

# „Funktionelle Entspannung und Klinische Hypnose“ – Jürgen Abresch

Obwohl diese beiden Verfahren, so glaube ich, mit sehr unterschiedlichen therapiebezogenen Vorstellungen verknüpft werden, weist das, was in den Behandlungen geschehen kann, eine Reihe sehr ähnlicher Erlebnis- und Erfahrungsmöglichkeiten auf. „Die Funktionelle Entspannung (FE) orientiert sich zentral an der verkörperten Selbstwahrnehmung, an deren emotional erlebter Bedeutung und an der sprachlichen Integration leiblicher Erfahrung in das Selbsterleben. Dabei ist die Methode haltgebend-stabilisierend, ressourcenorientiert und zur Verbesserung der Selbstregulation einsetzbar.“

So korrekt diese Zusammenfassung für die FE ist, so unterschiedlich ist nach meiner Erfahrung aus 25 Jahren FE jedoch auch die Umsetzung durch die einzelnen TherapeutInnen. Ich selbst habe kaum sich deckende Variationen erlebt und selten solche, die den beiden Lehrbüchern von Marianne Fuchs (1989) oder Rosa und Rosa-Wolf (1976) nahe gekommen wären. Ähnliches trifft vermutlich ebenfalls auf die Klinische Hypnose (KH) als Verfahren zu. Ich orientiere mich in meinen weiteren Ausführungen v.a. an Walter Bongartz (2000), bei dem ich die Hypnoseausbildung genossen habe, sowie an dem sehr interessanten Buch von Gary Bruno Schmid (2010) über die Heilkraft der Imagination.

Ohne hier näher auf Modelle des Zusammenspiels, der Verwicklungen oder des Ineinanderfallens von Körper-Seele-Geist bzw. des Bio-Psycho-Sozial-Seins oder ähnliches eingehen zu wollen, das habe ich an anderen Stellen (z.B.1998) ja schon getan, muss doch erwähnt werden, dass es sich bei den beiden hier in Beziehung zu setzenden Verfahren weder um eine Art von „mindfucking“ noch um eine Art von „dumpfer Handlungsverstärkung“ oder „Übung“ handelt; vielmehr um Versuche, „negativ“ emotional bedeutsame und dadurch v.a. auch leibfixierte lebensgeschichtliche Erfahrungen aus eben diesen immer auf mehreren Ebenen bestehenden Fixierungen heraus lösen zu wollen. „Positive“ Erlebismöglichkeiten in der Behandlungsstunde sowie deren Integration in die eigene bewusste wie unbewusste Selbstregulationskompetenz sind die Ziele.

Da es sich um ein handout zu einem workshop auf einer FE-Tagung handelt, ich „FE“ also als bekannt voraussetzen kann, bezieht sich der folgende Text überwiegend auf KH. Beide Verfahren setzen an letztlich v.a. leiblich erfahr- wie auch erforschbaren Ressourcen an und fördern im Rahmen einer durchaus erlebnisorientierten Therapie in hohem Maß die Möglichkeiten zu wohl-tuenden Selbstwirksamkeitserfahrungen.

## Keywords

### FE und Hypnose

Die meisten FElerInnen dürften mit dem auf den ersten Blick direktiven Stil der Klinischen Hypnose als „Suggestivverfahren“ Probleme haben. Unter Wahrnehmung der Persönlichkeit der Schulengründerin der FE selbst wie auch bei ehrlicher Bewertung der differenzierten und nur scheinbar nondirekten Form des FE-Talks, der ein doch sehr aktives und geplantes

„pacing“ (1) und „leading“ (2) pflegt, sind aus meiner Sicht diesbezüglich zwar Unterschiede jedoch keine Unvereinbarkeiten zu erkennen.

Es folgt ein **KH-Fallbeispiel**, welches **fett und kursiv** hervorgehobene Worte enthält, die in den Endnoten erläutert werden.

Ein 50-jähriger und deutlich narzisstisch strukturierter Patient mit hypochondrischen und somatisierenden Neigungen ist wegen Angstzuständen und depressiver Symptome seit ca. 10 Wochen krank geschrieben. Die Symptomatik speist sich aktuell aus Konflikten im Beruf (er halte reale sowie wohl eher eingebilddete Erniedrigungen v.a.durch die Fahrgäste nicht mehr aus), verschärft sich aber auch oft, wenn der Patient sich, egal wo, in der Öffentlichkeit aufhält. Er fühle sich dann so schlecht, als wenn alle Menschen, denen er begegne, sehen würden, wie es ihm gehe und dass er „der letzte Arsch“ sei. In seinen Job als Busfahrer zurückzukehren könne er sich nicht vorstellen, das schaffe er einfach nicht mehr.

Der Patient ist das jüngste von drei Geschwisterkindern, das mittlere, ein fünf Jahre älterer Bruder, sei seit dessen 18. Lj. wegen Angstzuständen und irgendwie schwer zu erfassender „Lebensuntüchtigkeit“ in psychiatrisch-stationären bzw. beschützenden Einrichtungen. Die Mutter wird als an ihm (und auch den anderen) desinteressiert beschrieben, der Vater als ihn sein Leben lang latent wie aktiv entwertend.

---

(1) „Pacing heißt zu deutsch „Schritt halten“, oder „ich begeben mich auf die Ebene des anderen, und begegne ihm da, wo er ist“. Schmid, S. 179

(2) „Leading heißt „leiten“ oder „führen“, hier im Sinne von „Helfen, den Weg zum erwünschten Ziel zu finden.“ Schmid, S. 180

Ziel der hypnotherapeutischen Sitzungen (es genügte zur Wiederaufnahme seiner Arbeit sowie zur emotionalen Stabilisierung, die bis heute über ein halbes Jahr hinweg weitgehend anhält, zwei Stunden) war eine Veränderung der emotionalen Reaktion auf heutige Trigger, welche aus den negativen emotionalen Erfahrungen aus der Vergangenheit gespeist wurden.

Vor der Tranceinduktion habe ich mit dem Patienten eine zentrale negative Situation an der Arbeit exploriert: was geschieht und wie fühlt er sich dabei, welches sind seine expliziten wie auch impliziten Gedanken und v.a., wo fühlt er sich körperlich „schlecht“. Neben der müden und eher zum Zusammenfallen neigenden Körperhaltung und der depressiven Mimik imponierten Druckempfindungen im Brust- und Bauchbereich bei kurzer und enger Atmung.

Auf die Frage, wie er sich denn alternativ gerne fühlen möchte und ob er sich an eine Situation erinnern könne, in der er sich selbstbewusst, lebendig und sicher gefühlt habe, fällt dem Patienten ein ca. 30 Jahre zurückliegendes Erlebnis ein: er hatte während seiner Bundeswehrzeit in den USA in einer wichtigen Prüfung sehr selbstbewusst auf der Richtigkeit einer prüfungszentralen Antwort bestanden, obwohl die Prüfer anderer Ansicht waren (und sich Tage danach bei ihm ob ihres Fehlers entschuldigt hatten). In diesen strahlend -selbstwertbestätigenden Erlebensmoment konnte er sich sehr gut zurück versetzen, sodass wir sie als Ressource für die Sitzung nutzen konnten.

Hypnose geschieht in Trance weshalb zur Einleitung der eigentlichen hypnotherapeutischen Phase meist eine Tranceinduktion stattfindet.

Der Patient wurde vorher von mir befragt, was er bisher unter Hypnose verstehe und dann von mir darüber aufgeklärt, welche Art von Trance von mir angezielt werde und dass er die ganze Zeit über orientiert, kontrollfähig und „er selbst“ sein werde, dass er letztlich nur mit von ihm selbst zuvor anvisierten Vorstellungen sowie den mit diesen zusammenhängenden emotionalen und körperlichen Erfahrungen in Verbindung gebracht werde.

Ich entschied mich für eine anfängliche Stärkeinduktion („Fäuste ballen“, Bongartz, S.169f), beginnend aus einer eher kurzen und FE-geführten boden-, haltungs- und atemrhythmusbezogenen Selbstwahrnehmungs- und veränderungsphase.

In der nun im engeren Sinn folgenden Hypnose schilderte ich dem Patienten ausführlich, in vielen Wiederholungen, auf alle seine Empfindungen, Gefühle und Überzeugungen eingehend und sie vielleicht auch hier und da etwas euphorisch überhöht darstellend, seine Erfahrung vor 30 Jahren. Dann leitete ich ihn, der noch von dem erlebten Triumph, dem gefühlten starken Selbstbewusstsein erfüllt und getragen war, in eine Reihe von möglichen zukünftigen Konfliktsituationen am Arbeitsplatz, die er mit diesem guten Gefühl selbst sowie meiner anhaltenden positiven Schilderung seines Zustandes imaginierte und sich darin neu erlebte, v.a. auch leiblich verortend.

In der Folgestunde führte ich nach der wiederholten Stärkeinduktion über die Fäuste den Patienten in eine reine Imagination / Phantasiereise an einen Meereshafen, dort an einen großen Felsbrocken am Rande der Kaimauer, der dort schon sozusagen ewig liegt und über die Jahrtausende Stürme, Sonne, Eis, kackende Möwen, Krebse, Muscheln, angeschwemmten Müll usw. erlebt hat und den das nicht weiter kümmert, weil er groß, fest, kraftvoll und widerständig ist und sich außerdem, wenn sein Selbst Ruhe haben will, ganz in sein Inneres, dort in eine gemütliche Höhle, zurückziehen kann. In dieser „Stellvertretertechnik“, mit den Eigenschaften des „Fels in der Brandung“ identifiziert, bauen sich leibliche Erfahrungsmöglichkeiten auf, die der Patient - man muss sie nicht ansprechen - in seine Position als Busfahrer mit den hineinströmenden Fahrgästen übertragen kann.

Wie anfangs berichtet, begab sich der Patient nach diesen beiden Sitzungen wieder in den Betrieb, fing die lästernden Bemerkungen der Kollegen („Frohes Neujahr“ - es war Ostern!) lächelnd ab, vereinbarte mit dem Chef ein Wiedereinstiegsgespräch, das er selbst überwiegend lenken konnte und reagierte nicht mehr gekränkt auf Missachtungen oder Unfreundlichkeiten seitens der Fahrgäste, deren Verhalten er zudem über eigene Freundlichkeit oft sehr zum Positiven zu beeinflussen in der Lage war. Bei vergleichsweise leichten Einbrüchen gelang es ihm im vergangenen halben Jahr immer wieder, sich durch Rückerinnerung bzw. Selbsthypnose erneut zu stabilisieren.

**In einer FE-Arbeit** hätte ich den Patienten wohl angeregt, sich im „Rühren und Spüren“ mehr von seinen Zuständen zu erfahren, um dabei in immer neuen Variationen in verschiedensten Körperbereichen Boden, Lösungen und Rhythmus finden zu können. Die Zusammenhänge von Bewegung, Gestik, Mimik, Emotionen, Worten, Bildern und biographischen Erinnerungen wären erforscht worden und z.B. im „Loslassen“, das deutlich mehr ist als „Entspannung“, körperscriptbezogen verändert worden.

Dies ist ja auch deswegen möglich, weil „wir unseren Körper, den wir erleben und fühlen, ständig in diesem Erleben und Fühlen erschaffen. Diese Leistung muss in der frühesten Kindheit erlernt und eingeübt werden. Das kann misslingen. Dann tritt an die Stelle des lebendigen Körpers sein Schatten, der nun das Leben und die Begegnung mit der Umwelt regiert.“ (Uexküll et al, 1985, S 9)

Und: „Psychosomatische Selbstregulation, wie wir sie hier darstellen, verläuft zweiphasisch und kann in dieser Vollständigkeit am Thema dieser (der 11.ten) Stunde verifiziert werden. Die erste Phase ist gekennzeichnet durch kleindimensionale sensomotorische Funktionsanbahnungen (Rühren und Spüren), womit sich im Verlauf vieles funktionell reguliert. Die

zweite Phase ist gekennzeichnet durch die Doppelläufigkeit der psychophysischen Korrelation in der erlernten Technik, denn die entbundene Funktionslust in der FE verändert das Gesamtverhalten und bildet neue Reaktionsmuster aus.“ (Rosa & Rosa-Wolff, S.97)

Während die FE das Selbstempfinden, dies deutlich „anleitend“, eher in seiner Selbstentwicklung begleitet und der Patient sich dabei fortwährend aktiv beobachtet und auch in vielfältiger Weise quasi selbstkontrolliert verändert, macht die KH letztlich aufgrund vorher dialogisch erarbeiteten Wissens über die biographischen und konflikt- bzw. symptombezogenen Hintergründe meist über Imagination eingeführte Selbsterlebensvorschläge, die u.U. mehr auf der unbewussten (3) (vergl. Dick, 2014) wie auf der bewussten Ebene aufgenommen und integriert werden. Tatsächlich stellt „die hypnotische Trance quasi einen Ich-losen Zustand dar, insofern die für den Selbstbezug zuständigen Hirnregionen, insbesondere der Preuncleus und bestimmte medial präfrontale Areale, deaktiviert werden.“ (Revenstorff, 2014, S.34 ff). Weiter wird an o.g. Stelle ausgeführt: „Als Indikator für den Zustand einer hypnotischen Trance werden Veränderungen im sogenannten Default-mode Netzwerk (DMN) angesehen“, die letztlich zu einer Deaktivierung des selbstreferen-

tiellen Denkens beitragen oder führen, also genau zur Ausschaltung oder Reduzierung des Teils des Wirksamkeitsweges der FE, der nicht auf Entspannung an sich sowie auf Variablen der Patient-Therapeut-Beziehung zurückzuführen ist.

Anders ausgedrückt: in der Trance werden die bewussten wie unbewussten Wächter des Selbstbildes (Bongartz), das ja verändert werden soll, umgangen oder eingeschlüfert oder zumindest entkräftet, sodass sich die gerade in der Trance erlebten Empfindungen und Konzepte in dieses Selbstbild einbauen können. Frühe kritische und emotional-negativ aufgeladene Erinnerungen werden nicht „übergangen“, sie können jedoch im Rahmen

eines Sicher- und Wohlfühlzustandes aufgesucht, in den Hintergrund geschoben oder positiv überlagert werden.

FE und KH lenken beide den inneren Aufmerksamkeitsscheinwerfer des meist entspannten und sich ruhig-wohlfühlenden Patienten, jedoch mit unterschiedlichen Strategien und daraus resultierend auch voneinander unterschiedenen leiblichen Effekten, die direkt auf die jeweilige Methode rückführbar sind.

Besonders bedeutsam scheint mir bei dieser methodischen Unterscheidung in den Vorgehensmodi zu beobachten zu sein, die die FE als „Dialog“ und die KH als „Fraktionierung“ beschreibt.

---

(3) „In der Hypnoseliteratur wird immer wieder beteuert, dass für die Wirkungen einer Hypnose das Unbewusste letztendlich verantwortlich sei. Das ist eine Behauptung, die durch ungezählte empirische Befunde der Gedächtnispsychologie und der Neurowissenschaften widerlegt ist. Gedächtnisinhalte sind nicht exhaustiv in Bezug auf bewusste (explizite) und unbewusste (implizite) Anteile. Sie wirken vielmehr gemeinsam, zusammen.“ (Scholz, S.33)

Franz Dick beschreibt in einem leicht launigen Vortrag die Eigenschaften bewusst und unbewusst letztlich als Prozessmerkmale der verarbeiteten Inhalte (z.B. S. 24).

Da sich die FE insbesondere, aber auch die KH, um ganzheitliche, also leibbezogene, Selbsterlebensveränderungen bemüht, wird es natürlich oft auch um eine Einflussnahme auf die impliziten, nicht deklarativen leiblichen Gedächtnisinhalte („Körpergedächtnis“) gehen. Diejenigen, wegen denen man krank wird oder zu Therapien geht, stammen ja häufigst aus den ersten Lebensjahren (Embryonalzeit inbegriffen) und sind somit vorsprachlich, vorbewusst bzw. unbewusst. Unsere emotionale Basis, der Grundstock unseres Selbstempfindens und -erlebens ist die des kleinen Kindes. Im banalsten Fall z.B. tritt die Panik vor einer Spinne nur auf, weil das z.B. einjährige Kind die Mimik und Gestik und Atmosphäre eines spinnenphobischen Elternteils beobachtet und wie vieles andere einfach leib-seelisch übernommen hat - ohne dies zu „wissen“ oder gar zu reflektieren.

In der KH können Patient und Therapeut den möglicherweise verloren gegangenen oder andersartig problematisch gewordenen Zusammenhang ihres Rappports wieder synchronisieren, - in einer kurzen Nachfrage, Antwort oder Mitteilung. Die Trance, d.h. z.B. die Imaginationstätigkeit des Gehirns oder das Mitgenommen-Sein durch die von einer Musik ausgelösten Atmosphäre, wird nur kurz (und sowieso eher sehr selten) unterbrochen (fraktioniert).

In der als Einzelbehandlung durchgeführten FE besteht in der Regel ein ständiger Dialog zwischen Patient und Therapeut, der Therapeut begleitet den Patienten in seinem Selbsterlebensprozess, der über die therapeutischen Anregungen auch im Ebenenwechsel v.a. ein Such- und Findprozess ist.

Unter hirnelektrischem Gesichtspunkt entsteht im FE-Prozess sicher vermehrt Alpha (Frequenzbereich 8-13, entspricht entspanntem Wachzustand bei geschlossenen Augen) sowie eine Steigerung im SMR - Spektrum (SMR 10-14, vermutlich verbesserter sensorischer Input sowie verbesserte sensorisch-kognitive Integration) bzw. noch weiter hoch im Lo-Betabereich (etwa 14-18, aufmerksam, lernfähig) (vergl. auch: Strehl et al, S. 213).

Für die KH dagegen ist eine Steigerung im Alpha-Bereich nicht durchgängig nachgewiesen, jedoch eine Zunahme der

Theta-Aktivität. Hierbei handelt es sich um recht langsame Wellen mit einer Frequenz von 4-7, die bei tiefer Entspannung sowie beim „Tagträumen“ auftreten und auch als „ADS-Döswelle“ bekannt sind. Die Theta-Aktivität steigt dabei insbesondere bei tiefer Hypnose hochsignifikant an (nicht jedoch bei Meditation) (vergl. Auch: Halsband, S. 805).

Beim Neurofeedbacktraining kann z.B. ein „Alpha-Theta-Crossover“ trainiert werden. „Die Überlegung, die hinter dem Alpha-Theta-Crossover steht, besagt: je mehr sich die Alpha- und die Theta-Wellen in ihrer Amplitude angleichen, bis dann Theta überwiegt, desto tiefer kann der Patient in einen hypagogen Zustand kommen. Wenn man sich in diesem Grenzbereich zwischen Alpha und Theta bewegt, tauchen innere Bilder auf, mit denen man sich in einem geschützten Rahmen auseinandersetzen kann. Man kann diesen Zustand auch auf andere Weise erreichen, z.B. durch Hypnose oder Traumreisen.“ (Haus et al, S.48).

Auf diesem Hintergrund denke ich mir, dass ein größerer Anteil an Vorstellungskraft, an Imagination und Bild-Erleben/Bilder-Leben in der FE (vergl. z.B. Fuchs (4), 1989 S. 78) deren Heilungskraft noch verstärken würde, u.a. weil sich der „innere Arbeitsschwerpunkt“ dann weniger als üblicherweise im reflektierenden Bewusst-

sein finden ließe. Phasenweise weniger Fraktionierung und mehr intuitive sprachliche Begleitung könnte ein Alpha-Theta-Crossover ermöglichen und das Unbewusste (= 99.99% unserer Hirnaktivität, unseres Empfindens, Fühlens und Denkens) wäre vermehrt aktiviert, könnte „sich selbst“ vielleicht noch besser reorganisieren. Für die KH könnte FE-Körper- und Leibwissen vermutlich zu dem Körper- bzw. Leiberleben näher stehenden Tranceinduktionen verhelfen und eventuell auch für eine intensiveren Ressourcenausschöpfung nützlich sein.

Verfahrenstechnisch wäre jedoch dringend darauf zu achten, dass die beiden unterschiedlich tätigen Wirkfaktoren von FE und KH nicht gleichzeitig sondern nur aneinander angebunden angeboten werden, da sie sich sonst gegenseitig behindern dürften, sich nicht wirklich in ihren Möglichkeiten entfalten können.

Abschließend muss festgehalten werden, dass das Rad nicht ständig neu erfunden werden muss. Alles war schon einmal da – eigentlich wird seit 100 bis 150 Jahren nur neu gemischt und ausdifferenziert. „There is no end of integration“ (Fritz Perls)

## Ressource

Ressource kann im Rahmen der Klinischen Hypnose eine frühere gute Erfahrung, ein früheres positives Erlebnis sein, das in seiner vitalen Evidenz im Rahmen der Trance möglichst ganzheitlich wiedererlebbar wird und so dem Patienten die Erfahrung von z.B. Vitalitäts-, Stärke- und Kraftgefühlen, von Stabilität, Freude, Sicherheit, Geborgenheit, Gelassenheit u.v.m. ermöglicht. Dabei kann es sich um eine Reaktivierung real früher erlebter und irgendwo abgespeicherter (nur „vergessenen“)

---

(4) „Eine feste, verspannte Bauchdecke kann wie ein „See“ erlebt werden. Seine „gefrorene Oberfläche“ wird im „Aus“ unter der eigenen berührenden Hand „aufgeweicht“. Um gleichsam in die Tiefe des Sees vordringen zu können: „Ein Stein fällt in den See. Wie lange? Wie tief? Wo kommt er an ....Das mit dem fallenden Stein Sichtvortasten in die Tiefe ist eine wirksame Hilfe bei spastischer Obstipation“



leiblicher Erfahrungen handeln. Wenn diese nicht erinnerbar sein sollten, können aber auch situativ durch Entspannung oder direkte Suggestion gerade „hergestellte“ positiv erlebte Seinszustände genutzt werden.

Die Ressource muss sich leiblich „gut“ anfühlen können und sollte psychisch zentral in das zu bearbeitende Problemfeld passen, muss dies aber nicht, denn es ist z.B. durchaus möglich, die Angst vor einer Autofahrt durch das reaktivierte Freudegefühl beim Backen eines Kuchens quasi „auszutauschen“. Die erlebte bzw. wiedererlebte leiblich positive Erfahrung wird in der Trance auch leiblich in dem Bereich der symptomatischen Missempfindung sozusagen verortet und überlagert, verdrängt oder ersetzt diese ohne von ihr noch weiteres Aufsehen zu machen.

Der sozusagen ganzheitliche Kontakt mit der Ressource ist in der Klinischen Hypnose das eigentliche Agens der Behandlung. Die Ressource dient dabei nicht (wie in anderen ressourcen-nutzenden Verfahren wie z.B. dem EMDR) der Erholung, Stabilisierung oder dem Ausklingen nach oder während einer intensiven Konflikt- bzw. Traumakonfrontation, vielmehr wird ihr emotionaler oder sonst wie bedeutsamer Inhalt direkter in tiefere Ebenen der Selbstrepräsentanzen aufgenommen. Traumakonfrontation oder Angstexposition im therapeutischen Prozess findet so gut wie nicht statt. Es gibt keine innere oder äußere Expositionsbehandlung.

Die Ressource muss leiblich/körperlich deutlich gefühlt worden sein. Sie muss psychisch zentral in die anzustoßende Selbstentwicklung passen, sie muss gefunden, geübt, gespeichert und im Alltag eingesetzt werden. Bei psychosomatischen Symptomen (Reizdarm, Colitis, Neurodermitis, Psoriasis etc) zur Erreichung einer dauerhaften „Heilung“ muss sie wie ein Medikament täglich über mehrere Monate angewandt werden und dies auch dann, wenn ein Abklingen der Symptomatik vielleicht sogar schon nach der ersten Stunde zu beobachten ist.

## Hypnose

„Hypnose ist kein einzigartiger Bewußtseinszustand, sondern eine von vielen Methoden, mit denen eine Trance erzeugt werden kann. Hypno-  
setherapie unterscheidet sich von anderen Therapien durch die Art der  
therapeutischen Nutzung der Trance.“ (Bongartz, S. 27) „Hypnose bein-  
hält eine patientenbezogene Kommunikationsform auf verbaler und  
nonverbaler Ebene, um auf optimale Art im Rahmen einer bestimmten  
Erwartungshaltung mit Hilfe einer Reihe von suggerierten Situationen  
und Umständen einen Zustand der Trance einzuleiten, zu vertiefen und  
für ein Ziel einzusetzen.“

(Schmid, S. 175)

Dabei ist „...jede Heterohypnose „ „gleichzeitig eine Autohypnose“  
bzw. „Der Prozeß der Hypnose findet ... auf dem Weg der Autosuggesti-  
on statt“. (Stokvis und Langen nach Bongartz, S.27)

## Trance

„Mit „Trance“ bezeichnen wir den Bewusstseinszustand, der sich durch  
... subjektive ... Veränderungen auszeichnet (wie) Einengung der  
Aufmerksamkeit, Veränderung der Körperwahrnehmung, Trancelo-  
gik, intensivere Vorstellungsaktivität, veränderte Zeitwahrnehmung,  
Zunahme von Suggestibilität, Erleichterung dissoziativen Erlebens, Nähe  
zu Gefühlen ... und der von ... physiologischen Prozessen begleitet ist,

die im wesentlichen auf eine Dämpfung des sympathischen Erregungsni-  
veaus zurückgehen.“ (Bongartz S. 37)

Trance ist dabei ein Alltagsphänomen, das sowohl Momente des „Ab-  
schaltens“ focussiert (wie bei längeren Autobahnfahrten, monotonen  
Arbeiten oder langweiligen Vorträgen) als auch solche z.B. des „Be-  
sessenseins“ (wie bei bestimmten Tänzen, Ritualen, Formen religiöser  
Verzückung, sportlicher Zielerreichungsfixiertheit ...).

Die Fähigkeit zur tiefen Tranceerfahrung und Suggestibilität scheint  
normalverteilt zu sein, wobei auch Personen mit geringer Ausprägung  
dieser Fähigkeit von Hypnose zu profitieren vermögen. Eine erfolgreiche  
Hypnose hängt offenbar nicht nur von der Tiefe der Trance ab, sondern  
wird v.a. auch von dem positiven Rapport zwischen Behandler und Pati-  
ent ermöglicht.

Das hauptsächlich wirksame Agens in der üblicherweise praktizierten  
Trance dürfte dabei die Kraft der Imagination, die Vorstellungskraft  
selbst sein, die, wie Gary Bruno Schmid sehr ausführlich darlegt, einen  
eigenständigen mentalen Prozess in intensiver Verknüpfung mit neu-  
ronalen, hormonellen, immunologischen und anderen physiologischen  
Prozessen bildet.

Daneben (und auch kombinierbar) entsteht Trance natürlich (und dies  
seit Anbeginn der menschlichen Geschichte) im Rahmen von Musik- und  
Klangerfahrungen (vergl. auch Oehlmann) sowie in der „alten Hypnose“  
(Messmerismus etc.) durch Aspekte der Beziehungsgestaltung zwischen  
Hypnotiseur und Hypnotisiertem. Sich in einer Trance zu befinden  
beinhaltet keineswegs ein Abgetauchtsein in „das Unbewusste“. Es  
können bewusste wie unbewusste Inhalte gleichzeitig oder abwechselnd  
angesprochen sein.

## Entspannung

Unter Hypnose findet zwar meist wie bei der Entspannung eine sympathische Deaktivierung sowie eine parasympathische Aktivierung statt, dies muss aber nicht der Fall sein, da je nach Inhalt der Suggestion durchaus auch hohe Erregungszustände entstehen können. Hypnose- und Entspannungs-EEG scheinen sich in der Regel deutlich in der Thetaaktivität zu unterscheiden: mehr Theta in Trance, mehr Alpha (Entspannungswelle) in Entspannung.

Werden in Entspannungsbehandlungen Phantasiereisen, Bilderimaginationen oder ähnliches eingebaut, könnten eigentliche Trancezustände generiert werden. Diese werden aber in der Regel nicht als solche bezeichnet und treten vielleicht auch gar nicht im erforderlichen Ausmaß auf, weil die ständigen Fraktionierungen (z.B. im Katathymen Bilderleben) kaum zu einer Thetaerhöhung beitragen dürften.

## Tranceinduktion

Im Rahmen der Tranceinduktion lässt sich der Patient auf das Geführtwerden durch den Therapeuten im Rahmen der zuvor getroffenen Absprachen und Vorhaben ein. Dabei kann der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten z.B. auf körperliche Wahrnehmungsmöglichkeiten (Atmung, Gewicht, Wärme, Bewegung) lenken und so zum einen einfühlsam oder suggestiv, direkt oder indirekt sowohl den inneren Aufmerksamkeitsscheinwerfer des Patienten einschränken und zentrieren wie auch die Steuerung des Lichtkegels (was wird angeschaut und wie lange) übernehmen.

Es ist vermutlich günstig, eine Induktionsweise zu nutzen, die mit dem zu bearbeitenden Problem inhaltlich korrespondiert, sodass das leiblich-imaginative System schon positiv und sich kraftvoll-wohlführend auf die eigentliche Hypnose eingestellt ist. Varianten der Tranceinduktion können z.B. bei Bongartz ab Seite 149 nachgelesen werden.

### Stellvertretertechnik

„Um dem Patienten Gefühle und Erfahrungen zu vermitteln, die er nicht zulassen kann (z.B. verdrängte Trauer, die psychosomatische Probleme verursacht) bzw. zu denen er kein Zugang findet (z.B. Gefühle von Selbstvertrauen und Souveränität, die fehlen, um sich selbstsicher verhalten und behaupten zu können) kann die Therapeutin dem Patienten in Trance einen Stellvertreter anbieten, der die Erfahrungen macht, die dem Patienten fehlen. Dadurch, dass der Patient diese Szenen in Trance miterlebt, bekommt er dann Zugang zu diesen Gefühlen.“ (Bongartz S.193) Mit der Stellvertretertechnik wird letztlich wie in der in der KH häufig praktizierten Art der „indirekten Kommunikation der „Aufmerksamkeitsscheinwerfer“ vom Eigentlichen weggeführt, wodurch die beiläufig eingestreuten Anregungen an den Wächtern des Selbstbildes vorbei kommen“ können. (Bongartz, Mitteilung)

### Literaturhinweise:

Abresch, Jürgen

Über das Berührtsein - Annäherungen an einen psychosomatischen Erlebensweg des Heiler-Werdens

In: A.F.E. Intern - Mitteilungsblatt der Arbeitsgemeinschaft für Funktionelle Entspannung  
Heft 26 Erlangen 1998 Erlangen

Bongartz, Walter & Bongartz, Bärbel

Hypnosetherapie

Göttingen Hogrefe Verlag 2000

Dick, Franz

Das Unbewusste: Seine Geschichte, seine Aktualität in den Kognitiven Neurowissenschaften  
Vortrag in Andernach am 5.7.2014 über google)

Fuchs, Marianne

Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung  
über den rhythmisierten Atem.

Stuttgart Hippokrates Verlag 1989

Halsband, Ulrike

Neurobiologie der Hypnose.

In : Revensdorf, D. & Burkhard, P. : Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin.  
Heidelberg Springer Medizin Verlag 2009

Oehlmann, Johannes

Musik und Trance. Eine Einführung in die Verwendung von Musik und  
Klanginstrumenten in der Hypnosepraxis.

Aufsatz von 1997 (über google zu finden)

Rosa, K.R. & Rosa-Wolff L.

Psychosomatische Selbstregulation. Grundlagen und Technik der  
Funktionellen Entspannung.

Hippokrates Verlag Stuttgart 1976

Revenstorf, Dirk  
Wie heilt Hypnose. Veränderung im Ichlosen Zustand.  
Suggestionen Coesfeld (Zeitschrift der DGH) 2014

Schmid, Gary Bruno  
Selbstheilung durch Vorstellungskraft  
Wien New York Springer Verlag 2010

Schneider, Edith & Krombholz, Andreas  
Frequenzbandtraining  
In: Haus, K.-M. et al.: Praxisbuch Biofeedback und Neurofeedback.  
Berlin-Heidelberg Springer Verlag 2013

Scholz, O. Berndt  
Das Unbewusste und die Posthypnose-Aufgabe (PHA)  
in: Hypnose - Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, Band 9 (1+2),  
Oktober 2014 , S.31-43  
MEG-Stiftung München 2014

Strehl, Ute; Leins, Ulrike; Heinrich, Harmut  
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)  
in: Rief, W. & Birbaumer, N. : Biofeedback.  
Stuttgart Schattauer Verlag 2006

Uesküll, Thure von et al.  
Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie  
Stuttgart New York Schattauer Verlag 1994