

Nachwort

Hansjörg Ebell
www.doktorebell.de

München, im Januar 2024

Warum therapeutische Hypnose?

40 Therapeutinnen und Therapeuten aus den Berufsfeldern Medizin, Zahnmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie berichten in diesem Buch, wie sich körperliche und seelische Störungen und Erkrankungen überraschend wirksam beeinflussen ließen. Ihre gemeinsame Erklärung dafür ist die Hypnose. Dieser Begriff wird seit Mitte des 19. Jahrhunderts verwendet (Peter 2000). In Abgrenzung zum Magnetismus nach Franz Anton Mesmer ging James Braid, ein in Manchester praktizierender Arzt, in seinem wissenschaftlichen Erklärungsmodell davon aus, dass ein Mensch bzw. bestimmte Teile des Gehirns in Schlaf versetzt würden (im antiken Griechenland war der Gott Hypnos Hüter des Schlafes). Moderne Untersuchungsmethoden zeigen, dass in Hypnose komplexe, dynamische Vorgänge in verschiedenen Regionen und neuronalen Netzwerken des Gehirns zu beobachten sind. Sie haben mit Schlaf so viel oder so wenig zu tun wie mit Wachsein, doch das historische Etikett wird weiterhin verwendet.

Therapeutische Hypnose erfordert einen professionellen Kontext und ein Arbeitsbündnis von Behandelnden und Behandelten mit gemeinsam vereinbarten Zielen. Dass dies sehr unterschiedlich verstanden und gestaltet werden kann, verdeutlichen die 46 Fallberichte. Die Vielfalt resultiert unter anderem aus der Persönlichkeit der Beteiligten, den behandelten Störungen und Erkrankungen sowie aus der Behandlungssituation und dem Verständnis von Hypnose. Würde man die Gestaltungsvarianten der therapeutischen Beziehung auf einer Linie anordnen, gäbe es zwei Endpunkte: An dem einen Pol bestimmen die Behandelnden als Autorität, was geschehen soll (dies entspricht dem traditionellen Suggestionskonzept der medizinischen und zahnmedizinischen Hypnose), während am anderen Pol die Behandelten weitgehend selbst die Verantwortung für das Erreichen der Ziele dank eigener Fähigkeiten und Ressourcen übernehmen (incl. Selbsthypnose). Dazwischen liegen viele Varianten der Kooperation mit fließenden Übergängen zwischen strukturierten Anleitungen und der Verwendung („Utilisation“) individueller Trance-Phänomene. Vermutlich wird bei allen Formen der Zusammenarbeit die Bedeutung spezieller Hypnosetechniken durch eine „stimmige“ Beziehung relativiert.

Aus dem hier vorgestellten Spektrum einer zeitgenössischen Verwendung von Hypnosephänomenen in der therapeutischen Praxis ergibt sich eine Grundstruktur, in der die einzelnen Elemente variiert werden können und sollen – gemäß den beteiligten Personen und dem jeweiligen professionellen Behandlungskontext (Abb. 1):

<p>1. Vorgespräch</p> <p>Auftragsklärung, Austausch über Therapieziele</p>	<p>Vermeidungsziele? Annäherungsziele?</p> <p><i>Verhandeln, bis es für beide(!) Seiten stimmig ist (außer in Akut-situationen mit klarem Auftrag aus Behandlerperspektive)</i></p>
<p>2. Induktion</p>	<p>Entspannung anleiten (angenehme Schwere, dem Ein und Aus der Atmung folgen etc.) und zu „dissoziativen“ Erfahrungen (schwerer – leichter, unwillkürlicher Lidschluss etc.) einladen</p> <p><i>Pacing und Leading gemäß Beobachtung</i></p>
<p>„Vertiefung“</p>	<p>z.B. bis 10 zählen, eine Imagination anbieten (Weg in einer Landschaft, Stufen)</p> <p><i>Zeit geben, suggestiv gestalten</i></p>
<p>3. Utilisation</p>	<p>An einem sicheren Ort bzw. in einem Gefühl von größtmöglicher Ruhe, Wohlbefinden und Gelassenheit ankommen und dort/darin ein Maximum-/Optimum an „Was stattdessen“ erleben</p> <p><i>Direkt oder indirekt suggestiv gestalten, möglichst auf allen Sinneskanäle: visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch</i></p> <hr/> <p>„Angekommen?“ oder ähnliche Nachfragen zur optimalen Umsetzung der Suggestionen</p> <p><i>Feedback durch ideomotorische Bestätigung (z.B. Fingersignale)</i></p> <hr/> <p>Posthypnotischer Auftrag</p> <p>Assoziationen zu „Was stattdessen“-Erfahrungen, um sie auch in Alltagssituationen abrufen zu können (z.B. durch kinästhetischen Anker: Finger aneinanderdrücken oder visuellen Anker: Verbindung mit Gegenstand in der alltäglichen Umgebung)</p> <p><i>Ideomotorische Bestätigung!?</i></p>
<p>4. Reorientierung</p>	<p>Im Hier und Jetzt wieder wach und voll orientiert auftauchen</p> <p><i>in Selbsthypnose ggf. auch Übergang in erholsamen Schlaf</i></p>
<p>5. Nachgespräch</p> <p>Gemeinsame Evaluation</p>	<p>Die individuellen Erfahrungen erfragen und besprechen, um sie für die nächste Sitzung beachten und utilisieren zu können</p> <p><i>Wenn es eine tiefe und gute Erfahrung war, nicht zerreden</i></p>

Abbildung 1: Grundstruktur eines zeitgenössischen Hypnoserituals

1. Therapeutisches Arbeitsbündnis – Auftragsklärung

Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen

In der medizinischen und zahnmedizinischen Akutbehandlung sind die *Problem*-Perspektive und die Autorität der Behandelnden entscheidend. Es geht hier vor allem um die Linderung oder die Beseitigung von *Symptomen* einer Krankheit (ggf. auch der Folgen von Therapiemaßnahmen). In der Psychosomatik und Psychotherapie orientieren sich die Behandlungsziele in der Regel an individuellen *Lösungs*-Perspektiven für die Betroffenen und ihren *Erfahrungswerten*, d.h. ihrem *Kranksein*, und persönlichen Ressourcen (Brunner 2016). Beide Perspektiven bestimmen die Gestaltung des Arbeitsbündnisses und führen zu *Vermeidungs*- und/oder zu *Annäherungs*zielen. Diese wiederum haben wesentlichen Einfluss darauf, ob und welche Maßnahmen ergriffen werden (oder eben auch nicht) und entscheiden mit darüber, ob die Behandlung erfolgreich sein kann und wird. Neuere Erkenntnisse über die psycho-physiologische Informationsverarbeitung im Zentralnervensystem legen nahe, wie wichtig diese Unterscheidung ist (z.B. Chapman et al 2008, Jensen et al 2016).

- Problemperspektive („weniger davon ist besser“) – Vermeidungsziele

Leidvolle Erfahrungen (insbesondere Schmerz), Ängste und Verunsicherung können die ganze Aufmerksamkeit binden und zum Anlass werden, therapeutische Hilfe zu suchen. Damit ist fast automatisch der Auftrag verbunden, diese Probleme effektiv zu bekämpfen, denn bei solchen *Vermeidungszielen* wird es erst wieder gut, wenn das Problem ganz beseitigt ist – auch wenn *weniger* sich natürlich besser anfühlt. Ein auf einer Skala von 0 bis 10 sehr weit oben als unerträglich angegebener Schmerz z.B. sollte also auf 0 reduziert werden können. Wenn dies gelingt, ist das Problem gelöst, und für die Betroffenen kann wieder normaler Alltag einkehren (Dreieck in der oberen Hälfte von Abb. 2).

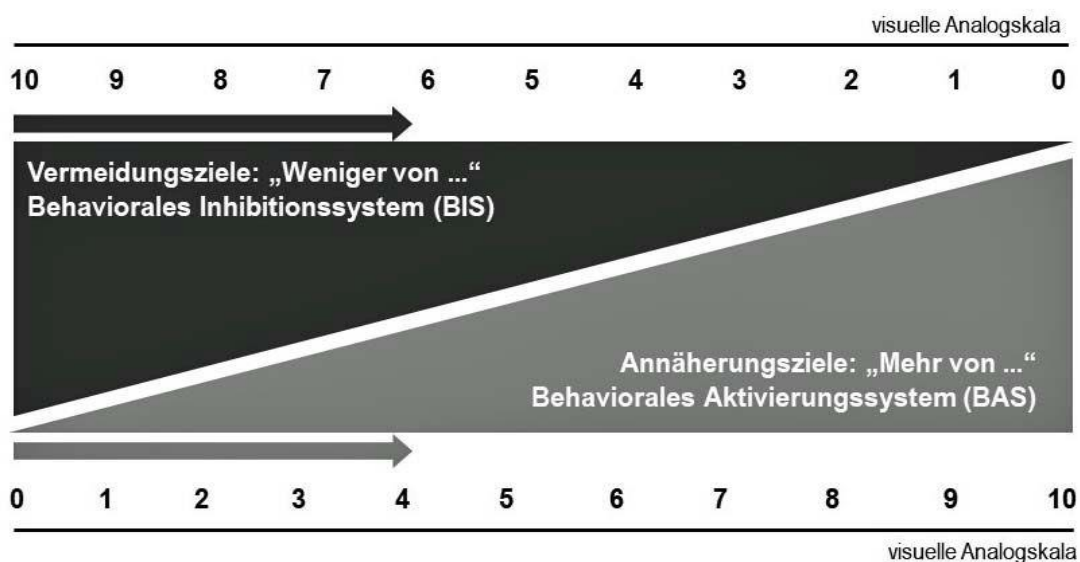


Abbildung 2: Vermeidungs- und Annäherungsziele, BIS und BAS

Falls dies nicht gelingt oder die Symptomatik sogar noch zunimmt und der Fokus der Aufmerksamkeit ständig weiter um die Probleme kreist, wird alleine dadurch das leidvolle Erleben verstärkt. Dies mündet schnell in einer sich selbst verstärkenden Spirale: Auf damit einhergehende Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ärger reagieren die Behandelnden in der Regel mit einer Intensivierung und Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen, um die gesetzten Vermeidungsziele doch noch zu erreichen. Meist bleibt der gewünschte Erfolg aus, was sowohl die Kommunikation als auch die Interaktionen zwischen den Hilfesuchenden und Behandelnden stark belastet. Im Erleben der Betroffenen macht dies alles noch schlimmer und komplizierter anstatt besser und so weiter und so fort. Sollten die *Vermeidungsziele* (z.B. „keine Schmerzen“) unerreichbar sein oder scheitern, kann die mangelnde Zuversicht auf Besserung tief in Resignation und Depression führen. Spätestens dann braucht es dringend eine Ergänzung oder die Umstellung auf die zweite bzw. qualitativ andere Perspektive möglicher individueller *Annäherungsziele*. Hier bedeutet jedes kleine Plus auf einer entsprechenden Analogskala von 0 bis 10 eine Bewegung in die richtige Richtung und kann als Fortschritt fokussiert und gar als Erfolg erlebt werden (Dreieck in der unteren Hälfte von Abb. 2).

- Lösungsperspektive („mehr davon ist besser“) – Annäherungsziele

Behandelnde und Behandelte verhandeln gemeinsam mögliche *Annäherungsziele*, indem sie nach Antworten auf folgende Fragen suchen: Was wäre als Fokus der Aufmerksamkeit geeignet, trotz der Probleme Erfolgserlebnisse haben zu können („mehr von was ist gut“)? Was genau kann und soll auf welche Weise bei einer Besserung mehr werden? Was sollte sich wie entwickeln, sodass jeder Schritt in diese Richtung – und sei er noch so klein – als Fortschritt wahrgenommen werden kann? Welche Erfahrungen können die Zuversicht stärken, dass die (meisten) Probleme irgendwann mal erfolgreich überwunden sein werden oder dass bei verbleibenden Problemen zumindest ein Gegengewicht entsteht, das mehr Lebensqualität ermöglicht?

Wie notwendig eine solche Lösungsperspektive bzw. individuelle Annäherungsziele sind, zeigt sich insbesondere in Anbetracht von überwältigenden Problemen und damit einhergehenden schwer erreichbaren Vermeidungszielen: z.B. in der Behandlung chronischer Schmerzen (Ebell 2010, 2022) und in der Behandlung von Krebserkrankungen bzw. in der Psychoonkologie (Harrer & Ebell 2021, Ebell & Hönig 2023). Die gemeinsame Suche nach „*Was stattdessen*“-Zielen schließt Vermeidungsziele und entsprechende Therapiemaßnahmen selbstverständlich nicht aus.

- Behavioral Inhibition System (BIS) – Behavioral Activation System (BAS)

Das qualitativ gegensätzliche Erleben von *Vermeidungsperspektive* („weniger leidvolle Erfahrung“) und *Annäherungsperspektive* („hin zu „Was stattdessen““) beruht auf unterschiedlichen neuronalen Netzwerken im Gehirn (Grawe 2004): einem sog. *Behavioralen Inhibitionssystem (BIS)*, das eng mit dem Stress-System bzw. dem Kampf ums Überleben (Fight, Flight, Freeze bzw. Kämpfen, Flüchten, Erstarren) verbunden ist, und einem sog. *Behavioralen Aktivierungssystem (BAS)*, das über Belohnung gesteuert wird.

In dem kooperativen Klärungsprozess hinsichtlich beider Perspektiven ist auch die Rolle von Hypnose und Selbsthypnose zu thematisieren: Wozu sollen und können diese einen Beitrag leisten? Dabei gilt es auch, zu positive oder zu negative Vorurteile und Missverständnisse auszuräumen. Im Hinblick auf häufig geäußerte Ängste vor einem Kontrollverlust lässt sich zur Beruhigung versichern, dass höchstwahrscheinlich genau das Gegenteil der Fall sein wird, nämlich vielfältige Selbstkompetenz- und Selbsteffizienzerfahrungen.

2. Induktion

Der Begriff kommt vom lateinischen *inducere* = hineinführen. Zur Induktion werden unzählige Techniken – von direktiv-befehlsartigen bis unauffällig ins Gespräch eingestreuten Suggestionen – verwendet, um die Aufmerksamkeit von der Außenwelt abzuziehen und nach innen zu richten. Die Bereitschaft, sich immer tiefer in den eigenartigen und kreativen Zustand der Hypnose hineinführen zu lassen bzw. einzutauchen, wird bei den Menschen, die nicht hochsuggestibel sind, zunehmen, wenn sie akzeptierend begleitet (*pacing*) und behutsam geführt (*leading*) werden. In Notfallsituationen entfalten angemessene Suggestionen auch ohne Induktion ihre Wirkung, da man diese Patientinnen und Patienten als bereits *in Hypnose* betrachten kann (Cheek 1962).

„Vertiefung“/„Tiefe“

Qualität und Intensität der verbalen und nonverbalen (z.B. durch Körperhaltung, Sprachrhythmus, Stimmlage) Suggestionen sollen die Hypnoseerfahrung so vertiefen, dass alles andere immer unwichtiger wird. Sowohl beim Hineinführen (Induktion) als auch dem erreichbaren Zustand *in Hypnose* steht „Tiefe“ für die Intensität des Erlebens. Diese Absorption in die Innenwelt ist zwar nicht objektiv messbar, wird aber subjektiv als bedeutsam erlebt. Sie dient dazu, „Was stattdessen“-Erfahrungen bzw. Annäherungsziele ganz in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken: z.B. Ruhe und Wohlbefinden oder Zuversicht und Gelassenheit in Anbetracht eines gewählten, persönlichen Themas zu empfinden. Eine aversiv erlebte Problem-Realität kann sich so immer weiter in die Peripherie der Aufmerksamkeit verschieben. Dies kann so gut gelingen, dass in der vorgestellten Realität Wohlbefinden vorherrscht, obwohl es wegen der erheblichen Probleme eigentlich unmöglich sein sollte (gemäß dem sog. gesunden Menschenverstand).

Da ein solcher Zustand von maximaler Ruhe und Gelassenheit bei einer geeigneten „Was stattdessen“-Qualität im Hier und Jetzt *in der Hypnose* mit einer realen physiologischen Entsprechung verbunden ist, kann sich nicht nur die Erfahrung (*Kranksein*), sondern auch die Symptomatik (*Krankheit*) in die angestrebte Richtung verändern. Für einen begrenzten Zeitraum, z.B. bei einem operativen Eingriff mit hypnotherapeutischer Begleitung ohne Narkose und örtliche Betäubung, kann eine solche vorgestellte Realität psychophysiologisch sogar bestimmender werden als die sog. reale Realität.

3. „Utilisation“ – Kernelement eines Hypnoserials (Hypnose und Selbsthypnose)

Utilisation (abgeleitet vom englischen *utilize* = verwenden, nutzbar machen) heißt bei Milton Erickson, möglichst alles Gegebene als potenzielle Ressourcen für therapeutische Ziele zu betrachten. Es wird also *damit* und *nicht dagegen* gearbeitet. Wesentlich für diesen Ansatz ist, Sicherheit und Geborgenheit *im Außen* der therapeutischen Beziehung und der Behandlungssituation zu gewährleisten. Auch auf der *inneren Bühne*, *in Hypnose*, sollten Sicherheit und Geborgenheit der Ausgangspunkt für die Beschäftigung mit leidvollen und problematischen Themen sein. Bewährt haben sich hierbei Imaginationen von *Orten* oder *Gefühlen der Ruhe und Gelassenheit und Sicherheit* (*safe place*), idealerweise intensiv erlebt auf allen Sinneskanälen.

Das *Assoziationsgefüge* leidvollen Erlebens und eingeschliffener, problematischer Verhaltensweisen scheint auf Grund der x-fach gemachten Erfahrung quasi gesetzmäßig abzulaufen. Im Zustand der Hypnose können solche Muster aufgelockert oder sogar *dissoziiert* erlebt werden. So können Außen- und Innenwelt gleichzeitig wahrgenommen werden und die kritisch-hinterfragenden Anteile der

bewussten Aufmerksamkeit zwischen beiden hin und her pendeln. Je tiefer die Absorption in ein vorgestelltes positives „*Was stattdessen*“-Erleben ist (anstelle des gewohnten Problem-Erlebens), desto eher können sich neue Assoziationen ergeben und entsprechende Assoziationsfelder im impliziten Gedächtnis aktiviert werden. Dieser neue Abgleich kann Spuren im Gedächtnis hinterlassen und zur Grundlage für das erforderliche, spezifische Umlernen werden (Neuroplastizität) – verstärkt durch die stützende therapeutische Beziehung.

Ideomotorik

Ideomotorische Phänomene, wie z.B. Fingersignale oder Handlevitation, haben sich klinisch bewährt (Cheek 1994, Kaiser-Rekkas 1998, 2001). Als *nicht willentlich* bzw. *unwillkürlich* (dissoziativ) erlebte Bewegungen machen sie deutlich, dass das sog. Unbewusste in die Kooperation mit einbezogen ist. Auf diejenigen, die sie erleben, wirken sie schon dadurch überzeugend, dass sie nicht bewusst ausgeführt wurden bzw. dass offensichtlich der eigene Körper reagiert und von sich aus mitarbeitet. Durch eine Frage-Antwort-Kommunikation über ideomotorische *Ja-, Nein- und Unentschieden-Signale* lässt sich unmittelbar klären, ob die gemachten Vorschläge (Suggestionen) optimal geeignet sind. Das erlaubt jederzeit ein gemeinsames Nachjustieren, was wiederum das Vertrauen in den Prozess maßgeblich verstärkt. So erweisen sich ideomotorische Phänomene als ideale Technik zur Begleitung höchst komplexer innerer Prozesse sowie als optimales (Selbst-)Steuerungsinstrument (Hill & Rossi 2021, Ebell 2023). Sie eignen sich auch für die Selbsthypnose und erfordern nicht unbedingt ein Hypnoseritual mit entsprechender „Tiefe“. Es reicht auch ein dissoziativer Zustand in dem Sinn, dass ohne die Absicht, etwas zu beeinflussen, die „wie von selbst“ (ideodynamisch) ablaufenden Prozesse wohlwollend und neugierig beobachtet werden. Diese Qualität des Gewahrseins und der Aufmerksamkeit ähnelt dem, was im therapeutischen Kontext unter Achtsamkeit verstanden wird (Harrer 2018).

Posthypnotische Suggestionen

Erwartungen (*Annäherungsziele!*) zu fördern und neue Assoziationen zu schaffen und zu verstärken sind zentrale Elemente der therapeutischen Hypnose. Gezielte Suggestionen, im Sinne posthypnotischer Aufträge, gelten als besonders wirksam, wenn sie in einem Zustand gegeben werden, der dem Zugriff von zweifelnd-kritischen Bewusstseinsanteilen weitgehend entzogen ist. Deswegen kommen sie meist in einer *tiefen* Phase der Hypnose zur Anwendung – auch unter der Annahme, dass zu diesem Zeitpunkt unbewusst maximale Akzeptanz besteht.

4. Reorientierung

Am Ende einer Hypnosesitzung muss alles *zurückgenommen* werden, was verhindern könnte, sich nach einer angemessenen Zeit wieder mit klarem Kopf zu orientieren und adäquat zu verhalten (z.B. um mit öffentlichen Verkehrsmitteln sicher nach Hause zu kommen). Therapeutische Effekte und posthypnotische Aufträge sollen jedoch erhalten bleiben. Es ist eine Herausforderung für die Behandelnden im jeweiligen Behandlungskontext, für beide Aspekte Sorge zu tragen.

5. Nachgespräch – gemeinsame Evaluation

Aus systemischer Sicht ist der Abgleich der *Außenversion* des Geschehens (*Behandler-Perspektive*) mit der *Innenversion* der Behandelten (*Erfahrungsperspektive*) wesentlich. Erst beide Perspektiven auf das Selbe erlauben es, den gemeinsamen Lernprozess so zu gestalten, dass er die Bezeichnung „Therapie“ verdient. Da die Grundregel Nr. 1 der Kommunikation besagt, dass der Empfänger und nicht der Absender die Botschaft bestimmt, ist es unabdingbar, die Erfahrungen *in* Hypnose gemeinsam nachzubesprechen. Wenn es gut gelaufen ist, kann natürlich die Frage, ob alles in Ordnung sei und die Besprechung Zeit habe bis zum nächsten Zusammentreffen ausreichend sein.

Zur therapeutischen Verwendung von „Hypnose“ über die Schnittmenge der in diesem Buch präsentierten Fallgeschichten hinaus

Die Jahrestagung der Milton Erickson Gesellschaft 2010 stand unter dem Motto „Medizin und Hypnose“. Wichtige Beiträge zum Stellenwert der therapeutischen Hypnose wurden im gleichen Jahr veröffentlicht (Ebell & Hansen 2010); seitdem erscheint auch in jedem Jahrgang der Fachzeitschrift ein von mir kommentierter Fallbericht. Mein Blickwinkel wird durch die jahrzehntelange Tätigkeit als ärztlicher Psychotherapeut bestimmt (Ebell 2003, 2010) – mit Schwerpunkt auf der Begleitung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen. Bei ihnen lassen sich medizinische und psychotherapeutische Herausforderungen von vornherein nicht trennen. In der Zusammenarbeit sind sowohl für Vermeidungs- als auch für Annäherungsziele objektive und subjektive Grenzen zu beachten. Es hat sich aber stets gelohnt, gemeinsam zu erkunden, wo diese genau verlaufen. Immer wieder hat mich überrascht, welch hohen Stellenwert Hypnose und Selbsthypnose in einem objektiv angemessenen Gesamttherapiekonzept haben konnten, das dadurch auch subjektiv zufriedenstellend wurde.

Lässt es sich verallgemeinern, dass mit Hypnose in 46 authentischen Einzelfällen unter ganz unterschiedlichen Voraussetzungen so viel bewirkt werden konnte? Ja und nein, denn überall wird nur mit Wasser gekocht. Ist Hypnose ein Allheilmittel? Sicherlich nicht, aber allein die Tatsache, dass solch erstaunliche Veränderungen möglich sind, sollte eigentlich alle therapeutisch und forschend Tätigen elektrisieren und neugierig machen – ganz gleich, wie man es sich letztendlich erklärt.

Mit diesem Buch sollte weder die Fachdiskussion über mögliche Verständnismodelle (Lynn, Rhue 1991) fortgeführt, noch vor dem Hintergrund aktueller Lehrmeinungen und evidenzbasierter Forschungs- und Studienergebnisse über die Fallberichte diskutiert werden. Vielmehr war – und ist auch bei dieser Neuauflage – die Intention, durch eine detaillierte Darstellung Fachleuten und Laien das hohe therapeutische Potenzial der Hypnose anschaulich nahe zu bringen. Es ist zu hoffen, dass dadurch nicht nur gängige Vorurteile überwunden werden, sondern auch das Interesse an Angeboten zur Fort- und Weiterbildung von nationalen und internationalen Hypnose-Fachgesellschaften geweckt wird (vielfältige und ausführliche Informationen der deutschsprachigen Fachgesellschaften auf www.hypnose.de).

Die Fallbeispiele in diesem Band zeigen eindrucklich, dass und wie Patientinnen und Patienten in der Lage sind, infolge von *Suggestionen* (d.h. geeigneten *Vorschlägen* im eigentlichen englischen und französischen Wortsinn) und von Erfahrungen *in* Hypnose erstaunlich positive Veränderungen und Entwicklungen zu erleben. Selbst bei jahrzehntelang eingeschliffenen körperlichen und seelischen

Mustern werden nachhaltige, qualitative „Änderungen zweiter Ordnung“ (Watzlawick et al 1974) ermöglicht. Sind dafür hauptsächlich die Ressourcen der Behandelten verantwortlich? Oder besondere Fähigkeiten auf Seiten der Behandelnden? Waren es Intensität und Qualität der interpersonellen Beziehung, die heute Hypnose genannt wird? Sicherlich von allem etwas und noch Vieles mehr. Auch die Gunst des Augenblicks, Kairos, zu erkennen ist wichtig. Damit ist gemeint, den kostbaren Moment zu nutzen, in dem komplexe, selbstregulierende Systeme beeinflussbar sind und durch einen Impuls von außen über die innewohnende Regulation ein insgesamt besserer Zustand generiert werden kann (Willke 2005).

Hypnose scheint dafür günstige Voraussetzungen zu schaffen, indem zwischen den Beteiligten eine besondere „Nähe“ (Zindel 1994, Bonshtein 2012, Flemons 2020) entsteht. Es ist zu vermuten, dass diese Qualität schon per se therapeutisch wirksam ist. Haley (2015) argumentiert auch, dass das Wesentliche an Milton Ericksons historischem Beitrag darin besteht, Hypnose als ein Geschehen auf der zwischenmenschlichen Beziehungsebene zu verorten: *„Nach traditioneller Anschauung war Hypnose ein Zustand des Individuums. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Suggestibilität der Versuchsperson, auf der Tiefe ihrer Trance usw. Erickson (...) hat sowohl die hypnotisierte Person als auch den Hypnotiseur in die Beschreibung mit einbezogen. Wenn er von ‚Hypnose‘ spricht, meint er damit nicht nur Prozesse, die sich im Inneren des Hypnotisierten abspielen, sondern er meint den gesamten Austausch zwischen zwei Menschen. (...) Er arbeitete mit einer Art von interpersonellem Austausch, den er selbst als hypnotisch ansieht, obgleich keine formelle hypnotische Induktion im traditionellen Sinne stattgefunden hat. Die Tatsache, dass er Hypnose als einen Prozess definiert, an dem zwei Personen beteiligt sind, macht eine Neuformulierung jenes uralten Phänomens erforderlich.“* (Haley 1996, S.55)

Ein breites Spektrum faszinierender (Hypnose-)Phänomene lässt sich therapeutisch nutzen: So tut es z.B. trotz chirurgischer Verletzungen nicht weh und blutet kaum, früheste Erinnerungen werden so lebhaft wie Aktuelles erlebt, posthypnotische Aufträge werden ausgeführt usw. Irritierend ist, dass es genauso einfach sein kann, wie es auf den ersten Blick erscheint: Dass von einer Person mit Autorität etwas behauptet wird, was der bewusste Verstand des Empfängers der Botschaft normalerweise kritisch hinterfragen würde – und trotzdem geschieht es. Viele Menschen sind in diesem Sinne gut beeinflussbar bzw. mittel- bis hochsuggestibel; insbesondere, wenn eine positive Erwartungshaltung besteht oder geschaffen wird. Aber: Ein Wunder ist definitionsgemäß sehr selten. Es geschieht. Es kann nicht erzwungen werden – auch nicht mit Hypnose. Erstaunliche Veränderungen lassen sich nicht mit einfachen Ursache-Wirkungs-Gesetzen erklären, sondern es handelt sich um Ergebnisse, die individuell begründet und überaus komplex sind. Tiefgreifendes emotionales Erleben scheint bei vielen Protagonisten in diesem Band eine wichtige Bedingung gewesen zu sein. Auch wenn eine Hypnoseintervention in vergleichbaren Fällen und Situationen zuverlässig wirken sollte, ist dies als Systememergenz zu verstehen, d.h. als Folge vielfältiger Regulationsvorgänge, bei denen alles mit allem zusammenhängt. Kleine Unterschiede können sehr wohl umfassende Veränderungen nach sich ziehen. So wird in einem berühmten Beispiel postuliert, dass der Flügelschlag eines einzigen Schmetterlings am Äquator zu einem globalen Wetterumschwung führen könnte. Zu Recht würde jedoch ein Schmetterling belächelt, der herumflattert und dabei verkündet, er sei gerade dabei, die Großwetterlage zu verändern.

Eine hypnosystemisch fundierte Kommunikation und ihre ritualisierte Verwendung als Hypnose und Selbsthypnose ermöglichen den Zugriff auf individuelle Ressourcen. Als Kernelement einer resonanzbasierten Medizin (Ebell 2017) eröffnen sie „Möglichkeitsräume“ (McClintock 1999) und Zugänge zu

einem archaischen Heilungspotenzial der menschlichen Spezies (Brown 1991). Auch wenn Hypnose in diesem Buch ganz pragmatisch als zeitgenössische und vielfältig verwendbare Intervention in Medizin und Psychotherapie vorgestellt wird, steht sie doch in einer kulturellen Tradition von Heilungsritualen, die menschliche Gesellschaften seit Jahrtausenden entwickelt haben: Seien es schamanische Zeremonien oder die von Göttern bzw. ihren Priestern übermittelten Suggestionen zum Heilschlaf in den Asklepios-Tempeln des antiken Griechenlands, seien es die magnetischen Kuren eines Franz Anton Mesmer oder die von Sigmund Freud und Milton Erickson geprägten Auffassungen der therapeutischen Hypnose.

Literatur

- Bonshtein U.** (2012): Relational Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 397-415.
- Brown P.** (1991): *The Hypnotic Brain - Hypnotherapy and Social Communication*. Yale University Press, New Haven / London.
- Brunner J.** (2016): *Psychotherapie und Neurobiologie – Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Chapman C.R., Tucket R.P. & Woo Song, Ch.** (2008): Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *The Journal of Pain*. 9(2), 122-145.
- Cheek D.B.** (1962): Importance of Recognizing That Surgical Patients Behave as Though Hypnotized. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 27-231.
- Cheek D.B.** (1994): *Hypnosis - The Application of Ideomotor Techniques*. Allyn and Bacon, Boston.
- Ebell H.** (2003): Hypnose in der ärztlichen Psychotherapiepraxis. *Wien. Med. Wochenschrift*; 153; 174-177.
- Ebell H.** (2010): Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 199-216. *PDF auf www.doktorebell.de*
- Ebell H.** (2016): „Resonanz“ – Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. Ein Fallbericht. *Hypnose-ZHH*, 11(1+2), 233-245. *PDF auf www.doktorebell.de*
- Ebell, H.** (2017): Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin ("Resonance Based Medicine"). *Hypnose-ZHH*, Band 12 (1+2), S. 173-202. *PDF auf www.doktorebell.de*
- Ebell H.** (2022): „Wenn es so weh tut!“ Therapeutische Kommunikation und Resonanz in der Schmerztherapie. *Hypnose-ZHH*, 17(1+2), 109-125. *PDF auf www.doktorebell.de*
- Ebell H.** (2023): Vertrauensbruch - Hypnose und Selbsthypnose ermöglichen die erfolgreiche physiotherapeutische Behandlung nach einer Ellenbogenfraktur mit Komplikationen. Ein Fallbericht. *Hypnose-ZHH*, Band 18 (1+2), 199-206.
- Ebell H. & Hansen E.,** Hrsg: *Medizin und Hypnose*. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie. 5(1+2).
- Ebell H. & Hönig K.** (2023): Hypnose bei Krebserkrankungen. In: **Peter B., Revenstorf D., Rasch B.,** Hrsg.: *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik u. Medizin (4. Überarbeitete Auflage)*. Springer Verlag, Berlin/ Heidelberg/ New York,. S.579-602. *1. Auflage - PDF auf www.doktorebell.de*
- Flemons D.** (2020): Toward a Relational Theory of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 62, 344-363.
- Grawe K.** (2004): *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen.
- Haley J.** (1996): *Typisch Erickson – Muster seiner Arbeit*. Junfermann, Paderborn

- Haley J.** (2015): An interactional explanation of Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(4), 422-443.
- Harrer M** (2018): *Hypnose und Achtsamkeit – Zwei Schwestern auf einem Tandem*. Carl Auer, Heidelberg.
- Harrer M. & Ebell H.** (2021): *Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie*. Carl Auer, Heidelberg.
- Hill R. & Rossi E** (2021): *Mirroring Hands – Eine klientenresponsive Therapie für Körper und Psyche*. Carl Auer, Heidelberg.
- Jensen M., Ehde D.M. & Day M.A.** (2016): The Behavioral Activation and Inhibition System: Implications for Understanding and Treating Chronic Pain. *The Journal of Pain*. 17(5). 529.e1-529.e18.
- Kaiser Rekkas A.** (1998): *Klinische Hypnose und Hypnotherapie*. Carl Auer, Heidelberg.
- Kaiser Rekkas A.** (2001): *Die Fee, das Tier und der Freund - Hypnotherapie in der Psychosomatik*. Carl Auer, Heidelberg.
- Lynn St., Rhue J., Edts.** (1991): *Theories of Hypnosis - Current Models and Perspectives*. Guilford Press, New York/ London.
- McClintock E.** (1999): *Room for Change. Empowering Possibilities for Therapists and Clients*. Needham Heights, MA, Allyn and Bacon.
- Peter, B.** (2000): Zur Geschichte der Hypnose in Deutschland. *Hypnose und Kognition* Band 17 (1+2), 47-106. PDF unter <https://www.meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/2-hypnose-und-kognition/47-zur-geschichte-der-hypnose>
- Watzlawick P., Weakland J., Fisch R.** (1974): *Lösungen - Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Hans Huber Verlag, Bern.
- Willke H.** (2005): *Systemtheorie II: Interventionstheorie – Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. Lucius & Lucius, Stuttgart.
- Zindel Ph.** (1994): Hypnose als Werkzeug therapeutischer Nähe. In: *Experimentelle und Klinische Hypnose* Bd. 10 (1),23-33.