

# Hypnotherapie bei Prüfungsangst

ÖGZH Klausurtagung Pöllauberg 12.-17.05.2016

**Dr. Clemens Krause**

Gartenstr. 31

72074 Tübingen

Clemens.Krause@web.de

[www.tuebingen-psychotherapie.de](http://www.tuebingen-psychotherapie.de)

**Teilnehmerunterlagen**

„Man muss mit Begeisterung, Geduld, großer Sicherheit und Reichtum an Kniffen und Einfällen ausgerüstet sein. Wer nach einem gegebenen Schema hypnotisieren will, wer sich vor dem Misstrauen, vor dem Lachen seines Subjekts fürchtet, wer in verzagter Stimmung beginnt, wird wenig erreichen.“

Sigmund Freud, 1892

## **Gliederung:**

**1. Einführung / Vorstellungsrunde**

**2. Prüfungsangst**

**3. Planung einer Verhaltenstherapie zur Prüfungsangstbewältigung unter Einbeziehung von Hypnose**

**4. D1: Ressourcen aktivieren und anker**

**5. Grundprinzipien der Hypnoseinduktion**

**6. Trancesprache: Eine Einführung**

**7. D2: Zukunfts- und Zielprojektion**

**8. Kontraindikationen, Gefahren**

**9. Selbsthypnose**

**10. Literatur**

## 1. Einführung /Vorstellungsrunde

## 2. Prüfungsangst

- Die Verordnungsraten von Antidepressiva fallen laut der Datenanalyse der TK unter Studenten deutlich höher aus als bei gleichaltrigen Berufstätigen. Sie machen bei Studenten zehn Prozent der insgesamt verordneten Arzneimittel aus, bei den Erwerbstätigen sind es nur knapp sechs Prozent (Techniker Krankenkasse).
- Eine Forsa-Umfrage ergab: Knapp 75 Prozent aller Studenten in Hessen fühlen sich durch die Uni gestresst. Am meisten belastet sie die Angst vor Prüfungen.
- Fast jeder sechste Studierende gab zudem an, in den vergangenen zwölf Monaten unter depressiven Verstimmungen gelitten zu haben. Als psychisch belastende Faktoren werden Zeitdruck, Hektik an der Hochschule und fehlende Rückzugsmöglichkeiten genannt.
- Mit rund 80 000 Kontakten verzeichneten die Beratungsstellen 2008 einen Anstieg von mehr als 20 Prozent im Vergleich zum Vorjahr teilte das Deutsches Studentenwerk (DSW) Grund: Die Reform der Studiengänge und der erhöhte Leistungsdruck im Bachelor-Studium.
- Die häufigsten Themen: Lern- und Arbeitsstörungen, Leistungsprobleme, Arbeitsorganisation und Zeitmanagement, Prüfungsangst, depressive Verstimmungen, Identitäts- und Selbstwertprobleme.
- 2008 ließen sich mehr als 23 000 Studierende in Einzel- oder Gruppengesprächen psychologisch beraten.
- Die Zahl der Sozialberatungen bei den Studentenwerken stieg um 27 Prozent auf knapp 72 000 an.

(Ärzte Zeitung online, 04.11.2009)

### Diagnostische Einschätzung:

- **F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien:** Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt sind. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervor rufen.
- **F 40.1 Soziale Phobie:** Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, die zu Vermeidung sozialer Situationen führt. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden. Sie können sich in Beschwerden wie Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen äußern. Dabei meint die betreffende Person manchmal, dass eine dieser sekundären Manifestationen der Angst das primäre Problem darstellt. Die Symptome können sich bis zu Panikattacken steigern.

### **Symptomatik der Prüfungsangst:**

- **Emotional:** Angst, Unsicherheit, reizbar, Stimmungsschwankungen, Unlustgefühle
- **Physiologisch:** Innere Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerz, Durchfall, Verstopfung, Müdigkeit, Schwindelgefühlen, Kloßgefühlen, Herzstechen, Heißhunger oder Appetitverlust.
- **Kognitiv:** Denkblockaden, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Merkfähigkeitsstörungen, dysfunktionale Erwartungen, Selbstzweifel, katastrophisierende Gedanken

**Verhalten:** erhöhter Alkoholkonsum, Medikamentenabusus, übermäßiges Essen, Prokrastination, flüchten in unwichtige Routinearbeiten, Überkompensation.

### **Genese und Aufrechterhaltung von Prüfungsangst:**

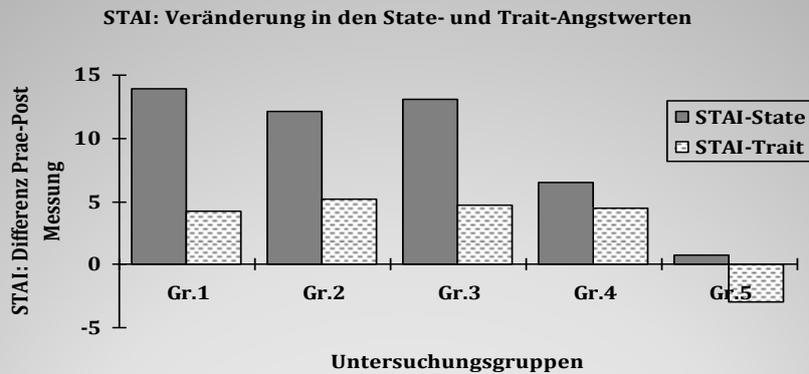
- Mangelhafte Lernstrategien
- Mangelhafte Stressbewältigung
- Defizitäres Selbstwerterleben
- Disposition zu Angst
- Traumatisch erlebte Vorerfahrung
- Dysfunktionale Erwartungen (Anspruchsniveau, mangelnde subjektive Kompetenzzuschreibung)
- Interessenkonflikte (Unentschiedenheit bezüglich des Studienfachs, Verdienen des Lebensunterhalts, elterliche Delegation)
- Motivations- und Disziplinprobleme
- soziale Faktoren (finanzielle Engpässe)
- gesellschaftliche Faktoren (Leistungsgesellschaft, schlechte Berufsaussichten)

### **Wissenschaftliche Evidenz:**

Insgesamt fünf Studien belegen den positiven Einfluss von Hypnose auf die Bewältigung von Prüfungsangst:

- Boutin und Tossi (1983)
- Krause und Revenstorf (1998)
- Sapp (1991)
- Spies (1979)
- Revenstorf und Zeyer (1993)

## Wissenschaftliche Evidenz:



Einzelvergleiche zeigten, dass Gr.1, Gr.2 und Gr.3 im Vergleich mit der Kontrollgruppe die situative Angst signifikant senken konnten.

**Dr. Clemens Krause: Hypnotherapie bei Prüfungsangst**

### 3. Planung einer Verhaltenstherapie zur Prüfungsangstbewältigung unter Einbeziehung von Hypnose

#### 1. Anamneseerhebung:

- allgemeine Krankheitsanamnese, im Fall von Prüfungsangst die schulische Laufbahn erheben, Lernstrategien, Arbeitsplanung erheben
- Erfahrungen mit Hypnotherapie und Entspannungsverfahren?
- Ressourcen die sich hypnotherapeutisch Nutzen lassen (z.B. Dissoziation, Imagination)?

#### 2. Allgemeine Diagnostik:

- Diverse psychometrische Verfahren können angewendet werden (z.B. BDI, SCL-90-R, STAI)
- Phobiepezifische Diagnostik (Prüfungsangst: z.B. TAID Test-Angst-Inventar, deutsche Form: Hodapp, Laux & Spielberger, 1982)

#### 3. Problemanalyse und Störungsmodell:

- Komorbide Störungen erfassen
- Zusammenhang zwischen den Störungsbereichen darstellen

#### 4. Hypnosenspezifische Diagnostik:

- Kontraindikationen gegen eine Hypnotherapie prüfen
- Hypnotisierbarkeits- oder Suggestibilitätstest (z.B. CIS, SHCS, FIRST)
- Evtl. Training hypnotischer Fähigkeiten
- Entscheidung für oder gegen eine Therapie mit Hypnose

#### **5. Zielbestimmung:**

- Ziele positiv formulieren, in Teilziele unterteilen
- Prioritäten der Ziele abklären

#### **9. evtl. Vermittlung von Lernstrategien und Arbeitsplanung (s. Mandl, H. & Friedrich, 2006; Schuster, M. & Dumpert, H.D., 2007; Wild, K.-P., 2000)**

#### **10. Hypnosesitzung 2: Ressourcen aktivieren und ankern.**

- 3 Ressourcensituationen aufsuchen

#### **11. Kognitive Umstrukturierung:**

- Sammeln von dysfunktionalen Erwartungen, Gedanken bezogen auf die Prüfung oder das Fliegen (z.B. ABC-Schema)
- Umstrukturierung in hilfreiche Gedanken. Die hilfreichen Gedanken möglichst griffig und positiv formulieren.
- Bsp.: Prüfungsangst: „Ich muss alles zu 100% wissen.“ wird zu: „Auch wenn ich die eine oder andere Lücke habe, kann ich eine gute Note erreichen.“

#### **12. Hypnosesitzung 3: Zukunfts- und Zielprojektion**

- Hilfreiche Gedanken als Suggestionen mit einfließen lassen

#### **13. Training in Selbsthypnose:**

- Nutzung von Tonträgern?

#### **14. Erfolgskontrolle:**

- Katamneseerhebung mit Hilfe von psychometrischen Verfahren
- Feedbackgespräch

#### **4. D1: Ressourcen aktivieren und ankern**

1. Ressourcen definieren: Welche emotionalen Ressourcen, über die der Patient verfügt sind notwendig um die Angst zu bewältigen? (z.B. Gelassenheit, Selbstvertrauen)

2. Anker definieren: (z.B. Daumenkreuz, Umfassen des rechten Handgelenks mit der linken Hand)

3. Dem Patienten ankündigen, dass er in der Trance nach der Ressourcensituation befragt wird. Dabei kann er mit dem Mund Auskunft geben, während der restliche Körper in Trance verbleibt.

4. Induktion eines Trancezustandes über eine Augenfixierung

5. Vertiefung der Trance

7. Posthypnotische Suggestionen (Verknüpfen der Aktivierung der Ressourcen über den Anker mit Situationen im Alltag)

8. Reorientierung und Rücknahme von Trancephänomenen

9. Nachgespräch

## **5. Ablauf einer Hypnosesitzung**

- Zielklärung und Aufbau realistischer und positiver Erwartungen
  
- Induktion eines Trancezustandes:
  - Orientierung auf Trance unter Einbeziehung von Vorerfahrung (z.B. Alltagstranceerfahrungen, Autogenes Training)
  - Destabilisierung des alltäglichen Bezugsrahmen
  - Fokussierung der Aufmerksamkeit
  - Ratifizierung der Trance
  - Vertiefung der Trance
  
- Therapeutische Nutzung und Posthypnotische Suggestionen
- Reorientierung und Rücknahme von Trancephänomenen
- Nachgespräch

### **Induktionsformen:**

#### **1. Motorische Induktionen:**

- Armsenken
- Handlevitation
- Arme zueinander

#### **2. Visuelle Fixierung:**

- Fixierung eines Punktes

- Farbenkontrastmethode

### **3. Imaginative Induktionen:**

- Körpervorstellungen
- Verschiedene Wahrnehmungssysteme ansprechen

### **4. Beiläufige Tranceinduktionen:**

- Im Gespräch
- Konfusion

### **Induktion Arme zueinander:**

- Beide Arme leicht angewinkelt mit den Handflächen zueinander vor den Körper halten. Der Abstand zwischen den Händen sollte etwa 30-40 cm betragen. Dem Patienten diese Haltung mit geschlossenen Augen demonstrieren.
- Suggestion geben, dass die Hände sich aufeinander zubewegen, dabei die Unwillkürlichkeit der Bewegung betonen (ruckartig, wie von alleine, sie können beobachten wie die Hände zueinander finden, ohne bewusst etwas zu tun, etc.).
- Sprachbilder für den Vorgang finden (z.B. Magneten, Gummibänder, Energiekugel).
- Nach Berührung der Hände, Suggestion geben die Hände in den Schoß legen. Die Ermüdung der Arme für eine Entspannungsinduktion nutzen.
- Falls das Zusammenführen zu lange dauert oder der Patient Ermüdung zeigt, Hände ablegen lassen und die Ermüdung für eine Entspannungsinduktion nutzen.
- Induktion ist ein Item der HGSHS:A. 74 % der Pbn. können es ausführen (Bongartz, 1985).

### **Trancevertiefung:**

- Bei der Trancevertiefung geht es um eine Steigerung der Involviertheit in den Erlebensprozess.
- Durch Fragen vor der Hypnose eine Vertiefung implizieren: z.B. „Wie tief wollen Sie diesmal in Trance gehen?“
- Die Vertiefung an eine Reaktion koppeln die der Patient erlebt: „Mit jedem Atemzug können Sie tiefer gehen, ganz in Ihrem eigenen Rhythmus.“ „Je intensiver Sie die Schwere in Ihrem Körper/Arm wahrnehmen, desto tiefer können Sie in Trance gehen.“
- Wiederholungen wirken trancevertiefend: „Es stellt sich ein Wohlbefinden ein, sie fühlen sich immer wohler und wohler.“
- Die Stimme wird im Verlauf der Tranceinduktion tiefer, der Sprechrhythmus langsamer.
- Zählen: „Während ich von 1 bis 10 zähle können Sie tiefer und tiefer gehen.... Eins, den ersten Schritt haben Sie bereits gemacht....Zwei, tiefer und tiefer in Trance....“

- Metaphern (z.B. Treppe oder Fahrstuhl): Sie können Schritte eine Treppe hinab machen..., bei jeder Zahl, die ich zähle eine Stufe tiefer gehen..., um ganz bei sich anzukommen.
- Konfusion
- Fraktionierung der Trance: Der Patient wird zwischenzeitlich aus der Trance orientiert, worauf eine erneute Induktion folgt. Das Vorgehen kann je nach Bedarf mehrfach wiederholt werden.

### **Posthypnotische Suggestion (PHS):**

- PHS, ist eine Suggestion, die ihre Wirkung erst nach der Trance entfalten soll. Die Ausführung wird dabei meist an einen auslösenden Reiz gekoppelt: „Und wenn Sie nachher nach Hause kommen und den Schlüssel in das Schlüsselloch Ihrer Wohnungstür stecken,... wird wieder dieses Gefühl von Behaglichkeit und Wohlbefinden über Sie kommen.... Sie brauchen sich nicht erklären warum es so ist,... genießen Sie es einfach.... Vielleicht werden Sie überrascht sein, wie gut es Ihnen gelingt abzuschalten. ... Jedesmal wenn Sie Ihren Schlüssel ins Türschloss stecken, überkommt Sie dieses angenehme Gefühl..., als hörten Sie eine Stimme, die Ihnen sagt: „Du darfst jetzt abschalten.“
- In Hypnotisierbarkeitstests wird die PHS meist zum als letztes Item dargeboten und gleich nach der Reorientierung abgefragt. Es gilt als schwieriges Item und relativ wenige Pbn. können es nacherleben.
- Bisher gibt es wenig Forschung zur PHS obwohl sie in der Praxis breite Anwendung findet. Unklar ist auch wie lange sie vorhält. Es wird aber eher von kürzeren Zeiträumen berichtet (einige Stunden bis zu zwei Tagen).

Dohrenbusch (2003) formuliert folgende Regeln zur Anwendung der PHS:

- Je geringer der Abstand zwischen Suggestion und Realisierung, desto größer ist ihre Wirkung.
- Bei hoher Hypnotisierbarkeit ist die Ausführung des PHS wahrscheinlicher.
- Je einfacher und eindeutiger das angestrebte Zielverhalten ist, desto größer ist die Wirkung der PHS.
- Je kongruenter die PHS erfolgt, desto größer ist die Wirkung.

### **Reorientierung:**

- Räumliche und zeitliche Orientierung des Patienten, Rücknahme der induzierten Trancephänomene:

„Und wenn ich gleich von 10 auf 1 rückwärtszähle können Sie sich langsam wieder hier im Raum orientieren. Bei fünf können sie sich ein wenig bewegen bei zwei die Augen öffnen und bei eins ganz wach und frisch und ausgeruht sein. Ihr rechter Arm wird dann wieder ganz beweglich sein und sich völlig normal anfühlen. Das Gefühl von Entspannung und Gelassenheit können Sie mit in den restlichen Tag nehmen.“

- Beim Rückwärtszählen zunehmend lauter sprechen, die Stimmlage und den Sprechrhythmus erhöhen.
- Nach der Reorientierung den Patienten fragen, ob er wieder ganz „wach und da“ sei. Falls er angibt noch müde oder benommen zu sein, suggerieren, dass die restliche Müdigkeit gleich vergehen wird, wie nach dem Aufwachen aus einem erholsamen Mittagsschlaf. Geringe „Nachwirkungen“ sind in den ersten Minuten nach einer Trance nichts ungewöhnliches.

Die Reorientierung sollte möglichst direkt erfolgen.

#### **Nachbesprechung:**

- Wie hat der Patient die Hypnose erlebt?
- Was war hilfreich um in Trance zu gehen?
- Hat etwas gestört?
- Konnte er die Inhalte imaginativ nacherleben?
- Es empfiehlt sich manchmal nicht über konkrete Inhalte der Hypnosesitzung zu reden, wenn die Gefahr besteht, dass das rational-kritische Denken positive Erfahrungen in Trance gleich wieder entwertet.
- Wenn der Therapeut gleich nach der Reorientierung das Gesprächsthema von vor der Tranceinduktion aufgreift, wird eine posthypnotische Amnesie für die Tranceinhalte gefördert.

#### **Pacing-Leading:**

- Das Pacing-Leading Konzept (Pacing = Folgen, Leading = Führen) stellt eines der Grundprinzipien in der Interaktion zwischen Hypnotiseur und Hypnotisanden dar. Ziel ist es den Rapport zu optimieren.
- Pacing: Der Hypnotiseur folgt dem Erleben des Hypnotisanden indem er ihm dessen Erleben in Trance spiegelt. Leading: Der Hypnotiseur gibt das Erleben vor.
- Das Pacing erzeugt eine „Ja-Haltung“ beim Patienten, so dass er nachfolgende Suggestionen besser akzeptieren kann.
- Den Sprechrhythmus dem Atemrhythmus des Hypnotisanden anpassen, dann langsamer im Sprechrhythmus werden.
- Reaktionen des Hypnotisanden, z.B. Bewegungen während der Induktion aufgreifen und im Anschluss eine erwünschte Reaktion suggerieren: „Es ist in Ordnung zunächst Unruhe zu empfinden... und diese Unruhe kann sich an einer Stelle des Körpers sammeln,... während sich im Rest des Körpers Entspannung ausbreitet.“
- Revenstorf (2009a) beschreibt wie auch Kommunikationsstile und Charakterstrukturen von Patienten im Sinne des Pacing-Leading Konzepts genutzt werden können.

## 6. Trancesprache

- Die Hypnotherapie verwendet eine Sprache, die sich von unserer Alltagssprache unterscheidet. Ziel ist es beim Patienten ein „primärprozesshaftes Erleben“ zu erreichen, das sich durch Denken in Bildern und Vorstellungen auszeichnet, die von entsprechenden Emotionen und körperlichen Reaktionen begleitet sind.
- Nach Bongartz & Bongartz (2000) gibt es für die Trancesprache zwei Grundprinzipien:
  1. Werden Erlebnisinhalte vorgegeben sollte der Therapeut „Wahrnehmungssätze“ verwenden, körperliche Reaktionen ansprechen und möglichst einfache Sätze ohne Verneinungen bilden.
  2. Der Therapeut sollte offene bzw. indirekte Formulierungen verwenden und sich Zeit lassen.

### Wahrnehmungssätze:

- Um eine Erfahrung lebendiger zu gestalten empfiehlt es sich abstrakte, direkte Suggestionen in eine Vielzahl von wahrnehmbaren Ereignissen aufzulösen.
- Die direkte Suggestion „Sie befinden sich auf einer Bergwanderung“ wird in einzelne Erlebenseinheiten aufgelöst, die möglichst alle Sinneskanäle anspricht:
  1. Visuell: „Sie sehen das dunkle grün der Tannen und das hellere Grün der Wiesen.“
  2. Auditiv: „Sie lauschen dem Zwitschern der Vögel,... vielleicht rauscht auch in der Ferne ein Gebirgsbach?“
  3. Kinästhetisch: „Sie spüren die Sonne warm im Gesicht.“
  4. Olfaktorisch: „Sie riechen die frische Gebirgsluft.“
  5. Gustatorisch: „Und wenn Sie etwas Wasser aus der klaren Quelle trinken, können sie den reinen und köstlichen Geschmack genießen.“

### Ansprechen körperlicher Reaktionen:

- Die Wahrnehmungssätze sollten mit körperlichen und emotionalen Reaktionen verknüpft werden, was die emotionale Beteiligung des Patienten verstärkt.
  1. Visuell: „Sie sehen das dunkle grün der Tannen und das hellere Grün der Wiesen,... ein Anblick der zu innerer Ruhe und Gelassenheit führt.“
  2. Auditiv: „Sie lauschen dem Zwitschern der Vögel,... vielleicht rauscht auch in der Ferne ein Gebirgsbach?...Das Rauschen führt Sie tiefer und tiefer in Trance.“
  3. Kinästhetisch: „Sie spüren die Sonne warm im Gesicht,...was Ihnen hilft am ganzen Körper zu entspannen.“
  4. Olfaktorisch: „Sie riechen die frische Gebirgsluft,...eine Klarheit im Kopf.“

5. Gustatorisch: „Und wenn Sie etwas Wasser aus der klaren Quelle trinken, können sie den reinen und köstlichen Geschmack genießen... und das Wasser gibt Ihnen Kraft und Energie.“

#### **Einfache Sätze, keine Verneinungen:**

- Verneinungen führen dazu, dass der verneinte Sachverhalt immer erst vorgestellt werden muss: z.B. „Denken Sie jetzt bloß nicht an Ihren nächsten Zahnarztbesuch.“
- In Trance sollten einfache Sätze verwendet werden, die nicht verschachtelt sind. Desto eher kann der Patient Ihnen folgen und bleibt im Rapport (Eine Ausnahme stellt die Konfusionstechnik dar).
- **Negativbeispiel:** Sie bemerken auf dem Berggipfel, dass sie nicht mehr an den Ärger bei der Arbeit denken, der sie so frustriert hat, da ihr Chef so ungerecht zu Ihnen war, weshalb Sie sich nun frei und unbeschwert fühlen können, ohne den ganzen Stress, den Sie ständig mit sich herumtragen.
- **Richtig:** Sie bemerken auf dem Berggipfel, dass Sie alles weit hinter sich gelassen haben, was zu einem prickelnden Gefühl von Freiheit und Unbeschwertheit führen kann. Das Bergpanorama macht den Horizont weit, weshalb Sie sich auf eine entspannte Art und Weise vital und stark fühlen.

#### **Offene Suggestionen:**

- Der Patient wird zwar noch direkt angeredet, der Inhalt der Suggestion wird aber noch nicht als eingetreten formuliert, bzw. das Eintreten des Inhalts der Suggestionen wird zeitlich offen formuliert. Der Therapeut macht ein Angebot auf das der Patient eingehen kann aber nicht muss. Auch wenn der Suggestioneninhalt nicht erlebt wird, gilt die Suggestion nicht als gescheitert.
1. **Möglichkeiten einer Suggestion:** Anstelle einer direkten Suggestion („Sie spüren wie Ihr rechter Arm schwer wird“) wird ihr Zutreffen als möglich bezeichnet („Vielleicht spüren Sie wie Ihr rechter Arm schwer wird“). Verwendet werden v.a. Formulierungen, wie: vielleicht, möglicherweise, es könnte sein, dass....
  2. **Zeitliche Festlegung:** Der Zeitpunkt des Eintritts der Suggestion wird offengelassen. „Früher oder später werden Sie die Schwere in ihrem Arm spüren.“ „Ich weiß nicht wann Sie die beginnende Entspannung bemerken werden.“ „Bald werden Sie ein Gefühl innerer Ruhe entwickeln.“
  3. **Spezifikationen der Wahrnehmung werden weggelassen:** „Sie sehen den azurblauen Himmel, mit weißen, wattigen Wolken.“ vers. „Sie sehen die Farben des Himmels und die Form der Wolken.“
  4. **Berücksichtigung von Alternativen:** Verschiedene oder im Idealfall alle Erlebensmöglichkeiten werden vorgegeben. „Ich weiß nicht ob eher der linke oder der rechte Arm das Gefühl von Schwere entwickelt. Vielleicht tun es auch beide Arme.“

### **Zeit lassen:**

Es empfiehlt sich dem Patienten zum Erfahren der Suggestionen Inhalte Zeit zu lassen und ihn nicht von einem Erleben zum anderen zu hetzen. Suggestionen sollten vom Patienten in Bedeutungsinhalte übersetzt werden und das braucht Zeit. Zudem kann der Therapeut in Pausen den nächsten Schritt der Intervention planen und überdenken. Folgende Möglichkeiten gibt es:

- Pausen
- Wiederholungen

### **Pausen:**

- Pausen können wenige Sekunden oder mehrere Minuten dauern. Sie werden vom Patienten fast nie als störend empfunden.
- Längere Pausen sollten aber erst im späteren Verlauf einer Trance erfolgen, wenn der Patient einen entspannten Eindruck macht und tief in das Trancegeschehen involviert ist.
- Längere Pausen (2-3 Minuten) sollten angekündigte werden:

„Ich möchte Sie jetzt eine Weile dieses Gefühl des Losgelöstseins auf dem Berggipfel genießen lassen....Wenn ich jetzt eine Weile lang nichts sage... können Sie Ihre angenehmen Empfindungen noch vertiefen,... ganz in Ihrem eigenen Rhythmus.“

### **Wiederholungen:**

- Wiederholungen sind ein wesentliches Stilmittel in rituellen Texten, die auch zur Tranceinduktion verwendet wurden (für Bsp. s. Bongartz & Bongartz, 2000).
- Wiederholungen können trancevertiefend wirken.
- Es gibt wörtliche Wiederholungen: „Sie nehmen die Weite des Horizontes wahr,... einfach die Weite des Horizontes,...einfach die Weite wahrnehmen.“

Thematische Wiederholungen, die den suggerierten Inhalt variieren: „Sie nehmen die Weite des Horizontes wahr,...lassen den Blick über das Bergpanorama schweifen,...atmen diese Weite geradezu in sich auf... und vielleicht überträgt sich diese Weite auch auf Ihren Brustkorb....oder Ihren Geist,..den Sie ebenso in die Weite schweifen lassen können....und vielleicht haben Sie schon einmal die Erfahrung gemacht,... dass der Horizont keine feste Grenze ist,...dass er sich verschiebt, wenn sie sich auf ihn zu bewegen,...diese endlose Weite.

## **7. D2: Zukunfts- und Zielprojektion**

1. Positiven Zielzustand definieren: z.B. Feiern nach der Prüfung
2. Induktion eines Trancezustandes
3. Vertiefung der Trance

#### 4. Therapeutische Nutzung: Zukunfts- und Zielprojektion:

- Den Patienten in den zuvor definierten positiv erlebten Zielzustand führen
- Imaginative Ausgestaltung des Zielzustandes in möglichst vielen Sinnessystemen (visuell, akustisch, kinästhetisch, olfaktorisch, gustatorisch)
- Schrittweises zurückgehen in der Zeit bis zur gegenwärtigen Sitzung
- Mehrfach die Nutzung des Ressourcenankers ansprechen

#### 5. Posthypnotische Suggestionen (Verknüpfen der erfolgreichen Zielprogression mit Situationen im Alltag)

#### 6. Reorientierung und Rücknahme von Trancephänomenen

#### 7. Nachgespräch



#### 8. Kontraindikationen für eine Behandlung mit Hypnose (Peter & Revenstorf, 2009)

- Sekundärer Krankheitsgewinn: z.B. Beziehen von Rente oder Entschädigungszahlungen.
- Psychosen: Generell ist es auch möglich mit psychotischen Patienten zu arbeiten, wenn nicht gerade eine akute Phase vorliegt. Es sollte jedoch eher mit assoziativen,

strukturbildenden als mit dissoziativen, die subjektive Wirklichkeit ausgesprochen destabilisierenden Techniken gearbeitet werden.

- **Borderline:** Bei struktureller Instabilität (Ich-Grenzen) auf Hypnose verzichten. Nähe-Distanz Konflikt beachten, nur bei geklärt und stabiler therapeutischer Beziehung sollte Hypnose zur Anwendung kommen.
- **Histrionische Persönlichkeitsstörung:** In der Regel liegt eine gute Hypnotisierbarkeit vor. Problem: Mit Hypnose eine Bühne für dramatisches Ausagieren schaffen.
- **Passiv-rezeptive Grundhaltung:** Herrscht die Erwartung vor: „Ich werde in eine tiefe Trance versetzt, Veränderungen stellen sich dann von alleine ein, ohne dass ich aktiv werden muss“ sollte Hypnose nur dann angewendet werden, wenn die Erwartung modifiziert werden kann.
- **Wahrheitsfindung:** Erinnerungen in Hypnose können der „historischen Wahrheit“ durchaus entsprechen. Jedoch: Suggestionen zu Hypermnesie führen zu vermehrten Konfabulationen. Im Prinzip heißt das: Man erinnert in Hypnose mehr, aber nicht alle erinnerten Inhalte sind richtig. Hypermnesie unter Hypnose ist deshalb vor Gericht nicht zugelassen.
- **Geringe Hypnotisierbarkeit:** Ca. 10% der Bevölkerung gelten als nicht hypnotisierbar.
- **Persönliche Grenzen des Therapeuten:** Omnipotenz, Burnout, Ängste, Trance als „heilige Kuh“.

## **9. Selbsthypnose**

Milton H. Erickson, einer der bekanntesten Hypnotherapeuten hat regelmäßig Selbsthypnose durchgeführt um seine Schmerzen, die er aufgrund einer Polioerkrankung hatte zu kontrollieren. Mit zunehmendem Alter wendete er Selbsthypnose oft mehrmals täglich an.

Gründe für eine Unterrichtung des Patienten in Selbsthypnose:

- Posthypnotische Suggestionen wirken meist nur über einen begrenzten Zeitraum.
- Potenzierung des Therapieerfolges.
- Förderung von Selbstwirksamkeit beim Patienten.

Die Therapie wird ökonomischer (oft ein Argument bei Patienten, die selbst für die Therapie aufkommen).

### **Besonderheiten der Selbsthypnose:**

- Jede Suggestion wird letztendlich über Autosuggestion realisiert. Auch eine Fremdsuggestion muss erst einmal durch den Hypnotisanden imaginiert werden bevor sie wirkt.
- Die Trance in Selbsthypnose wird oft flacher als in der Fremdhypnose erlebt. Das liegt daran, dass die Aufmerksamkeit den Prozess zielgerichtet steuert und nicht ganz in den Hintergrund treten kann.

- Einen Übergang von der Fremdhypnose in der Praxis und der Selbsthypnose zu Hause stellt die Verwendung von Tonträgern dar. Der Therapeut hat die Möglichkeit Standardtexte auf Tonträger aufzunehmen und mit Musik zu unterlegen, was oft trancefördernd erlebt wird. Er kann aber auch die Therapiesitzungen live mitschneiden und dem Patienten zur häuslichen Übung mitgeben.

### **Durchführung der Selbsthypnose:**

- Die ersten Übungen können in der Praxis des Therapeuten erfolgen, wobei der Patient in einem ersten Schritt die Induktion und Vertiefung in Selbsthypnose durchführt, während der Therapeut die Intervention in Fremdhypnose anleitet. In einem zweiten Schritt führt der Patient die Intervention alleine durch, auftretende Probleme können besprochen werden.
- Der Therapeut sollte die Durchführung von Selbsthypnose mit posthypnotischen Suggestionen bahnen.
- Selbsthypnose sollte zudem explizit als Hausaufgabe aufgegeben und deren regelmäßige Durchführung in den Sitzungen auch erfragt werden. Unzureichende Compliance hinsichtlich einer regelmäßigen Durchführung sollte hinterfragt werden.
- Im Prinzip können alle Induktionstechniken der Fremdhypnose auch in Selbsthypnose angewendet werden (z.B. Fixierungsmethode, Arme zueinander). Von Vorteil ist, wenn der Patient mehrere Möglichkeiten kennengelernt hat, so dass er sich diejenige Technik aussuchen kann, die ihm am meisten entspricht.
- Vor Durchführung der Selbsthypnose sollte der Patient innerlich ein Ziel und einen Weg formulieren (z.B. Entspannung und Gelassenheit durch Aufsuchen eines Ruheortes oder Schmerzunempfindlichkeit in der Hüfte durch Focusing).
- Zudem sollte sich der Patient eine Zeitvorgabe machen (z.B. 15 Minuten). Meist sorgt dann das Unbewusste für eine Reorientierung zur rechten Zeit.
- Die Selbsthypnose sollte zunächst an einem ungestörten Ort stattfinden, dass der Prozess in Ruhe durchlaufen werden kann. Störungsquellen (z.B. Telefon) sollten wenn möglich ausgeschaltet werden. Mit zunehmender Übung kann Selbsthypnose dann auch an öffentlichen Orten (z.B. Zug, Flugzeug, Wartezimmer) durchgeführt werden.

## **10. Literatur zur Vertiefung**

### **Grundlagen:**

- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.

### **Vertiefung der Grundlagen, Klinische Anwendung:**

- Revenstorf, D. & Peter B. (Hg) (2009). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer.

### **Allgemein:**

- Jay Haley (1978). Die Psychotherapie Milton H. Ericksons. München: Pfeiffer.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. & Rossi, S.L. (1994). Hypnose: Induktion, therapeutische Anwendung, Beispiele. München: Pfeiffer.

### **Prüfungsangst:**

- Kossak, H.C. (2008). Lernen leicht gemacht: Gut vorbereitet und ohne Prüfungsangst zum Erfolg. Heidelberg: Auer.

### **Selbsthypnose:**

- Revenstorf, D. & Zeyer, R. (1998). Hypnose lernen. Heidelberg: Auer.
- Alman, B.M. & Lambrou, P.T. (1995). Selbsthypnose. Heidelberg: Auer.

### **Literatur:**

Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.

Boutin, G.E. & Tossi, D.J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.

Dohrenbusch, R. (2003). Posthypnotische Suggestion. In: Revenstorf, D. (Hg). *Hypnotherapie: Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens*.

Halsband, U. (2009). Neurobiologie der Hypnose. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg).

*Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Hodapp, V., Laux, L. & Spielberger, C.D. (1982). Theorie und Messung der emotionalen und kognitiven Komponente der Prüfungsangst. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 3, 169-184.

Krause, C. (2009). Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Krause, C. & Revenstorf, D. (1997). Ausformung therapeutischer Metaphern. *Hypnose und Kognition*, 14, 83-104.

Krause, C & Revenstorf, D. (1998). Wirkung indirekter Hypnosetechniken auf Symptome der Prüfungsangst. Eine Audiokassettenstudie. *Hypnose und Kognition*, 15, 129-144.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, S.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz Test.

Mandl, H. & Friedrich, H.F. (2006). *Handbuch Lernstrategien*. Göttingen: Hogrefe.

Peter, B. & Revenstorf, D. (2009). Kontraindikationen, Bühnenshypnose und Willenlosigkeit. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Revenstorf, D (2009). Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In: Revenstorf & B. Peter (Hg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

Mandl, H. & Friedrich, H.F. (2006). *Handbuch Lernstrategien*. Göttingen: Hogrefe.

Peter, B. & Revenstorf, D. (2009). Kontraindikationen, Bühnenshypnose und Willenlosigkeit. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis*. Heidelberg: Springer.

- Revenstorf, D (2009). Nutzung der Beziehung in der Hypnotherapie. In: Revenstorf & B. Peter (Hg). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin: Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. & Zeyer, R. (1993). Hypnotherapeutische Kurzbehandlung von Prüfungsangst. Forschungsbericht, Ministerium für Wissenschaft und Forschung: Baden-Württemberg.
- Sapp, M. (1991). Hypnotherapy and test anxiety: Two cognitive-behavioral constructs. The effects of hypnosis in reducing test anxiety and improving academic achievement in college students. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 12, 25-31.
- Schuster, M. & Dumpert, H.D. (2007). *Besser lernen*. Heidelberg: Springer.
- Spies, G. (1979). Desensitization of Test Anxiety: Hypnosis compared with Biofeedback. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 108-111.
- Wild, K.-P. (2000). *Lernstrategien im Studium*. Münster: Waxmann.
- Wilson, S.C. (1976). An experimental investigation evaluating a Creative Imagination Scale and its relationship to „hypnotic-like“ experiences. Unveröfftl. Diss. Heed University. Hollywood Florida.
- Wilson, S.C. & Barber, T.X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 235-249.