 89
- 23 WASSILIEW, L. L.: Experimentelle Untersuchungen zur Mentalsuggestion. Bern, 1965
- 24 WETTLEY, A.: August Forel, Salzburg, 1953
- 25 STOKVIS, B. und M. PFLANZ: Suggestion. Basel, 1961, S. 89
- 25 Wassiliew, L. L.: Experimentelle Untersuchungen zur Mentalsuggestion. Bern, 1965
- 26 VÖLGYESI, F. A.: Hypnose bei Mensch und Tier. 3. Auflage, Leipzig, 1969
- 27 ERICKSON, M. H. und E. L. ROSSI: Hypnotherapy. New York, 1979, S. 231, S. 295
- 28 SCHULTZ, I. H. nach WALLNÖFER, H.: Zitate aus den Werken von I. H. Schultz. In: Editorial, Johann Heinrich Schultz zum Gedächtnis seines 100. Geburtstages am 20. 6. 1884, Prax. Psychother. Psychosom. (1984) 29: S 209.
- 29 FREUD, S.: GW XV, S. 80: „Es gibt im Es nichts, was man der Negation gleichstellen könnte, ...“
- 30 FREUD, S.: GW Bd 13, Massenpsychologie und Ich – Analyse, S. 126
- 31 LUCAS, O. N., CAROLL, R. T., FINKELMANN, A. und L. M. TOCANTINS: Tooth extraction in hemophilia. Control of bleeding without use of blood, plasma or plasma fractions. nromb. Diath. haemorrh. 8: 209-220, 1962
- 32 DEUTSCH, E.: Psyche und Blutgerinnung. In: Hoff, H., Tschabitscher, H. und K. Kryspin-Exner: Muskel der Psyche. Basel/New York, 1964

- 33 SCHULTZ, I. H.: Hypnose-Technik. 7. Auflage. Hgb. R.Lohmann, München, 1979
- 34 STOKVIS, B. und D. LANGEN: Lehrbuch der Hypnose. Basel, 1965, Lehr – Schallplatte, auch einzeln käuflich
- 35 ERICKSON, M.H., and Rossi, E: Hypnotherapy. New York, 1979
- 36 KLEINSORGE, H. und G. KLUMBIES: Technik der Hypnose für Ärzte. Jena, 1962
- 37 SCHMITZ, K.: Was ist, was kann, was nützt Hypnose? München, 1964
- 38 WALLNÖFER, H.: Unterlagen zur Vorlesung Hypnose an der Universität Innsbruck, der Lindauer Psychotherapiewochen, 1978, und Unterlagen zum Seminar Hypnose mit besonderer Berücksichtigung des Schmerzproblemles des Fortbildungsreferates der Ärztekammer Wien, 1993
- 39 WALLNÖFER, H.: Seele ohne Angst. Stuttgart, 1992
- 40 FORRER, Graydon: Hypnoanalytic maneuvers. Seminar der amerikanischen Hypnoanalytischen Gesellschaft, 1980
- 41 SCOTT, John, A.: Medical Hypnoanalysis Clinical Procedure. Medical Hypnoanalysis Journal, Vol. VI September 1991 No III S. 84 ff
- 42 HILGARD, E. R.: Hypnosis in Pain Control. In: Langen, D.: Hypnose und psychosomatische Medizin. Kongreß für Hypnose und psychosomatische Medizin, Mainz 1970, Stuttgart 1972
- 43 HILGARD, E. R.: Personality and Hypnosis. Chicago, 1970
- 44 HALEY, J.: Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy. Selected Papers of Milton H. Erickson. New York/London, 1967
- 45 „BARENDREGT J., van DAM, F. SWETTER, R.: Film und Skriptum: Experimentelle Neurosen durch Beherrschung von Emotionen. Universität Amsterdam, Psychologisches Laboratorium, o. J.
- 46 WALLNÖFER, H.: Autogenes Training. Medicassette (Boehringer Mannheim), Wien 1979, Neuauflage 1993
- 47 WALLNÖFER, H.: Seele ohne Angst, Stuttgart, 1992
- 48 WALLNÖFER, H.: Erfolgskontrolle bei Hypnose und Autogenem Training. Ärztliche Praxis XX/92, S. 4509–4510, 16. 11. 1968
- 49 LEUNER, H. und E. SCHRÖTER: Indikationen und spezifische Applikationen der Hypnosebehandlung. Bern, 1975
- 50 HOFKANZLEY = Decret vom 26, October 1845 an sämtliche Länderstellen. Gesetze und Verordnungen Ferdinand I Band 73, Nr. 138, S. 178–181

OMR DR. MED. HEINRICH WALLNÖFER, Pyrkergrasse 23, A-1190 Wien

„Der verlorene Ansatz“

Hypnosebehandlung eines Trompeters

Marianne Martin

Seit MESMERS und FREUDS Zeiten sind erstaunlich viele weiße Flecken in der Hypnoselandschaft erforscht worden. Die umfangreichen Erkenntnisse brachten entscheidende Hilfen zum Einsatz von Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Mir selbst waren dabei vor allem die Handbücher von REVENSTORF (1990a) und KOSSAK (1989) hilfreiche Wegweiser durch die Fülle der vorhandenen Literatur.

In meine Praxis kommen ab und zu Klienten mit Einzelphobien (z. B. Vortragsangst, Zahnarztphobie), die ausdrücklich keine lange Therapie, sondern lediglich eine Erleichterung dieser Angst anstreben, damit sie die jeweilige Situation bewältigen können.

Bei ausreichend reifem Ich hat sich dabei folgendes Vorgehen bewährt:

Nach einer Kurzanamnese werden in etwa fünf Hypnosesitzungen sowohl Desensibilisierungsschritte durchgeführt, als auch durch eingestreute Suggestionen (z. B. REVENSTORF, 1990b) besondere Bedürfnisse und Konfliktbereiche des einzelnen berücksichtigt – wie z. B. Wertschätzungs-Suggestionen zur Stärkung des Ideal-Selbst.

Hat die Klientin oder der Klient nicht schon vorher Autogenes Training erlernt, wird dies anschließend oder überlappend mit den Hypnosesitzungen angeboten, um das Autonomwerden zu unterstützen und den Behandlungserfolg zu stabilisieren. Die Fremdsuggestionen werden durch Selbstsuggestionen abgelöst, unterstützt wird dieser Vorgang durch die formelhaften Vorsatzbildungen.

Deutlicher als bei anderen wurde im folgenden Fallbeispiel von der Möglichkeit der Metakommunikation (ERICKSON & ROSSI, 1981) Gebrauch gemacht. Ich beschreibe es hier, um speziell auf dieses Potential der Hypnose aufmerksam zu machen.

Erstkontakt:

Der Erstkontakt ist ein Telefonat. Ein Mann ruft an wegen eines Hypnosetermins, er ist Bläser und hat „seinen Ansatz verloren“. Neurologisch sei alles in Ordnung, ob die Hypnose eine Chance wäre? Spontan erinnere ich mich an die Falldarstellung des Bläasers mit der geschwollenen Lippe (ERICKSON & ROSSI, 1981), bei dem ein Streit mit einem Dirigenten den Konflikt mit seinem Vater

aktualisiert. Ich bestätige die Chance, betone jedoch, daß ich nichts versprechen kann.¹

Die 1. Stunde:

Ein etwa dreißigjähriger, schlanker, sportlich wirkender, groß gewachsener Mann erzählt in fließendem Deutsch:

Er ist gebürtiger Amerikaner und lebt nach jahrelangem Aufenthalt in Deutschland seit kurzem in Wien. Von Beruf Orchestermusiker ist er derzeit arbeitslos, weil er unfähig ist, Trompete zu blasen; er lebt derzeit vom Geld seiner Freundin. Seit einem halben Jahr läßt die Spannung seiner Mundpartie nach, sobald er das Mundstück an die Lippen setzt. Er „kann es nicht losgehen lassen“, fühlt sich „wie vor einem Berg“. Die auslösende Situation war Ärger über einen Dirigenten.

Im Gespräch werden anankastische Züge, Aggressionshemmung, verbunden mit Ehrgeiz, Willensstärke und einem strengen Über-Ich deutlich, sowie Spannungen aus dem ungelösten oedipalen Konflikt erkennbar. Daß er früher sein Selbstwertgefühl in so hohem Ausmaß von seiner beruflichen Leistung bezogen hat, stimmt ihn schon seit einiger Zeit bedenklich. Als Sublimierungsmöglichkeiten für Affektspannungen hat er Sport, technisches Basteln und Musik, wobei Harmonie und Ästhetik das Wesentliche sind.

Asthma und frühere Hauterkrankungen hat er durch Disziplin kontrolliert und nimmt seit zehn Jahren keine Tabletten mehr dagegen. Er ist der Überzeugung, nur er leide an so etwas Unerklärlichem, worin er von einem Trompetenlehrer in Deutschland bestätigt worden ist. Andererseits glaubt er nicht ganz, daß von dem zwanzig Jahren dauernden Spielen und Üben nichts geblieben sein soll, da er nie Probleme damit gehabt hat.

Um den *Bezugsrahmen* zu verändern, gebe ich meiner ehrlichen Verwunderung über die Äußerung des Trompetenlehrers in Deutschland Ausdruck, was ja wirklich nur auf dessen mangelnde Erfahrung zurückzuführen sein kann. Ich sage, daß mein Mann Musiker ist, ich dadurch viele Musiker und deren berufsspezifische Probleme kenne, daß es jeden am empfindlichsten Punkt erwischt: Einem Streicher zittert der Bogen, einem Sänger oder Redner versagt die Stimme. Aus der Literatur erwähne ich den Bläser mit der geschwollenen Lippe und die Harfinistin mit den schwitzenden Händen (beide ERICKSON & ROSSI, 1981) und drücke mein Staunen darüber aus, daß ihm so lange nichts Derartiges pas-

¹ Heute würde ich eine solche Bemerkung weglassen und stattdessen die idealisierende Übertragung annehmen (KOHUT, 1988).

siert ist. Die Suggestion „die Mundpartie weiß sicher noch, wie es geht“, knüpft an seinen Glauben an, daß vom zwanzigjährigen Üben etwas geblieben sei, und wird mit Kopfnicken akzeptiert.

Behandlungsauftrag:

Er will wieder Trompete blasen können. Er will keine Therapie. Das Trompetespielen wird ihm wieder sein Selbstwertgefühl geben und er ist wieder okay.

Wir vereinbaren fünf Hypnoset Sitzungen und anschließendes Erlernen des Autogenen Trainings. Ich weise darauf hin, daß ich keine Symptomheilung versprechen kann, aber daß er sicher Wichtiges für sich lernen wird – um eine allgemeine trancefördernde Erwartungshaltung herbeizuführen.

Zur Übung in der Trance-Erfahrung wird am Schluß der Stunde eine kurze Ruhe-Hypnose durchgeführt mit der Bemerkung, daß keiner alle seine Fähigkeiten genau kennt.

Die 2. Stunde: (drei Tage später)

Wir erarbeiten eine Angsthierarchie. Die besondere Bedeutung, die dabei dem Mundstück zukommt als „absolute, persönliche Verbindung zwischen Spieler und Instrument“ wird durch Assoziationen deutlich.

In der **ersten Hypnose** wird sowohl eine systematische Desensibilisierung durchgeführt, als auch auf das Selbstwertgefühl Bezug genommen:

„Ein Mensch ist durch seine Existenz
wertvoll und liebenswert“,

das Prüfen übernommener Verhaltensweisen angeregt und das Umgehen mit Aggressionen angesprochen:

„Es wird interessant sein, zu entdecken,
auf welche Möglichkeiten Ihr Unbewußtes draufkommt,
um mit starken Aggressionen umzugehen ...“

Der posthypnotische Auftrag,

„wenn Sie wieder wach sind,
haben Sie das Gefühl,
Ihre Sache sehr gut gemacht zu haben,
und auch das Gefühl,

Stunden erholsamen Schlafes vollbracht zu haben“,

soll als Lob wirken und für spätere posthypnotische Aufträge schulen.

Seine Reaktion auf die Trance-Erfahrung ist Betroffenheit: Er spürte Tränen beim Bezugnehmen auf das Verständnis von der Umgebung (ein Schritt in der

Angsthierarchie) und beim Ansprechen des Ballastes aus der Kindheit. Er hat das Gefühl: „Ich lerne viel über mein Leben, über alles.“ – Ich habe den Eindruck, er mißt dem Symptom weniger Wichtigkeit bei als letzte Stunde.

Die 3. Stunde: (drei Tage später)

Er berichtet von Schwierigkeiten in der realen Situation (bezüglich der Wohnung, der finanziellen Lage, Autoritätskonflikten seiner Freunde, Beziehungsproblemen zur Freundin) und von einem Buch, das ihm viel gibt. Dieses Buch kenne ich; mit seinem Appell an den Menschen, daß er seinem Organismus vertrauen soll, ist dies gerade jetzt hilfreich für ihn. Er überlegt verschiedene Möglichkeiten, mit Autoritätskonflikten umzugehen, was ich nur durch Fragen unterstütze.

In der 2. Hypnose knüpfe ich an diese Überlegungen an:

„Und heute oder morgen oder später
wird Ihnen Ihr Unbewußtes
eine wichtige Mitteilung machen können,
da kann auch dabei sein,
welchen Kanal Sie für Aggressionen nehmen können, ...“.

Die Desensibilisierung wird wieder durchgeführt, erweitert um die Rückfallmöglichkeit, außerdem wird die Selbsthypnose erlernt.

Die 4. Stunde: (sieben Tage später)

Das Glück spielt mit: Er fand in Wien einen verständnisvollen, väterlichen Trompetenlehrer, der Erfahrung mit solchen Problemen hat. Er macht mit diesem Lehrer Übungen.

Im Gespräch werden ihm Schwierigkeiten, Angst und Schuldgefühle im Umgang mit Aggressionen deutlicher. Er erzählt von seiner strengen Erziehung. Er wuchs als ältestes von fünf Kindern auf einem Bauernhof auf. Strenge körperliche Züchtigung durch den Vater erlebt er jetzt als gerechtfertigt. Der Vater litt wie er unter Asthma und Hautproblemen, hatte extreme Einstellungen zu Arbeit und Geld (Überbewertung).

Trotz der Überzeugung des Patienten „Ich habe alles von ihm gekriegt“, kann er anhand einiger Fragen konkret trennen, was er von seinem Vater übernehmen möchte und was nicht.

Die Mutter wird als die Gute, Liebevollende geschildert, „die alles gegeben hat“. Damit wird die positive, idealisierende Übertragung verständlich (DIAMOND, 1987).

Die Zeit reicht, um die Suggestionen für die Selbsthypnose zu wiederholen; die Desensibilisierung der ersten Angstschritte schlage ich ihm für zu Hause mit der Selbsthypnose vor. Nach Hervorheben positiver Aspekte von Aggression sind Aggressionsübungen im Alltag mit fremden Personen ein weiterer Vorschlag. Konkrete Situationen bieten sich aus seinen leidvollen Erfahrungen an, wie z. B. ein Einkauf kurz vor Ladenschluß.

Seine Teilnahme an dem in der kommenden Woche beginnenden Kurs für Autogenes Training wird vereinbart, sowie zweiwöchige Intervalle für die Hypnosesitzungen.

Die 5. Stunde: (14 Tage später)

Seine Kleidung wirkt auf mich in Farbe und Muster vitaler. Er erzählt, „es geht voran mit den Lippen“, er hat vorgestern einen Ton gespielt. Ansonsten fühlt er sich müde, lustlos; er muß aufpassen, nicht wieder in ein Tal zu kommen.

Die letzte Stunde hat nachgewirkt: Er sieht als Verbindung zwischen seinem Vater und seinem jetzigen Problem, daß er den Vater zum Vorbild nimmt, mit dessen Selbstdisziplin, Durchhaltevermögen, und daß dieser sein medizinisches Problem (Asthma, Haut) überstanden hat. Er wird es schaffen, wie sein Vater es geschafft hat.

Eine Kindheitserinnerung stellt sich ein, mit einer Scheibtruhe einen großen Berg Baumaterial von einem Ort zu einem anderen schaffen zu müssen. Angesichts der Aufgabengröße hat er nicht resigniert, sondern angefangen und es ging. (Diese Vorstellung hilft ihm sicher jetzt. Der „Berg“, den er derzeit symbolisch kleinweis abträgt, könnte den aktualisierten oedipalen Konflikt bedeuten.)

In der 3. Hypnose erlebt er während der Desensibilisierung keine Angst mehr. – Da manche seiner Äußerungen über sein Problem auch in einen sexuellen Kontext gepaßt hätten, biete ich mehr als bisher mehrdeutige Suggestionen an, um sein Unbewußtes zur Beschäftigung mit dem sexuellen Bereich anzuregen. Falls meine Vermutungen über eine Verschränkung der beruflichen mit der sexuellen Versagensangst und dem damit gekoppelten Selbstwertgefühl nicht zutreffen, würde sein Unbewußtes die Mehr-Bedeutung nicht aufnehmen. (Vorbereitet wurde dieses Vorgehen in den ersten beiden Hypnosen.)

Zur Veranschaulichung folgen Ausschnitte aus dem Tonbandprotokoll dieser Hypnose. (Die eingestreuten Suggestionen, die sich im Tonfall von den anderen Sätzen unterscheiden, sind kursiv gedruckt, Bindestriche stehen für Sprechpausen.)

„Und jetzt stellen Sie sich bitte vor,
daß Sie ans – – – Trompetespielen denken,
mit allen Gefühlen, die damit verbunden sind,
ob Hoffnung, Angst, Zweifel.
Wenn sich unangenehme Körpergefühle melden,
macht das nichts, es geht gleich vorbei.
Innerliche Verspannungen lösen sich,
auch Schulter-Nackengebiet ist locker.
Innere Organe, wie z. B. Magen, Zwerchfell, sind okay.
*Wenn Sie was von Ihrem Körper spüren,
dann ist das was Angenehmes,
die notwendige Spannung bleibt,
es formt sich alles richtig,
Atmung bleibt ruhig und gleichmäßig,
und Sie können, wann Sie wollen, es losgehen lassen,
mit den Gefühlen, die dann damit verbunden sind.*
Wenn Sie sich dann bitte vorstellen,
Sie reden übers Spielen,
Sie denken dabei,
was müssen die anderen jetzt für eine Meinung über Sie haben,
*Sie haben Angst, die nehmen Sie jetzt nicht mehr für voll,
oder die glauben ..., Sie haben versagt ...*
wenn jetzt unangenehme Körpergefühle kommen,
*macht das nichts, es geht gleich vorbei,
innerliche Verspannungen lösen sich, ...
... und Sie können Vertrauen haben
zu Ihrem Organismus, Ihrem Körper.*
*Der weiß, was er zu tun hat,
damit sich alles richtig formt.
Und es formt sich alles richtig, ganz von selbst,
Sie können es losgehen lassen,
wann Sie es für richtig halten
und spüren vielleicht die Harmonie,
die sich dabei entwickelt.*
Wenn Sie sich dann bitte vorstellen,
Sie nehmen das Mundstück in die Hand,
spüren es vielleicht am Anfang schwer und kalt,
*es erwärmt sich dann durch Ihre Körperwärme,
wird langsam vertraut,*

mit allen Gefühlen, die dabei aufkommen, ...
... Wenn Sie sich dann bitte vorstellen,
Sie hören einen Ton, *es geht wieder, es kommt heraus, ...*
... die notwendige Spannung bleibt,
die erwünschte Spannung bleibt,
es formt sich alles richtig,
es formt sich ganz von selbst richtig,
Sie können da auf Ihren Organismus vertrauen,
der das alles noch ganz genau weiß,
wie sich's richtig formt ...
... und spüren vielleicht die Harmonie,
die sich immer stärker dabei entwickelt.
Sie spüren auch jetzt die Harmonie,
können Sie genießen,
um zum richtigen Zeitpunkt für Sie entdecken Sie Ihre Fähigkeit,
alle Ihre Teile zu akzeptieren.
Sie entdecken heute oder morgen oder später Ihre Fähigkeit,
sich selbst so zu akzeptieren, wie Sie sind,
und nicht einige Teile davon ganz abzuspalten ...
... Sie entdecken Ihre Fähigkeit,
auch starke Gefühle zuzulassen,
und Sie können immer besser auch mit starken Gefühlen umgehen.
Sie entdecken auch Ihre Fähigkeit,
Ihre Konflikte, Probleme
ganz anders als bisher zu lösen.
Und Sie wissen, daß Sie als Mensch,
einfach, weil es Sie gibt, wertvoll sind,
Sie müssen dazu nicht erst etwas leisten oder beweisen,
daß Sie einen Wert haben ...
... und Sie bleiben in den verschiedensten Situationen,
die Sie früher ganz aufgeregt machten,
mit Panik erfüllt haben,
heute, morgen oder später
ganz ruhig und gelassen,
vielleicht so ruhig und gelassen,
daß Sie selbst davon ganz überrascht sind.
Und Sie können Vertrauen zu Ihrem Körper,
Ihrem Organismus haben,
der ganz genau weiß, wie es sich richtig formt,

wie es okay ist.

Und ich weiß nicht,

was Sie sich alles von der Entspannung mitnehmen möchten,

wenn Sie wieder wach sind,

aber das ist ganz gleichgültig.

Notwendig ist nur, daß Ihr Unbewußtes es weiß,

das macht es genau richtig,

wie Sie's im Moment brauchen ...“

Diese Hypnose empfindet er als besonders angenehm, was ich ihm gegenüber auf den Übungseffekt der Trance-Erfahrung zurückführe, um die Arbeit seines Unbewußten unbelastet von Einschränkungen des Bewußtseins weitergehen zu lassen.

Wir sprechen aufgrund seiner Fragen allgemein über Aggressionserziehung, über Autonomieentwicklung. Um die Verbindung zu seinem Problem herzustellen, erzähle ich ausführlich den Fall des Bläses mit der geschwollenen Lippe, der seinem Vater gegenüber „keine Lippe riskieren“ durfte.

Die 6. Stunde: (14 Tage später)

Er erzählt, „Es hat Fluß gekriegt“, „es geht voran“, er hat heute zum erstenmal einen Schüler (und damit wieder eine Verdienstmöglichkeit). Er berichtet von durchgeführten Aggressionsübungen in verschiedenen Situationen, sie täten ihm gut. Außerdem könne er über Gefühle mit weniger Hemmung reden als bisher.

In der 4. Hypnose lege ich den Schwerpunkt auf das Vertrauen zum Unbewußten und zum Organismus und wiederhole die Suggestionen für die Selbsthypnose. Wenn die Wirkung der Selbsthypnose nachlassen wird, kann der Effekt des Autogenen Trainings inzwischen stark genug sein, um aus einer Entspannung das zu holen, „was immer Sie möchten oder brauchen“.

Ihm glückt eine Neubewertung der zu Ende gehenden Phase der Berufsunfähigkeit mit ihren Auswirkungen: von einem unerklärlichen, nur ihm zustoßenden Leid zu einer Phase, deren Bewältigen ihm einen wichtigen Reifungsschritt ermöglichte. Daß dieser Prozeß bereits begann, bevor er zu mir kam und sich weiter fortsetzen muß, ist uns beiden klar.

Der Kurs für Autogenes Training: (Grundstufe)

Im Kleingruppenkurs für Autogenes Training ist es gut möglich, ab und zu beiläufig an Inhalte aus den Hypnosesitzungen zu erinnern. Ein Gespräch, das sich

im Kurs ergibt über die Möglichkeit, daß Aggression auch Zuwendung oder Zuwendungswunsch ausdrücken kann, beeindruckt ihn sichtlich. Das Vorstellen der Muskelübungen während der autogenen Entspannung bringt ihm viel. Beim Gestalten unmittelbar vor und nach dem Autogenen Training (WALLNÖFER, 1972) zeichnet er zum erstenmal wieder nach vielen Jahren. Zu den schriftlichen Unterlagen gebe ich ihm eine Broschüre über das Märchen „Der Königssohn, der sich vor nichts fürchtet“ (REMMLER, 1984), um eine Neubewertung der Angst zu unterstützen. Daß I. H. SCHULTZ selbst an Asthma-Zuständen gelitten hatte (wie er und sein Vater) stimmt ihn nachdenklich, eventuell wird dadurch eine Änderung seines Vaterbildes gefördert.

Im Verlauf des Kurses wirkt er zusehends selbstsicherer in seinem Verhalten und der Körperhaltung, nebenbei erwähnt er einmal, daß es mit dem Trompeteüben immer besser gehe. Das Autogene Training erlernt er ohne Schwierigkeiten, es gehört schon bald zu seinem Alltag. In der letzten Kursstunde berichtet er von der selbst gefundenen Formel „Ich bin mit Willen und Geduld durchströmt“, was wohl deutlich zeigt, daß er jetzt fähig ist, die Möglichkeiten zur Selbsthilfe durch das Autogene Training gezielt einzusetzen.

Ich bin mir dessen bewußt, daß eine Portion Glück für dieses Behandlungsergebnis mitverantwortlich war, ich wünsche es ihm auch weiterhin.

Überlegungen zur Wahl der Hypnose:

Diese Methode wählte ich:

- da der Patient mit diesem Wunsch kam und nichts dagegen sprach.
- wegen des Behandlungsauftrages, möglichst schnell Berufsfähigkeit, das heißt, Symptomerleichterung zu erlangen.
- wegen der Möglichkeit der Metakommunikation, sodaß der im wachen Zustand nicht gut ansprechbare sexuelle Bereich im Trance-Zustand angesprochen werden konnte. Dies kam mir hilfreich vor, weil Versagensangst und Selbstwertgefühl mit dem sexuellen Bereich verschränkt schienen.
- wegen der Möglichkeit, daß sich das Unbewußte das Notwendige aus einem breit gefächerten Suggestions-Angebot nehmen kann, sodaß über eine Symptomerleichterung oder -auflösung hinaus ein Prozeß der Verarbeitung von aktualisierten Konflikten angeregt werden kann.

Die Hypnosearbeit wurde von verhaltenstherapeutischem Training und Autogenem Training (mit Einsatz von Selbstsuggestionen als formelhafte Vorsatzbildungen) flankiert und unterstützt.

Katamnese:

In einem Brief sieben Monate nach Behandlungsende schreibt er, daß er seit ein paar Monaten wieder Trompete spielen könne und für seine menschliche Entwicklung froh sei, daß er diesen Lebensabschnitt durchmachen mußte. Erst nach diesem Brief schicke ich ihm das Manuskript dieser Veröffentlichung (was auf seinen Wunsch vereinbart worden war), um die unbewußten Prozesse nicht durch zu frühes Bewußtwerden der Zusammenhänge zu stören.

Drei Jahre nach Behandlungsende erreicht mich ein weiterer Brief, der einen Rückblick auf seine Entwicklung in den letzten drei Jahren enthält (ohne sexuelle Aspekte zu erwähnen). Er wertet diese vergangene Phase weiterhin positiv, sieht jetzt seinen aktiven Anteil daran und daß er viel gelernt hat.

Er trennte sich vor einem halben Jahr von seinem Wiener Trompetenlehrer – verabschiedet sich mit diesem Brief auch von mir und übt seinen Beruf als Trompeter wieder aus.

Zusammenfassung:

Als Beispiel für die Behandlung einer Phobie mit Hilfe von Hypnose mit eingestreuten Suggestionen, Anleihen aus der Verhaltenstherapie (Desensibilisierung und Aggressionübungen) und dem Erlernen des Autogenen Trainings wird der Fall eines durch das Symptom berufsunfähigen Orchestermusikers dargestellt.

Durch die Möglichkeit der Metakommunikation nach der Art von Milton H. ERICKSON konnte auch der sexuelle Bereich, mit dem Versagensangst und Selbstwertgefühl verschränkt erscheinen, angesprochen werden. Es scheint, daß sein Unbewußtes durch die eingestreuten Suggestionen Impulse aufnehmen konnte, die nicht nur Symptomheilung bewirkten, sondern einen Reifungsprozeß anregten.

Post Skriptum:

Da mir jetzt Dirk REVENSTORFS Nachwort in seiner *Klinischen Hypnose* (1990, S. 449–450) in den Sinn kommt, will ich Ihnen daraus abschließend einige Gedanken über Hypnose zitieren, die in mir ein Echo erklingen lassen – vielleicht auch in Ihnen?

„ Als Forschungsgegenstand ist sie widerständig, als klinische Strategie unschätzbar. Sie vereinigt psychodynamische Sichtweisen mit handlungsorientiertem Vorgehen, zielt auf divergentes Denken und fördert konvergente

Lösungen. Sie strebt praktische Veränderungen an und berührt zugleich die Sinnfrage. Sie erfordert vom Therapeuten methodische Sicherheit und zugleich die Fähigkeit zum spielerischen Umgang. Sie suggeriert eine deutliche Rollenverteilung von Patient und Therapeut und erfordert im Grunde von beiden das gleiche, nämlich die Bereitschaft, das Unvorhergesehene zuzulassen und zu nutzen. Sie erinnert an das, was Laotse das Tao genannt hat. Sie vereinigt die Gegensätze und verträgt keinen Zwang: in dem Moment, da sie auf beschreibende Worte oder Begriffe reduziert wird, scheint sie ihre Natur zu verändern.“

Literatur:

- DIAMOND, M. J. (1987): The Interactional Basis of Hypnosis Experience: On the Relational Dimensions of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. XXXV, No.2: 95–115
- ERICKSON, M. H. & ROSSI, E. L. (1981): Hypnotherapie, Aufbau – Beispiele – Forschungen. Pfeiffer, München
- KOHUT, H. (1988): Narzißmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- KOSSAK, H.-C. (1989): Hypnose. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union, München
- REMMLER, H. (1984): Der Königssohn, der sich vor nichts fürchtet. Hrsg: Leitung der Lindauer Psychotherapiewochen. Kreuz, München
- REVENSTORF, D. (Hrsg.) (1990a): Klinische Hypnose. Springer, Berlin/Heidelberg
- REVENSTORF, D. (1990b): Technik der Hypnose. In: Revenstorf, D. (Hrsg.) *Klinische Hypnose*. Springer, Berlin/Heidelberg
- WALLNÖFER, H. (1972): Aufdecken durch Gestalten vor und nach dem Autogenen Training. In: Langen, D. (Hrsg.) *Hypnose und psychosomatische Medizin*. Hypokrates, Stuttgart

DR. PHIL. MARIANNE MARTIN, Weimarerstraße 22/6, A-1180 Wien



6th EUROPEAN CONGRESS OF HYPNOSIS IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE

14.-20. August 1993

Veranstalter: Österr. Ges. für Autogenes Training u. Allg. Psychotherapie
Unter Mitwirkg.v.ISH, ESH, DGH, GHypS/SHypS, IGKB, M.E.G., MEGA, ÖGWH, u. a.

Neuigkeiten und Informationen zum Hypnose-Kongreß

Es hat sich herumgesprochen: Vom 14.-20. August 1993 wird Wien zum Treffpunkt für Hypnosetherapeuten, Hypnoseforscher und *interessierte Kolleginnen und Kollegen*, die einfach die Gelegenheit nutzen und sich anschauen wollen, wie andere Meister auf eine andere Art und Weise als die eigene auch sehr erfolgreich sind.

Könnte es nicht sogar reizvoll sein, auch als vorwiegend mit AT oder KB Arbeitende(r), einfach hinzuschauen und sich zu informieren, welche Ansätze, Konzepte, Techniken und Möglichkeiten andere haben? Auch wenn Sie selbst nicht vorhaben, Hypnose anzuwenden, hypnotherapeutische Gesprächsführung können Sie in jeder Psychotherapie-Methode mit Gewinn einsetzen. Daß sich Hypnose gut mit anderen Therapiemethoden verbinden läßt und sich dadurch Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Methoden angesprochen und verbunden fühlen, soll das Leitthema verdeutlichen:

„Hypnosis – Connecting Disciplines“.

Für jene, die Englisch mit ihrer Schulzeit abgehakt haben:

Wußten Sie, daß deutschsprachige Workshops angeboten werden, und fast das gesamte Vortragsprogramm simultan ins Deutsche übersetzt wird? Auch ihnen steht die Palette der Angebote offen:

- Wollen Sie informiert sein über die rasante Entwicklung der Hypnoseforschung und -anwendungsmöglichkeiten der letzten Jahrzehnte?
- Wollen Sie *persönlich* die Leute erleben, die an dieser Entwicklung beteiligt

waren und weiter daran arbeiten? – Wollen Sie z. B. wissen, was die „Ego State Therapy“ ist – und zwar direkt von deren Begründern Helen und John WATKINS? In deren Workshop können Sie in verschiedenen definierte Ich-Bereiche hineingehen und einen therapeutischen Dialog zwischen ihnen entwickeln.

- Wollen Sie wissen, was es mit der jetzt üblichen „sanften“, nicht direktiven Hypnose auf sich hat, bei der sich der Therapeut als Partner des Klienten versteht?
- Wollen Sie erfahren, was es denn wirklich mit diesem Milton H. ERICKSON auf sich hat, diesem körperbehinderten, farbenblinden, vor Kreativität sprühenden Arzt aus Arizona? Aus Forschung und Praxis wird berichtet – und in den Workshops hautnah erlebt.
- Wollen Sie zu denjenigen gehören, welche die Chance Österreichs mit diesem Europäischen Hypnosekongreß erkennen, daß wir wieder zu den Ländern gehören, die für Hypnoseforschung und -entwicklung Bedeutung haben?

Neugierig geworden? „Dann schau'n Sie sich das an“
(hätte Karl Farkas gesagt), was Sie beim Kongreß u. a. erwartet:

Die Frage, die wohl Psychotherapeuten vor allem bewegt, wenn sie von Hypnose hören, hat Gualtiero GUANTIERI von der Universität Verona zum Titel seines Vortrags gemacht: Er spricht über die Effizienz von Hypnose in der Psychotherapie. Er arbeitet in Verona an der Universität und im Institut für Physiopathologie und Schmerztherapie.

Die Geschichte des Unbewußten von FREUD bis ERICKSON bringt Ihnen Dirk REVENSTORF näher, Professor für Psychologie in Tübingen, u. a. Verfasser des Handbuchs über Klinische Hypnose. Er leitet auch das Symposium über **Hypnotherapie mit Krebspatienten**, in dem an einem Halbtage mehrere Vortragende zu diesem Thema Stellung nehmen werden – Wolfgang LADENBAUER von der ÖGATAP ist einer der Diskutanten.

Graham D. BURROWS, Professor für Psychiatrie, Universität Melbourne, Australien, hält den Vortrag zum Leitthema des Kongresses „Hypnosis – Connecting Disciplines“.

Selbstverständlich ist bei den Disciplines die Analytische Oberstufe des Autogenen Trainings mit dabei – präsentiert in einem Workshop vom Begründer dieser Methode, unserem Ehrenpräsidenten Heinrich WALLNÖFER (Workshop-Sprache: deutsch/englisch/italienisch).

Zur **Integration von Hypnose mit anderen Therapierichtungen** sind mehrere Referate im Rahmen eines Symposiums geplant; Hans KANITSCHAR bringt dabei den Beitrag über KB und Hypnose.

Indirekte Hypnosetechniken können Sie in verschiedenen Workshops kennenlernen, z. B. bei Walter BONGARTZ von der Universität Konstanz, der in Deutschland laufend Ausbildungskurse für Hypnose hält. Er führte übrigens u. a. Untersuchungen durch über immunologisch relevante Veränderungen in der Hypnose.

Wußten Sie, daß Suggestionen indirekt sehr gut in Metaphern und Geschichten eingebettet werden können? Gönnen Sie sich das beim (deutschsprachigen) Workshop von Bernhard TRENKLE aus Rottweil, der die von Teilnehmern genannten Therapieziele sofort in eine Standardgeschichte einbaut – und sie dann in Warum und Wie einweiht. Wer jemals seine Löwengeschichte gehört hat, vergißt sie (und die mit ihr verbundenen therapeutischen Möglichkeiten) nie wieder.

Auch Ulrich FREUND, einigen von seinem Salzburger Märchenabend 1991 bekannt, kommt und hält ein Workshop (in deutscher Sprache) über Märchen und Metaphern in der Hypnotherapie. Vielleicht verzaubert er uns zusätzlich in dieser Woche mit Kostproben aus „1001 Nacht“?

Der Einsatz von **Musik bei Hypnose** kommt zur Sprache, Per-Olof WIKSTRÖM aus Stockholm, engagierter 1. Vizepräsident der Europäischen Hypnosegesellschaft und seit 1979 Korrespondierendes Mitglied der ÖGATAP, widmet seinen Beitrag diesem Thema.

Die Verbindung von **Akupunktur und Hypnosearbeit** bei Suchtkranken lernen Sie beim (ebenfalls deutschsprachigen) Workshop von Wolfgang BEIGLBÖCK, Hans BUCHINGER, Senta FESELMAYER und Alexandra KOSTRBA kennen – die im Anton Proksch Institut in Wien mit Abhängigen arbeiten.

Oder interessiert Sie **Kurzzeittherapie**? Hanscarl LEUNER (ja, unserer) hält einen Vortrag und ein (deutschsprachiges) Workshop über modifizierte konventionelle Hypnose: Kurzzeithypnotherapie in der Praxis.

Moris KLEINHAUZ aus Israel berichtet in seinem Vortrag über 1–4 Sitzungen dauernde Kurzzeittherapie; (er machte nach Studien in USA die Hypnose in Israel bekannt, seinen Untersuchungen und seinem Engagement ist es zu verdanken, daß in Israel die Show-Hypnose gesetzlich verboten ist. Bekannt ist er auch für seine Seminare über Möglichkeiten, durch genaues Beobachten kleinster Details verblüffende Interventionsmöglichkeiten zu erhalten. Wir baten ihn für Wien daher auch um ein Workshop über kreative Arbeit in der Hypnotherapie).

Manfred PRIOR vom Milton H. Erickson-Institut Hamburg bringt (in deutscher Sprache) eine Demonstration einer auf eine Sitzung beschränkten Beratung. Der gefragte Kursleiter erarbeitete übrigens vor einigen Jahren auch Grundlagen für Zahnarzt-Hypnosekurse.

Teresa ROBLES und Jorge ABIA, die beiden Direktoren des Milton H. Erickson Institutes in Mexiko, zeigen das Programm, das sie für die Arbeit mit rigiden Familien entwickelt haben. Auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen beziehen sich ebenfalls etliche Beiträge.

Information über **Hypnose als Therapie in den verschiedenen medizinischen Bereichen** bietet Ihnen das Symposium von Henriette WALTER, Wien und Mary MCKENNA, England. Weiters präsentiert uns Henriette WALTER auch einen Überblick über den derzeitigen Stand der neuropsychologischen Forschung: ein interessanter und anspruchsvoller Beitrag aus Wien. Das ÖGATAP-Mitglied Henriette WALTER arbeitet als Dozentin an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien.

Sind Sie an Einsatz von **Hypnose im chirurgischen Bereich** interessiert? Die bekannte Anästhesistin Christel BEJENKE aus U.S.A. hält ein Symposium über Nützlichkeit und Grenzen der Hypnose in der Chirurgie.

Den Einsatz von **Mentalem Training** in Sport und Leben zeigt Ihnen *der* Spezialist dafür: Lars-Eric UNESTAHL, der 1991 zum Weltkongreß für Mentales Training nach Schweden einlud. Ich hörte ihn beim letzten Europäischen Hypnosekongreß in Konstanz und sah jetzt erst ein Video über seine Arbeit – beeindruckend, wie sowohl Sportler als auch Patienten, (z. B. Schmerzpatienten) lernen, sich damit zu helfen. Er trainierte Olympiamannschaften und arbeitete u. a. mit Mark Girardelli. Natürlich weiß gerade er Interessantes über Theorie und Praxis posthypnotischer Effekte zu sagen.

Der Einsatz von **Biofeedback** zur Stressminderung wird von Hans RIEBENSAHM von der Universität Göttingen berichtet – den ich bisher von Hypnose-seminaren für Fortgeschrittene und als umsichtigen Gruppenleiter kennengelernt habe.

Schmerzkontrolle – in der Praxis werden diese Möglichkeiten immer noch wenig genutzt – ist ein weiteres Gebiet, über das ausführlich referiert wird.

Apropos Schmerz – tun Sie sich doch selbst etwas Gutes und informieren Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt von diesem Kongreß! Der Zahnarzt Albrecht SCHMIERER, der in Deutschland die Hypnoseausbildung für Zahnärzte aufgebaut hat, hält die ganze Woche über seine **Seminare für Dentisten und Zahnärzte**: Am 15.–17. 8. für Anfänger, 18./19. 8. für Fortgeschrittene. Seine Mitarbeiter wie Gudrun SCHMIERER, Victor RAUSCH u. a. wissen Bescheid über Schmerzkontrolle, Blutungskontrolle, schnelle Tranceinduktion, Trancevertiefung, und ähnlichem. (Victor RAUSCH aus Kanada ist übrigens derjenige, der sich in Selbsthypnose die Gallenblase operieren ließ.)

Einige weitere Themenbereiche: Psychotherapie in Europa; Therapie bei Sektenaussteigern; Suggestion durch die Massenmedien.

Fürs RAHMENPROGRAMM haben wir uns etwas Besonderes einfallen lassen:

Der Höhepunkt ist sicher der **Sommerball** im Wiener Rathaus, die Balleröffnung nach dem Abendessen wird traditionell mit Jungdamen- und -herrenkomitee gestaltet.

Das **Streichquartett** kennen viele bereits vom IGKB-Kongreß aus Baden – ein Atmen für die Seele. In Wien wird es im Palais Pallavicini spielen, ein würdiger Rahmen für dieses Ereignis auf unserem Kongreß.

Die Walzerseligkeit mit Johann Strauß-Melodien beim **Abschlußkonzert** sind wir unseren ausländischen Gästen schuldig, jedoch ist auch für österreichische Musikliebhaber etwas Besonderes dabei: die Uraufführung einer Komposition von Professor Paul Fürst.

Das Sigmund FREUD-Haus sperrt für uns auch am späten Nachmittag auf, sodaß Sie nicht auf Interessantes beim Kongreß verzichten müssen.

- Also?
- Wollen Sie mit dabei sein?
- Bei diesem Kongreß vor Ihrer Haustür Flugkosten und Reisezeit sparen?
- Wer weiß, wann wieder solch ein Kongreß mit so vielfältigem Angebot von internationalen Experten so nah bei Ihnen ist ...
- und wer weiß, wann Sie wieder Gelegenheit zum Meinungsaustausch mit so vielen KollegInnen aus West und Ost und Übersee haben (z. B. spricht Brij B. SETHI, Professor für Psychiatrie in Neuseeland, über Hypnose in seinem Heimatland; KollegInnen aus den früheren Ostblockländern nützen natürlich die Chance, den Kongreß in Wien mitzuerleben; usw.)

Ich brems mich jetzt wieder ein – wer weitere Auskünfte will, wende sich bitte ans Kongreßsekretariat, über das ich selbstverständlich auch erreichbar bin.

Information und Anmeldung:

Kongreßsekretariat Interconvention,

Austria Center Vienna

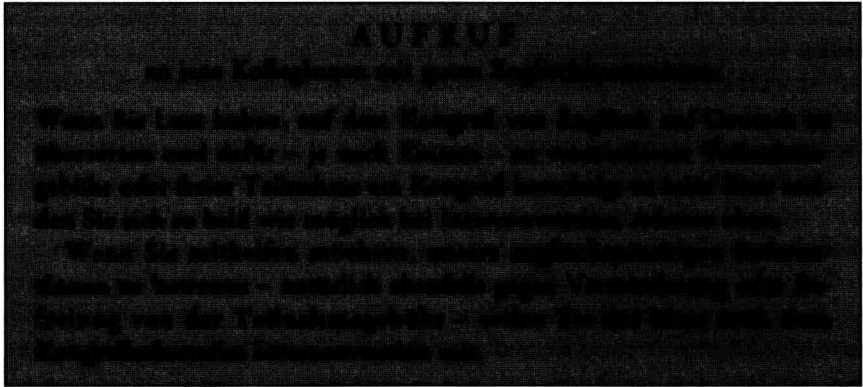
A-1450 Wien

Tel: 0222/2369-2643

Fax: 0222/2369-648

Marianne Martin

Organizing Chair



Personalia

Wie wir erst kurz vor Redaktionsschluß erfahren haben, fand am Dienstag, den 16. 2. 1993 um 19 Uhr in der Salzburger Residenz ein Festakt statt, bei dem der Herr Landeshauptmann an Herrn Dr. Edmund FRÜHMANN den Berufstitel Professor verlieh.

Dr. med. univ. Edmund FRÜHMANN ist 1922 in Brünn geboren und kam 1945 als Werkstudent nach Wien, wo er 1952 zum Doktor der Gesamten Heilkunde promovierte.

Sein starkes Interesse an philosophischen, anthropologischen und biologischen Fragen zeigt sich auch in der schon 1946 erfolgten Gründung der Biologischen Station Wilhelminenberg, gemeinsam mit Prof. Dr. Otto König.

1956 schloß E. F. seine Ausbildung als Psychoanalytiker des Wiener Arbeitskreises für Tiefenpsychologie ab.

Von 1954 bis 1972 arbeitete er ärztlich, psychotherapeutisch und wissenschaftlich in verschiedenen Wiener Krankenhäusern und Institutionen der Psychosozialen Versorgung. 1959 wurde er Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. In diesem Jahr fungierte er auch als Mitbegründer des Österreichischen Arbeitskreises für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG), dem größten österr. Psychotherapie-Aus- und Weiterbildungsverein mit derzeit über 2200 Mitgliedern.

Nach der Übersiedlung nach Salzburg lehrte E. F. von 1972 bis 1990 an der Universität Salzburg Psychoanalyse, Gruppentherapie und -dynamik, sowie Psychosomatik.

Neben dem Dienst an den Patienten in dem von ihm mitbegründeten Institut für Psychische Beratung und Gruppenarbeit (IPG) hat E. F. als anerkannter Lehrtrainer, Lehrtherapeut und Supervisor von fünf Ausbildungsvereinen mehrere Generationen von Psychotherapeuten theoretisch und praktisch unterwiesen.

Die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Tätigkeit legte E. F. in über sechzig Veröffentlichungen und zahlreichen Vorträgen nieder.

Die ÖGATAP gratuliert herzlichst.

ÖGATAP-Regional

Tirol:

Die Auseinandersetzung mit Diagnoserichtlinien, mit denen „psychisch krank“ der politischen Öffentlichkeit und den Sozialversicherungsträgern beschreibbar und erklärbar gemacht werden kann, ist zur Zeit allen psychotherapeutischen Schulen gemeinsam.

Der im Rahmen des Tiroler Landesverbandes für Psychotherapie veranstaltete Vortrag von Prof. Dr. Hans Ulrich WITTCHEN (Max Planck-Institut für Psychiatrie München) über die diagnostischen Instrumentarien ICD 10 und DSM-III-R gab Einblick in diagnostisches Neuland, an das wir uns voraussichtlich gewöhnen müssen, wenn wir mit Krankenkassen verrechnen wollen. Prinzipien wie deskriptiver Störungsbegriff anstelle von Krankheit, explizite und operationalisierte diagnostische Kriterien, stärkere Berücksichtigung von zeitlichen und Verlaufsaspekten und vieles mehr bedeuten sicher einen Fortschritt gegenüber traditionellen diagnostischen Instrumentarien. Andererseits wird damit jeder psychisch Gestörte in ein oder mehrere Rasterkästchen gepreßt.

Kein Psychotherapeut wird sich vermutlich die vielen Diagnosenamen merken können, er wird das Diagnosebuch dazu brauchen. Um zur Diagnose zu gelangen, wird er Interviewhefte benötigen und zu diesen wiederum Manuals und ein entsprechendes Training, um beides richtig handhaben zu können – wie beispielsweise beim „strukturierten klinischen Interview“ (SKID), „ein ökonomisches, effizientes und reliables Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-III-R“.

Die meisten Interviews sind auch als Computerprogramme erhältlich und dementsprechend konzipiert. (Am Rande: Patienten mit Alkoholproblemen die direkt vom Computer interviewt werden, antworten diesbezüglich rascher und offener als im persönlichen Interview.)

Es drängt sich aber die Frage auf, wie weit der in der exakten Wissenschaft übliche Sprachgebrauch nur als Verkehrssprache mit der Öffentlichkeit dienen wird, ohne allmählich auch unser originales psychotherapeutisches Denken zu beeinflussen.

Eveline Schöpfer-Mader

Personelles:

Seit 4. 2. 93 sind zwei KBler Vorsitzende des Tiroler Landesverbandes für Psychotherapie: Mag. Eveline Schöpfer-Mader und Dr. Harald Meller.

Raum Salzburg:

Fallvorstellungsseminar Dr. Inge Lang (KB)

Termine: 27. 3., 8. 5., 5. 6., 3. 7. (13–19 Uhr)

Ort: 5020 Salzburg, Bayernstr. 19, 1. Stock, Tel. 845 435

Anmeldung bitte schriftlich oder telefonisch!

Fallzentrierte Neurosenlehre

jeweils Freitag abend, 19–20.30 Uhr in ca. dreiwöchigem Abstand.

Beginn: 5. 3. 1993

Ort: 5020 Salzburg, Bayernstr. 19, 1. Stock, Tel. 845 435

Anmeldung bitte schriftlich oder telefonisch!

Fallvorstellungsseminare Dr. Otto Lang

Termine: jeweils Freitag 15–21 Uhr

a) 12. 2., 26. 3., 14. 5. oder 4. 6., 18. 6.

b) 26. 2., 19. 3., 14. 5. oder 4. 6., 25. 6.

c) 23. 4., 28. 5. (weitere Termine nach Übereinkunft)

Termine: jeweils Samstag 13–19 Uhr

a) 27. 2., 27. 3., 24. 4., 5. 6.

b) 20. 3., 8. 5., 19. 6.

Ort: 5020 Salzburg, Bayernstr. 19, Tel.: 845 435

Bitte um telefonische oder schriftliche Anmeldung!

Seminare zur Fallbesprechung nur für Fortgeschrittene

(KB-Therapeuten und erfahrene Praktikanten):

a) 14. 2., 7. 5., 2. 7. (Freitag 15–21 Uhr)

b) 10. 3. (Mittwoch 19–22 Uhr), dann in vier- bis fünfwöchigem Abstand an Donnerstagen 19–22 Uhr (nach Übereinkunft)

Ort: 5020 Salzburg, Bayernstr. 19, Tel. 845 435

Bitte um telefonische oder schriftliche Anmeldung!

Dr. Eva-Maria Thaler hält ab Oktober 1993 in Salzburg eine

PSYCHOANALYTISCHE SELBSTERFAHRUNGS-JAHRESGRUPPE

sowie eine

SELBSTERFAHRUNGS-JAHRESGRUPPE

nach der Methode der **DYNAMISCHEN GRUPPENPSYCHOTHERAPIE**.

Beide sind sowohl für die ÖGATAP- als auch für die ÖAGG-Ausbildung anrechenbar.

Nähere Informationen sowie Zeit, Ort, Preis in der nächsten „Imagination“.

14.–20. August 1993, Wien
6TH EUROPEAN CONGRESS OF HYPNOSIS
in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine

Veranstalter: ÖGATAP

Info: Kongreßsekretariat Interconvention, Austria Center Vienna,
A-1450 Wien, Tel. +43/1/2369–2643, Fax: +43/1/2369–648.

**24. INTERNATIONALES SEMINAR FÜR
AUTOGENES TRAINING UND
ALLGEMEINE PSYCHOTHERAPIE**
11.–17. September 1993, Bad Gastein

„Weibliches und Männliches in der Psychotherapie –
Gemeinsamkeiten und Unterschiede“

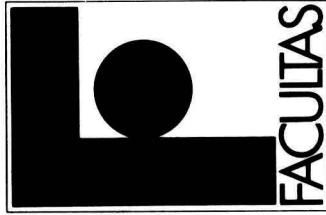
In mehreren Ebenen soll versucht werden, sich diesem Thema anzunähern. Die bestehenden tiefenpsychologischen Theorien zur Geschlechterdifferenzierung sind noch immer paradigmatisch vom Freudschen Ansatz beeinflußt. Eine kritische Überprüfung und Diskussion dieses Theoriegebäudes soll einer der Hauptpunkte darstellen.

Die Geschlechtsidentität des/r Therapeuten/in bzw. des Patienten/in hat selbstverständlich Auswirkungen auf den Verlauf der Psychotherapie. Die Ebenen der Übertragung und Gegenübertragung hier auszuloten, sollen einen weiteren Punkt dabei darstellen.

Die Praxis der Psychotherapie fungiert aber auch als ein Spiegel gesamtgesellschaftlicher Änderungen. Die neuen Identitäten bzw. die Krisen und Brüche herkömmlicher Geschlechterrollen haben eminente Auswirkungen auf die intrapsychische Homöostase, die sich dementsprechend in Störungen und Krankheitsbildern niederschlagen können.

Nicht zuletzt wird auch das vielfältige Thema der Sexualität im Mittelpunkt einiger Vorträge stehen.

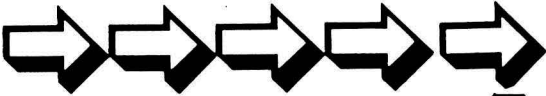
Die Kongreßprogramme werden ab April 1993 ausgesandt.



Ihre Fachbuchhandlung Medizin
Ihr Fachverlag Medizin

Für Studium und Fortbildung

**Schmökern
Sie
(unverbindlich)
bei uns!**



Ständige Lehrbuchausstellung ● reichhaltiges Sortiment ● Lesecke ●
kostenloses Verzeichnis empfohlener Lehrbücher ● Gratisabonnement von
MEDIZIN LITERATUR, Literaturinformationen für Klinik und ärztliche Praxis ●
Probeexemplare medizinischer Zeitungen ● Prospektzusendung auf
Wunsch ● jederzeit telefonische Literatúrauskünfte.

Stets freundliche Beratung in unseren Geschäftsräumen – ganztägig geöffnet.

FACULTAS

Universitätsbuchhandlung für Medizin
Berggasse 2 (Ecke Währingerstraße), 1090 Wien, ☎ 34 61 98



