

INSTITUT FÜR DEN WISSENSCHAFTLICHEN FILM

Wissenschaftlicher Film C 1127/1973

**Vorlesung über Methodik und Anwendung
der ärztlichen Hypnose
II. Fraktionierte Hypnose, gestufte Aktivhypnose**

Begleitveröffentlichung von

Prof. Dr. D. Langen, Mainz

GÖTTINGEN 1975

**Vorlesung über Methodik und Anwendung
der ärztlichen Hypnose**
II. Fraktionierte Hypnose, gestufte Aktivhypnose

D. LANGEN, Mainz

Allgemeine Vorbemerkungen¹

Die Hypnose oder die Heterohypnose, wie man sie korrekterweise nennen sollte, gehört zu den ältesten Formen seelischer Krankenbehandlung. Sie ist nach wie vor eine wichtige Therapieform in der Hand des Arztes, der dafür geschult ist, und wird als Methode der Psychotherapie einzeln oder in Kombination mit anderen Verfahren angewandt.

Das wissenschaftliche Interesse an der Hypnose wächst z. Z. vor allem im angloamerikanischen Raum und den von daher beeinflussten Ländern. Die Hypnose erhielt dort eine große Bedeutung in Geburtshilfe, Zahnheilkunde und Anaesthesiologie. Deutschland dagegen gewann einen Vorsprung dadurch, daß J. H. SCHULTZ [5] das autogene Training aus der Hypnose heraus entwickelte und uns damit ein Verfahren gegeben hat, das mehr die Mitarbeit des Patienten erfordert.

Der wissenschaftliche Hypnotismus begann mit FRANZ ANTON MESMER (1734—1815), doch erst 1843 bezeichnete der englische Augenarzt JAMES BRAID (1795—1860) eine Behandlung, in der im wesentlichen durch Verbalsuggestion ein veränderter Bewußtseinszustand erzielt wird, als Hypnose.

Der Terminus leitet sich von ‚hypnos‘ (griech. = Schlaf) ab. Da Hypnose mit Schlaf nur am Rande etwas zu tun hat, ist die Bezeichnung nicht ganz korrekt. Da sie aber bis in das Vokabular des Laien eingedrungen ist, wird man sie kaum ändern können, obwohl vereinzelt derartige Bestrebungen bestehen. (Man spricht z. B. von „Sophrologie“ im spanischen Raum.) Um so wichtiger ist es, daß die Fachwelt weiß, was Hypnose ist bzw. wie man sie definiert:

Hypnose ist ein durch affektive Faktoren hervorgerufener Zustand einer (oftmals geringen) Senkung des zuvor eingeeengten Bewußtseins,

¹ Angaben zum Film und kurzgefaßter Filminhalt (deutsch, englisch, französisch) s. S. 18 u. 19.

in dem eine Regression der Grundfunktionen der Persönlichkeit (Denken, Fühlen, Wollen) sowie der körperlichen Funktionen eintritt.

Hypnose ist der Zustand eines auf die Suggestionen des Hypnotisators eingeeengten Bewußtseins, das gleichzeitig verschiedengradig gesenkt, d. h. unterwach ist. Kurz zusammengefaßt läßt sich Hypnose definieren als ‚partiell Wachsein‘ oder ‚partieller Schlaf‘.

Die älteste Form des wissenschaftlichen Hypnotismus ist die Heterohypnose, in der die Fremdeinwirkung als entscheidender Faktor angesehen wurde. Sie wird eingeleitet durch Heterosuggestionen, d. h. von außen durch einen anderen, nämlich den Hypnotisator oder besser den Hypnotherapeuten. Ende des vorigen Jahrhunderts entdeckten CH. BAUDOIN und E. COUÉ, daß jede Heterosuggestion über eine Autosuggestion angenommen wird. Die Verfahren, die sich zwischen 1898—1923 aus dieser Erkenntnis entwickelten, kann man zusammengefaßt als passiv-autohypnoide Methoden bezeichnen (LÉVY, BAUDOIN, COUÉ, BEZZOLA, BAERWALD).

Etwas später entstanden die aktiv-autohypnoiden Methoden, zu denen „the progressive relaxation“ von E. JACOBSON, „das autogene Training“ von J. H. SCHULTZ, „the natural childbirth“ von G. DICK-READ, „die aktive Tonusregulation“ von B. STOKVIS und „die gestufte Aktivhypnose“ von E. KRETSCHMER gehören.

Im Zustand der Hypnose überwiegt die trophotrope psychovegetative Reaktionslage. Dadurch werden Leistungen möglich, zu denen der Mensch sonst nicht oder nur schwer in der Lage ist: Verbesserung bzw. Vertiefung der Erholung; Veränderung der Kreislaufverhältnisse durch Regulierung gestörter Durchblutungsvorgänge; Änderung der Gedächtnisleistung, so daß entweder Erlebniskomplexe nicht mehr (Amnesie) oder besser erinnert werden können (Hypermnese); psychovegetative Stabilisierung; Veränderung der psychischen Gesamthaltung durch Mut, Gelassenheit und Selbstvertrauen; Änderung des Schmerzerlebnisses, so daß sich hieraus analgesierende Behandlungen ableiten lassen.

Diese komplexen psychovegetativen Veränderungen stellen die Basis für die medizinische Indikation zur Hypnose als Therapie dar, über die aber in diesem Film nichts gesagt werden soll.

Ausgehend von der Beobachtung, daß eine Hypnose oft nur deshalb nicht für indiziert angesehen wird, weil der Arzt die Technik nicht beherrscht und hier wie überall jeder Anfang schwer ist, sollen die gebräuchlichsten Einleitungsformen für Hypnosebehandlungen gezeigt werden (Fixationsmethode, Faszinationsmethode, Farbenkontrastmethode, fraktionierte Hypnose und gestufte Aktivhypnose).

In dem letzten Lehrhypnosefilm — als Stummfilm von L. MEYER, Heidelberg, gedreht — wurde u. a. gezeigt, inwieweit strafbare Handlungen in Hypnose suggeriert werden können.

Dabei stellte sich heraus, daß derartige Experimente nichts beweisen, weil die Versuchsperson auch in tiefer Hypnose immer weiß, daß es sich um ein Experiment handelt. Deshalb haben wir uns in diesem Film nicht mit solchen Scheinproblemen beschäftigt. Die Geschichte der Hypnose zeigt, daß man ihr damit als einem therapeutischen Instrument mehr schadet als nützt. Darum wurde auf sensationelle hypnotische Phänomene verzichtet.

Das erste Beispiel zeigt den Beginn einer Therapie, mittels Heterohypnose bei einem Patienten, der noch keine Hypnose erlebt hat. Die Behandlung beginnt mit einem einleitenden Gespräch. Anschließend wird die Suggestibilität anhand eines Erlebnisfragebogens und einiger psychomotorischer Tests geprüft, die Einstellung zur Hypnose erforscht und die erste Behandlung eingeleitet durch Fixationsmethode. Zu achten ist dabei auf das Pupillenspiel, das Glänzen der Augen und das Vibrieren der Augenlider. Es folgen Suggestionen der Immobilisation, Levitation, Katalepsie, Analgesie und Amnesie, die alle durch Desuggestionen aufgehoben werden. Die Erlebnisse des Patienten während der Hypnose werden anschließend besprochen.

Das zweite Beispiel zeigt zwei Einleitungsmethoden einer Heterohypnose, die ebenfalls über das optische System gehen. Die Faszinationsmethode soll nur der Vollständigkeit wegen gezeigt werden. Ihre Mängel bestehen in einer starken Erotisierung weiblicher Patienten und der Gefahr, daß der Hypnotisator vorzeitig ermüdet, denn er muß den Patienten genauso lange anschauen wie der Patient den Arzt.

Die Farbenkontrastmethode dagegen wird auch heute noch gerne angewendet. Sie wurde um 1910 von LÉVY-SUHL entwickelt und eignet sich vor allem für lernende Kollegen, da ihre Technik nur ein geringes Maß an Erfahrung benötigt.

Im zweiten Filmteil werden eine fraktionierte Hypnose und eine gestufte Aktivhypnose vorgeführt. Die fraktionierte Hypnose, erstmals Ende des vorigen Jahrhunderts von O. VOGT und K. BRODMANN beschrieben, ist eine Methode, die ebenfalls für lernende Kollegen oder für schwer hypnotisierbare Patienten wichtig ist. Sie baut sich auf aus mehreren kurzen Hypnosen, die jeweils in verschiedenen Stadien durch ein Gespräch unterbrochen werden, um die Erlebnisse und Äußerungen des Patienten für die Suggestionen in der nächsten Hypnose zu verwenden.

Die Demonstration der gestuften Aktivhypnose, die E. KRETSCHMER, ausgehend vom autogenen Training, 1946 erstmalig beschrieb, zeigt, wie sich die Hypnotherapie gewandelt hat. Sie baut sich ganz auf einer Autohypnose als Eigenleistung der Versuchsperson auf. Der hypnotische Zustand wird eingeleitet über die Fixation, d. h. über eine prolongierte Konvergenzhaltung der Augen, entweder ohne oder mit nur geringer verbaler Führung.

Wir möchten noch betonen, daß in den vorliegenden Filmen volle Spontaneität gewahrt wurde. Mit dem Patienten für die Heterohypnose im ersten Teil des Films wurde vorher nichts besprochen oder eingeübt, die Versuchsperson für die fraktionierte Methode wurde bewußt von den vorhergehenden Aufnahmen ausgeschlossen und in keiner Weise über den Verlauf einer Hypnose orientiert.

Erläuterungen zum Film¹

Wortlaut der Vorlesung

Wir wollen die Demonstration über die Hypnose fortsetzen. Erfahrungsgemäß entstehen bei solchen Vorführungen, wie ich sie Ihnen in der letzten Vorlesung ja gezeigt habe, schon im Publikum einige skeptische Erwägungen, ob all das, was hier gezeigt wurde, wirklich echt ist, ob es nicht gestellt ist, ob nicht das eine und das andere sogar ein aufgemachter Schwindel sein kann. Nun, auf der einen Seite werde ich ja wohl hoffentlich so viel Kredit bei Ihnen haben und auf der anderen Seite beweisen ja viele, viele Erfahrungen, daß Dinge, die wir hier zeigen, wirklich Realitäten sind, so daß wir in dieser Hinsicht völlig sicher sein können. Aber, da es ja auch unter Versuchspersonen und unter Ihren späteren Patienten Menschen geben wird, die eben ihrer Anlage nach skeptischer sein werden oder sind als andere, deswegen habe ich für die nächste Demonstration mir einen solchen etwas Skeptischeren herausgesucht und möchte Ihnen als nächstes zeigen, wie man die Ersthypnose bei einem Skeptiker aufbauen kann, und dazu empfehle ich Ihnen, sich des Verfahrens zu bedienen, das wir nennen können „die fraktionierte Hypnose“ von VOGT-BRODMAN. VOGT hat sie Ende des vorigen Jahrhunderts als erster ausgeübt. BRODMAN aber hat sie dann in einigen Heften der Zeitschrift für Hypnotismus sehr ausführlich beschrieben, und deswegen scheint es mir gerechtfertigt, diese bis heute noch sehr praktikable Methode zu bezeichnen als die fraktionierte Hypnose von VOGT-BRODMAN. Sie empfiehlt sich bei allen weniger suggestiblen Patienten, bei den skeptischen Menschen, aber ebenso für alle die Ärzte, die lernend sind und noch kein rechtes Zutrauen zur Technik der Hypnose haben. Und so will ich Ihnen mit der nächsten Tonfilmaufnahme eine solche Ersthypnose eines skeptischen Menschen zeigen.
Bitte die Aufnahme.

Fraktionierte Hypnose

Arzt: „Sie haben von der Hypnose noch gar nichts gehört und gar keine eigene Erfahrung bis jetzt?“

Vp.²: „Nein.“

Arzt: „Deswegen interessiert's mich einmal, das zur Darstellung zu bringen, und Sie sind ein skeptischer Mensch?“

¹ Die kleingedruckten Abschnitte geben den Wortlaut der Vorlesung und des Gesprächs wieder.

² Vp. = Versuchsperson.

Vp.: „Ja, ich selbst halte mich dafür.“

Arzt: „Sie halten sich für einen skeptischen Menschen? Ja? Woraus würden Sie das ableiten, daß Sie eher eine skeptische Grundhaltung den Dingen gegenüber haben?“

Vp.: „Wenn ich das vielleicht so formulieren kann: Ich versuche, nur das zu glauben, was ich selbst mir überlegen kann.“

Arzt: „Ah ja, was man gewissermaßen schwarz auf weiß belegen kann, was man . . .“

Vp.: „Ich versuche, eben mir selbst Gedanken zu machen, um erst dann etwas anzunehmen, wenn ich glaube, daß ich aufgrund meiner eigenen Gedanken die Richtigkeit in mir . . .“

Arzt: „Ah ja, das wäre dann schon ein gewisses Kriterium für eine solche eher im Grunde skeptische Grundhaltung, nicht? Nun ja, um so schöner, dann können wir mal sehen, wie man eine Hypnose aufbauen kann bei einem Menschen, der eher diese skeptische Grundhaltung hat, ja? Wenn Sie mal so lieb sind, sich hier auf das Sofa zu legen, damit wir dann beginnen können.

Wenn Sie die Arme so nebeneinander hinlegen wollen, die Beine auch ganz gelöst, und jetzt bitte mal ganz fest und starr mit den Augen auf die Fingerspitze sehen wollen, ganz ruhig, fest und starr mit den Augen auf die Fingerspitze, das Zwinkern etwas unterdrücken, und Sie werden sehen, daß die Fingerspitze immer unschärfer und unschärfer wird, immer unschärfer und unschärfer, mal scharf, mal unscharf; es schwankt dann, und dann kommt ein Brennen über die Augen und die Augenlider werden schwerer und schwerer, und der Tendenz, die Augenlider zu schließen, geben Sie einfach ruhig nach und lassen dann wie von allein die Augen-zufallen, indem Sie sie ganz ruhig zufallen lassen, die Augen schließen und ganz langsam — wie von allein — der Schwere der Augenlider sich hingeben, ganz passiv hingeben, nur meiner Stimme folgend hingeben und die Augen schließen, und schließen Sie die Augen ganz, lassen Sie die Augen wie von alleine zufallen. Und Sie sind angenehm ruhig, schläfrig, müde, wohligh entspannt, ruhig und schläfrig müde, wohligh entspannt, und beide Arme und Beine sind schwer, ganz schwer, angenehm gelöst, entspannt und schwer. Und damit beenden wir nun vorübergehend diesen ersten hypnotischen Zustand, damit Sie mir schildern können, was Sie dabei erlebt haben.“

Vp.: „Ich hatte . . ., die Fingerspitze wurde unscharf, die Augen begannen zu brennen und zu tränen. Danach habe ich die Augen geschlossen.“

Arzt: „Ja.“

Vp.: „Die Augen begannen zu brennen und zu tränen.“

Arzt: „Ja, gut. Und die Augen?“

Vp.: „Danach habe ich meine Augen geschlossen.“

Arzt: „Und danach haben Sie sie geschlossen. Und die Augenlider, was hatten Sie dabei gefühlt, empfunden?“

Vp.: „Hinsichtlich der Augenlider eine besondere Schwere, das kann ich nicht sagen.“

Arzt: „Nicht sagen, ja? Und im ganzen körperlichen Befinden, was war da festzustellen?“

Vp.: „Ich bin ruhiger geworden dabei.“

Arzt: „Ruhiger geworden, sehr schön, ja, ausgezeichnet. Durch das Schweregefühl der Arme und Beine?“

Vp.: „Da habe ich keine Veränderung festgestellt.“

Arzt: „Ja, sehen Sie, so wollen wir das nun stufenweise weiter aufbauen, nicht? Einen Schritt nach dem anderen gehen.“

Neue Einleitung

Der Arzt verwendet die Äußerungen der Vp. in den Suggestionen. Das Vibrieren der Augenlider ist ein gutes Kennzeichen für die hypnotische Umschaltung.

Arzt: „Bitte, dann noch einmal ganz ruhig, fest mit den Augen auf die Fingerspitze, ganz ruhig fest mit den Augen auf die Fingerspitze sehen, und sie wird bald wieder unschärfer werden und scharf und unscharf, scharf und unscharf und deutlicher unscharf, und nun kommt das Brennen in die Augen, und diesmal werden Sie schon etwas schneller die Schwere der Augenlider empfinden und dann einfach sich hingeben, diesmal wie von allein die Augen schließen. Diesmal wie von alleine die Augen einfach zufallen lassen. Denn der Hypnosezustand wird sich jedesmal schneller und tiefer einstellen und das Brennen der Augen. Und nun lassen Sie wie von alleine die Augen zufallen und schließen dann die Augen. Ganz langsam zufallen lassen, diesmal ganz selbsttätig die Augen von alleine schließen. Und das wohlige Gefühl der Ruhe ist wieder da, deutlich spürbar, diesmal schon ein wenig deutlicher spürbar da, und nun werden beide Arme und Beine schwer, beide Arme sind schwer, ganz schwer. Wenn ich den rechten Arm hochhebe, fällt er wie leblos auf die Bettdecke herunter, er ist ganz schwer, ganz schwer. Und nun streiche ich über den linken Arm, und nun wird der linke Arm noch viel schwerer als die übrigen Teile des Körpers. Der linke Oberarm, der Unterarm, die Hand und die Fingerspitzen sind schwer, ganz schwer, sind schwer, ganz schwer. Der linke Arm fällt nun noch lebloser auf die Bettdecke herunter, ganz schwer ist er geworden, ganz schwer ist er geworden, ganz schwer. Wenn Sie versuchen würden, den linken Arm zu bewegen, würden Sie feststellen, Sie können den linken Arm schon wesentlich schwerer bewegen, Sie müßten mehr Mühe verwenden, ganz schwer ist er geworden. Nochmals streiche ich über den linken Arm, und er wird viel, viel schwerer als die übrigen Teile des Körpers. Der linke Arm wird noch viel, viel schwerer als die übrigen Teile des Körpers. Er wird immer schwerer und schwerer, und immer mehr Mühe würden Sie verwenden, einfach meiner Stimme folgend würden Sie immer mehr Mühe verwenden, den linken Arm zu bewegen. Noch hatten Sie festgestellt, daß Sie etwas ihn bewegen können, und wenn Sie wieder versuchen, ihn zu bewegen, stellen Sie fest, es geht nun schon wieder ein Stückchen schwerer, denn er ist viel schwerer als die übrigen Teile des Körpers. Und der rechte Arm wird nun so wie bewegungslos schwer. Der rechte Arm ist wie mit Blei ausgefüllt, bewe-

gungslos schwer, wie mit Blei ausgefüllt, bewegungslos schwer. Der rechte Arm, rechter Oberarm, Unterarm, Hand und Fingerspitzen wie mit Blei ausgefüllt. Schwer, bewegungslos schwer. Ein Versuch, den rechten Arm zu bewegen, mißlingt. Sie können den rechten Arm einfach nicht mehr bewegen, so schwer ist er geworden, so schwer, ganz schwer, ganz schwer. Noch kleine Bewegungen, und noch ein wenig schwerer wird nun der rechte Arm, wirklich bewegungslos schwer, schwer. Nun mißlingt die Bewegung des rechten Armes vollkommen, mißlingt vollkommen. Und wieder lassen Sie uns hören, was Sie erlebt haben unter diesem zweiten hypnotischen Zustand. Und Sie werden jedesmal schneller und tiefer wieder in die Hypnose hineinkommen. Sie öffnen die Augen und berichten mir erneut, was Sie wahrgenommen haben. Nun, was haben Sie festgestellt?“

Vp.: „Ja, Ihre Beschreibung war zutreffend.“

Arzt: „Ja.“

Vp.: „Der linke Arm war sehr viel schwerer gewesen als der rechte Arm.“

Arzt: „Aha.“

Vp.: „Plötzlich war auch das linke Bein war . . .“

Arzt: „Ah ja, sehr gut.“

Vp.: „Das Empfinden . . .“

Arzt: „Ah ja, sehr schön. Sehen Sie, das Schweregefühl, das ist ja ein physiologisches Ereignis, daß die Passivierung eines Menschen den Tonus der Muskulatur verringert und daß man bei einer gewissen Unterstützung, einfachen verbalen Unterstützung, dann diese Immobilisation eben noch etwas akzentuieren kann, nicht? Also, Sie würden sagen, die Arme waren in der Tat schwerer und der rechte Arm dann im Verhältnis zum linken . . .“

Vp.: „Der war etwas leichter, aber schwer zu bewegen.“

Arzt: „Schwer zu bewegen, aha, deutlich schwer zu bewegen, noch in gewissen Resten . . .“

Vp.: „Die Finger waren dabei leichter zu bewegen am rechten Arm als der Oberarm. Ich hatte das Empfinden . . .“

Arzt: „Ah ja, ah, ja. Doch sehr charakteristisch, für alles, was Sie da angeben. Meine Suggestionen, die sich ja auch vorwiegend auf den Arm gerichtet hatten und gar nicht so sehr auf die Finger, nicht? Das ist ja schön . . ., wenn das stufenweise eintritt. Sie haben das Gefühl, als ob damit dieser Zustand schon etwas schneller und deutlicher eingetreten war. Dann wollen wir noch wieder eine Hypnose anschließen, nicht wahr? Nicht, das war schon sehr schön so.

Bitte wieder ganz ruhig, fest und starr mit den Augen auf die Fingerspitze sehen, ganz ruhig, fest und starr, das Zwinkern wieder etwas unterdrücken, ganz ruhig, fest und starr, bis die Fingerspitze wieder unscharf und unschärfer wird, und bis Sie anfangen, sie doppelt zu sehen und die Augen schwer werden, und der Schwere der Augenlider folgen Sie einfach und lassen dann wie von allein die Augen zufallen, ganz von allein. Und Sie sind angenehm ruhig, schläfrig, müde, wohligh entspannt. Beide Arme und Beine werden wieder schwer, besonders der linke Arm und linkes Bein ganz schwer, ganz deutlich schwer. Und nun wird auch der rechte Arm viel schwerer, viel schwerer als die

übrigen Teile des Körpers. Ruhe, Schwere — so wie ich sagte — daß Sie jedesmal schneller und tiefer in diesen hypnotischen Zustand hineinkommen, so erleben Sie, wie Sie nun diesmal in der Tat wieder etwas tiefer in diesem wohligen Zustand gelöster Entspannung sind. Und nun streiche ich über den rechten Arm, und indem wird der rechte Arm viel leichter und leichter, der rechte Arm wird leichter und leichter, und so, wie eben schon der Unterschied zwischen links und rechts sehr deutlich war, daß der linke Arm viel schwerer war als der rechte, so wird dieser Unterschied nun noch deutlicher und deutlicher, und der rechte Arm ist leicht, ganz leicht. Wenn ich ihn anhebe, schwebt er in der Luft, er schwebt wie von allein. Er schwebt einfach in dieser Lage. Er bleibt in dieser Lage, er schwebt wie von allein, er schwebt, er bleibt in dieser Lage, er wird sogar leichter und leichter, der rechte Arm wird leichter und leichter, immer leichter und leichter, der rechte Arm wird immer leichter und leichter, immer leichter und leichter wird der rechte Arm. Und der rechte Arm wird leicht und leichter, immer leichter und leichter, der rechte Arm schwebt in der Luft, er wird leichter und leichter, bis er senkrecht in der Luft steht, so steigt er nun langsam, gleichmäßig hoch. Der rechte Arm steigt langsam, gleichmäßig hoch, und während er hochsteigt, spüren Sie das eigenartige Erlebnis, das immer Leichterwerden des Armes, wie er immer leichter und leichter wird, und dieses verwundernde Beobachten der zunehmenden Leichtigkeit des Armes läßt Sie immer weiter in den Zustand der Hypnose hineinkommen, denn der Arm wird leichter und leichter, bis er senkrecht in der Luft steht, wird der Arm ganz leicht und leichter. Nun steht er so gut wie senkrecht in der Luft. Ich streiche über den Arm, und indem wird er starr und steif. Der rechte Arm wird starr und steif, der rechte Arm wird starr und steif wie ein Mast in der Erde. Starr und steif. Eben noch waren die Muskeln entspannt und gelöst, und nun werden sie immer starrer und steifer, immer deutlicher starr und steif, sie spannen sich immer mehr, sie spannen sich immer deutlicher, immer stärker wird dieses Gefühl der maximalen Spannung des Armes. Der Arm ist starr und steif wie ein Mast in der Erde. Er ist starr und steif wie ein Mast in der Erde, und die leichten zitterigen Erscheinungen sind ein deutliches Zeichen für die zunehmende kataleptische Starre des Armes. Der rechte Arm ist starr und steif, selbst wenn Sie versuchen wollten, den rechten Arm herunterzubewegen, Sie könnten es gar nicht, denn sobald Sie eine Innervation durchführen, kommt sofort die Gegeninnervation. Der Arm bleibt starr und steif wie ein Mast in der Erde, der Arm bleibt starr und steif wie ein Mast in der Erde. Soviel Sie auch versuchen würden, Sie könnten den Arm aus dieser Lage nicht herausbewegen, und je länger Sie ihn in dieser Lage halten, um so mehr verschwimmt er, um so verschwommener wird er Ihrem Körperempfinden, denn er ist starr wie ein Mast in der Erde. Auch wenn ich selber versuchen würde, den Arm zu bewegen, ich könnte es nicht, so fest ich auch drücke. Ich könnte den Arm nicht aus dieser Lage bringen, er ist starr wie ein Mast in der Erde. Und abermals streiche ich über den Arm, und er wird schwer wie die übrigen Teile des Körpers.

Er fällt herunter und ist entspannt, gelöst und schwer wie die übrigen Teile des Körpers. Damit beenden wir diesen hypnotischen Zustand. Und wenn ich bis sechs zähle, sind Sie ganz frisch und wach, ganz angenehm frisch und wach wie nach einem tiefen, erlabenden Schlaf. Und bei eins: Kraft in beide Beine, und bei zwei: Kraft in beide Arme, und bei drei: Atem tief ein und aus, tief ein und aus, und bei vier: Arme fest und kräftig bewegen, wie ein Mensch, der aus einem tiefen Schlaf erwacht, und bei fünf: angenehm frisch, erquickt und wach, und bei sechs: frisch und wach, Augen auf!

So, wenn Sie mal jetzt so nett sein wollen, sich hier hinzusetzen, daß wir uns noch ein wenig über die Dinge unterhalten können, die Sie erlebt haben.

Ja, wenn Sie uns jetzt nochmals schildern könnten, was Sie erlebt haben, ganz aus diesem ursprünglichen Erlebnis heraus.“

Vp.: „Ja, ich hatte erwartet, daß ich in einen Schlaf gerate, daß ich fest einschlafe, aber das war keineswegs der Zustand. Ich war . . ., ich fühlte mich sehr wach, ich habe Ihre Stimme zu jedem Zeitpunkt klar vernommen.“

Arzt: „Ja, das ist sehr typisch, wie Sie das schildern. Sehr viele Menschen meinen, daß Hypnose und Schlaf das gleiche seien. Das können Sie also aus eigenem Erlebnis bestätigen, daß das nicht der Fall ist, ja? Aber war's der gleiche Zustand wie dieses Wachsein, das Sie jetzt vielleicht haben, während Sie hier mit mir sich unterhalten, oder das Sie vorher hatten?“

Vp.: „Ich möchte es vielleicht so beschreiben, daß es ein wohlig entspanntes Zwischending war, zwischen Wachsein und zwischen Schlaf, also es war kein echtes Wachsein — wie ich jetzt wach bin —, sondern es war ein losgelöster Zustand, ein . . .“

Arzt: „Ausgezeichnet!“

Vp.: „Ein entspannter Zustand.“

Arzt: „Ja, sehr schön, das ist mir sehr interessant, wie Sie das sagen, denn das ist genau das, was sehr häufig beschrieben worden ist. Wir nennen das eine psychische Dissoziation. 'A little bit between' hat es einmal ein englischer Kollege genannt, als er diesen Zustand erlebte. So zwischen Schlaf und Wachen, so würden Sie es auch wohl charakterisieren?“

Vp.: „Ja, angenehm ist das Empfinden.“

Arzt: „Ja, ja, sehr angenehm ist das Empfinden, das ist völlig richtig, als ein angenehmer Zustand zwischen Schlaf und Wachen, was natürlich dann ganz unterschiedlich sein kann, beim einzelnen unterschiedlich, mal überwiegt mehr das Wache, mal mehr das Schläfrige, aber niemals ist es ein spontaner tiefer Schlaf. Es kann sich dann von Mal zu Mal dieser Schlaf im Zustand intensivieren, oder wenn man . . .“

Vp.: „Das habe ich auch erlebt.“

Arzt: „Ah ja?“

Vp.: „Und die erste Hypnose, die wir durchgeführt hatten, die war mehr an der Grenze des Wachseins noch gewesen.“

Arzt: „Jawohl.“

- Vp.: „Das Entspannte und Losgelöste war doch der fortschreitende . . . mit jeder Hypnose.“
- Arzt: „Sehr schön, ausgezeichnet, und so können Sie sich gut vorstellen, daß es sich von Mal zu Mal weiter vertieft. Ja, nun würde mich noch einiges über die körperlichen Dinge interessieren, die ja doch auch sehr plastisch waren, für Sie ja ganz neu — wie Sie sagten — nicht? Z.B. Sie hatten ja hinsichtlich des Schwereerlebnisses — hatten Sie ja schon gesagt — aber in bezug auf das Levitationserlebnis, wie wir das nennen, wie haben Sie das wahrgenommen?“
- Vp.: „Es war für mich das Gefühl, daß der Oberarm fehlt, ich hatte gar kein Empfinden im Oberarm, während der Unterarm bei der starren Anspannung leicht schmerzte.“
- Arzt: „Ah ja, ja! Sie meinen jetzt die allerletzte Übung, die Starre des Armes, das wäre die Katalepsie, aber davor hatten wir ja noch dieses Leichterwerden des Armes, das nennen wir die Levitation . . ., die wir miteinander durchgeführt haben, wo der Arm immer leichter und leichter wurde.“
- Vp.: „Meine linke Seite war dabei schwer, während die rechte Seite und der Arm ein mehr schwebendes Gefühl . . ., ich mußte den Arm festhalten.“
- Arzt: „Ja, ja, ja, Sie mußten ihn festhalten. Sehr schön, ausgezeichnet. Ja, man sah es auch an Ihrer Physiognomie mal vorübergehend, daß so ein — ich würde sagen — Empfinden des Erstaunens eigentlich in Ihnen war.“
- Vp.: „Ja, das war an sich der ganze Zustand, das Erstaunen war an sich die Grundlage.“
- Arzt: „Das war die Grundlage, sehr schön, wie Sie das sagen. Gerade dieses Levitationserlebnis, z.B. schildert Eugen Bleuler — ich weiß nicht ganz genau wann, aber zu Beginn dieses Jahrhunderts — sehr plastisch und schön, sehr eindrucksvoll. Und nun noch die Katalepsie. Also da gaben Sie an, daß im . . .“
- Vp.: „Oberarm . . .“
- Arzt: „Oberarm keinerlei Empfinden war, der war gar nicht da.“
- Vp.: „Ich dachte, das wäre ein Teil meines Armes, der würde fehlen, also da war — ich hatte kein Empfinden für den Oberarm. Wohl schmerzte der Unterarm, ich wußte, daß die Muskeln maximal angespannt sind.“
- Arzt: „Jawohl!“
- Vp.: „Das Gefühl hatte ich auch plastisch.“
- Arzt: „Ausgezeichnet! Ja, auf dem Unterarm, da war das Spannungsgefühl sehr fein, und jetzt, wie fühlen wir uns jetzt?“
- Vp.: „Ich fühle mich sehr frisch und ausgeruht.“
- Arzt: „Sehr ausgeruht und trotz der großen Hitze hier im Vergleich zu vorher?“
- Vp.: „Ich hatte die gar nicht empfunden, also daß . . .“
- Arzt: „Die Hitze hatten Sie gar nicht empfunden, also sind Sie jetzt eher etwas ausgeruhter als vorher, oder?“
- Vp.: „Ja, das könnte man sagen.“
- Arzt: „Könnten Sie das sagen, ja? Sehr fein!“

Nun, ich nehme an, daß für Sie die soeben gesehene Demonstration ebenso eindrucksvoll war, wie für mich, als ich die Aufnahme damals machte. Ich brauche Ihnen nicht nochmals zu versichern, daß ich vorher selber nicht wußte, wie die Dinge ablaufen würden, und so ist es doch, glaube ich, für alle, die das jetzt mitgesehen haben, doch eigentlich recht eindrucksvoll. Lassen Sie mich kurz festhalten: Es wird Ihnen aufgefallen sein, daß man doch mehr Eloquenz, mehr Variationen in den Suggestionen gebraucht hat, um schließlich die Suggestion zur Realisierung zu bringen, und wie damit die skeptische Grundhaltung der Versuchsperson irgendwo immer noch mit drin war, mit zum Ausdruck kam. Das Wesentliche der Methode der fraktionierten Hypnose ist es, daß sie die Äußerungen des Patienten für die nächste Hypnose verwendet, nicht? Sie haben gemerkt, ich habe mich eingefühlt in das, was die Versuchsperson gesagt hat über die Erlebnisse in der ersten Hypnose und habe das dann für die zweite verwandt, usw., usw. So baut sie sich eben dann schrittweise auf. Achten Sie bitte immer, wie auch hier zum Beispiel auf dieses Vibrieren der Augenlider. Ein recht gutes Kennzeichen für die hypnoide Umschaltung, wenn Sie vielleicht auch noch darauf geachtet haben, wie stark der hypnoide Zustand wahrscheinlich für die ganze Dauer erhalten geblieben ist. Sie können es aus folgendem merken: Die Versuchsperson hat in den Zwischenräumen niemals die Arme wesentlich bewegt. Ich habe ja auch keine Dessuggestion der Bewegungsfähigkeit, der Immobilisation durchgeführt. Die Immobilisation bestand also auch weiterhin. Auch das ist ja dann eigentlich sichtbar, daß irgendwo ein gewisses hypnotisches Phänomen weiterhin beim Patienten, bei der Versuchsperson, (da war, und sehr, sehr schön. Ich habe ihn nachher noch danach gefragt, ob er die Definition der Hypnose von VOGT kennt, und er kannte sie nicht. VOGT hat sehr schön klar und präzise und kurz die Hypnose definiert als partiellen Schlaf, und die Versuchsperson hat das nun genauso erlebt und mit ihren eigenen Worten uns geschildert.

Nun, zum Schluß der heutigen Demonstration eine Möglichkeit, nämlich die gestufte Aktivhypnose von ERNST KRETSCHMER, die er 1946, ausgehend vom autogenen Training, beschrieben hat. Und nun werden Sie erleben, wie in den Jahrzehnten die Hypnotherapie sich überhaupt geändert hat, wie wir es weniger darauf anlegen, durch heterosuggestive Maßnahmen, durch Dinge, die ja doch irgendwo nicht ganz dem Stil des modernen Arztes entsprechen, die Hypnose zu entwickeln, sondern wie wir sie hier ganz aufbauen als Eigenleistung des Patienten, nämlich als Autohypnose. Die Versuchsperson, die Sie jetzt sehen, beherrscht das autogene Training, und wir haben mit ihr zusammen hier die gestufte Aktivhypnose gemacht.

Gestufte Aktivhypnose

Arzt: „Machen Sie das autogene Training? Wann haben Sie es gelernt?“

Vp.: „Seit drei Jahren ungefähr.“

Arzt: „Ah ja, und haben Sie regelmäßig weitergemacht?“

Vp.: „Ja, eigentlich ja.“

Arzt: „Ja, und empfinden es nach wie vor angenehm?“

Vp.: „Sehr angenehm.“

- Arzt: „Sehr schön, und wir haben ja auch schon einzelne gestufte Aktivhypnosen im Laufe der Jahre durchgeführt, nicht?“
- Vp.: „Hm.“
- Arzt: „Ja, und deswegen wollen wir jetzt einmal eine gestufte Aktivhypnose auch hier vielleicht zusammen machen, ja?“
- Vp.: „Hm.“
- Arzt: „Fein, darf ich Sie dann bitten, daß Sie sich mal auf's Sofa hinlegen, ja? So, nun bitte ganz ruhig, fest und starr mit den Augen auf die Fingerspitze sehen und Ruhe, Schwere, Wärme, Ruhe, Schwere, Wärme, hypnotisierender Schlaf, hypnotisierender Schlaf. Ruhe, Schwere, Wärme, hypnotisierender Schlaf. Und so bleiben Sie in diesem wohligen Zustand, bis Sie meine Stimme wieder sprechen hören, und wir werden die Hypnose beenden, nach der Sie sich erquickt und erfrischt fühlen wie nach einem tiefen, erlabenden Schlaf. — Und Sie hören meine Stimme wieder deutlich zu Ihnen sprechen und damit diese Hypnose beenden, nach der Sie sich erquickt und erfrischt fühlen wie nach einem tiefen, erlabenden Schlaf. Und wenn ich bis sechs zähle, werden Sie frisch und wach und öffnen die Augen. Und bei eins: Kraft in beide Beine, und bei zwei: Kraft in beide Arme, und bei drei: der Atem tief ein und aus, und bei vier: Arme fest, und bei fünf: angenehm erfrischt, erquickt und wach, und bei sechs: frisch wach, Augen auf.
- So, nun würde es mich von Ihnen interessieren zu hören, wie Sie die gestufte Aktivhypnose erlebt haben und die verschiedenen anderen Hypnosen, die Sie in dieser Art schon durchgeführt haben.“
- Vp.: „Ja, ich kam eigentlich sehr schnell in den Zustand rein, obwohl ich sagen möchte, daß er nicht ganz so tief war wie üblich, aber wahrscheinlich auch durch die neue Umgebung . . .“
- Arzt: „Ja, und wie würden Sie es nun im Vergleich grade zu dem Zustand beim autogenen Training schildern oder zu anderen Hypnosen?“
- Vp.: „Ich möchte erst noch sagen, daß ich die Kamera wellenförmig empfunden habe, manchmal war das Kamerageräusch etwas stärker, dann war es wieder fast weg, und dann kam es wieder stärker.“
- Arzt: „Ah ja, also dieser etwas wellenförmige Ablauf dieser unterschiedlichen Bewußtseinslage, das würden Sie besonders hervorheben. Haben Sie das sonst auch festgestellt?“
- Vp.: „Ja, das ist sonst auch da, nur bei tieferen Zuständen, da ist es vielleicht so, daß ich meinen Körper nicht mehr spüre, und ich möchte sagen, mein Ich irgendwo nicht in Körperform, sondern mehr in kugeliger Form irgendwie darüber steht, ich kann aber nicht genau sagen, wo.“
- Arzt: „Jawohl, auch dann, ohne daß spezielle Suggestionen in dieser Richtung gegeben wurden?“
- Vp.: „Ja, wenn ich das autogene Training allein mache, auch.“
- Arzt: „Ah ja. Nun, wie lange würden Sie denken, hat diese gestufte Aktivhypnose diesmal gedauert?“
- Vp.: „Vielleicht so zwei Minuten ungefähr?“
- Arzt: „Ja doch, meinen Sie, so lang?“
- Vp.: „Ich kann es nicht genau sagen.“

Arzt: „Sie können es nicht genau sagen. Ja nun, man könnte dann vielleicht ja sagen, daß hier durch die Unklarheit der Empfindung des zeitlichen Ablaufs auch ein Hinweis gegeben ist für einen tiefen hypnoiden Zustand, was dann ja doch immerhin erstaunlich ist, weil die Hypnose ja in einer Situation hier durchgeführt ist und genauso durchgeführt wurde wie sonst und wir beide an diese Situation nicht so schrecklich stark gewöhnt sind. Ja, und Sie könnten sich gut vorstellen, daß von da aus her gute Einstiegsmöglichkeiten für die Behandlung sind?“

Vp.: „Ja, auf jeden Fall.“

Arzt: „Auf jeden Fall, sehr fein.“

Nun, Sie haben wohl den Unterschied sehr deutlich mitgesehen, wie hier also alles gewissermaßen als selbständige Leistung der Versuchsperson — und natürlich ganz genauso eines Patienten — aufgebaut wird. Wie wir all das gar nicht brauchen, die Immobilisation, die Levitationen, die Katalepsie, usw., usw. All das brauchen wir gar nicht in spezielle Suggestionen hineinzunehmen, sondern das erwirbt sich die Versuchsperson dadurch, daß sie ja in den Grundübungen des autogenen Trainings etwas lernt, was man eine „Selbstversenkung“ wohl am besten bezeichnen kann. Und dann, wenn auf die Vorstellung von Ruhe, Schwere und Wärme hin, nun diese Umschaltung erreicht ist, dann kommt durch die prolongierte Fixierung der Augen der vertiefte Versenkungszustand zustande und damit die gestufte Aktivhypnose. In der Therapie werden wir dann dazu übergehen, diese Zeitabstände immer etwas länger zu lassen. Das war ja jetzt ungefähr eine $\frac{3}{4}$ Minute, so habe ich es in der Schätzung, und das machen wir immer länger und länger und bauen dann den mit dem Patienten im Wachzustand entwickelten wand-spruchartigen Leitsatz als die für ihn wichtige therapeutische Autosuggestion in das Ganze ein.

Ja, damit habe ich eigentlich meine Demonstration beendet und wollte damit eben diese einzelnen Möglichkeiten zur Einleitung der Hypnose Ihnen vermitteln. Vielleicht sind noch Fragen unter Ihnen, die Sie gern jetzt an mich gestellt hätten. Dann haben wir dazu ja schön Gelegenheit. Nun, wer . . . ?

Frage: Ist es möglich, jeden zu hypnotisieren, zum Beispiel auch Kinder?

Antwort: Die Frage läßt sich relativ einfach beantworten, wobei ich vielleicht die Frage der Kinder noch etwas ausklammern möchte. Im allgemeinen kann man sagen, je geistig gesünder ein Mensch ist, um so leichter läßt er sich hypnotisieren. Der Geist des Kranken, der Psychotiker also, ist praktisch nicht hypnotisierbar. Im übrigen aber ist jeder geistig Gesunde gut hypnotisierbar. Bei Kindern sind die Verhältnisse ein wenig anders. Kinder sind hochsuggestibel, aber schlecht hypnotisierbar. Und da sind also die Verhältnisse nicht, wie sie sonst in den übrigen Lebensaltern vorzufinden sind. Im übrigen aber glaube ich, kann man das ganz eindeutig so sagen, nicht?

Frage: Von welchen Faktoren ist die Suggestibilität überhaupt abhängig?

Antwort: Ja, das hat uns ja hier durch die Vorführungen immer wieder hindurchgeleitet. Ich möchte meinen, daß die Suggestibilität weitgehend eine

persönlichkeitsspezifische Abhängigkeit ist. Es gibt eben leichter und schwerer beeinflussbare Menschen durch die Charakterstruktur, durch die Lebensentwicklung, durch die Lebenserfahrung usw., und deswegen kam es mir ja auch darauf an, in dem Erlebnisfragebogen Ihnen diese Zusammenhänge ein wenig nahezubringen und zu zeigen, woran das vielleicht liegen kann. Die Hingabe, die Hingabefähigkeit, die Kontaktfähigkeit usw. Darüber hinaus gibt es aber noch eine vom Lebensalter etwa abhängige Suggestibilität, abgesehen von den Verhältnissen bei Kindern, die ich gerade geschildert habe, kann man etwa sagen, daß mit steigendem Lebensalter die Suggestibilität eine gewisse Tendenz hat, nachzulassen. Sie sehen aus meiner vorsichtigen Formulierung, daß ich es nur als eine Tendenz verstanden haben möchte. Abgesehen von der Pubertät, Sie wissen alle selber, die Sie einmal jung waren, daß man in dieser Lebensperiode sich besonders wenig gern sagen läßt, nicht wahr, und der Pubertierende in dem ersten Stadium der Pubertät ist sehr wenig beeinflussbar, und mit dem Überwinden der Pubertät aber ist dann das Ausmaß der Suggestibilität wohl da und läßt allmählich nach, so daß dann der alte Mensch und gerade der vielleicht auch etwas pathologisch alt gewordene, durch cerebral-sklerotische Vorgänge alt gewordene Mensch, dann eben schon sehr viel weniger beeinflussbar ist. Das wissen Sie auch vielleicht aus Erfahrung, insofern Sie ja schon mit älteren Menschen einmal zu tun gehabt haben. Der querköpfige alte Mensch, nicht wahr, das sind ja so gewissermaßen Kennzeichen dafür, daß die Suggestibilität eher etwas nachläßt. Dann aber ist, glaube ich, noch eine sehr wichtige Abhängigkeit der Suggestibilität, und zwar von der Motivierung. Die Engländer sprechen von 'the motivation'. Ich würde es vielleicht am besten übersetzen, 'vom Beweggrund'. Sehen Sie, und das ist gerade ein so wichtiger Gesichtspunkt für mich, weshalb ich auch bei allen scheinbar experimentellen Situationen das, was geschieht, immer im Bereich der Motivierung lasse. Sie sehen, bei dem Patienten habe ich Amnesie als Demonstration gewählt. Aber diese Amnesie ist für ihn motiviert, d. h. für die Therapie notwendig. Wir wissen zum Beispiel folgendes: Analgesiesuggestionen lassen sich besonders gut im Operationssaal suggerieren, da ist ja die Motivation vorhanden. Man möchte ja schmerzfrei sein in diesem Zustand des Operiert-werden-Müssens. In der experimentellen Situation ist diese Analgesie lange nicht so gut. Analog dazu Regressionen, Altersregressionen. Suggestierte Altersregressionen sind besonders da leicht zu suggerieren, wenn es sich darum handelt, daß in einer Therapie gewissermaßen Aufarbeitungen von früheren Lebensperioden durchgeführt werden sollen. Rein im Experiment auch wieder viel schlechter. Sie sehen also die Abhängigkeit von der Suggestibilität bzw. die Abhängigkeit der Suggestibilität von dem Beweggrund, etwas, was ich für sehr wichtig halte. Ja, haben wir noch Fragen vielleicht?

Frage: Gibt es Voraussetzungen für jemanden, um das Hypnotisieren zu erlernen oder ist es jedem möglich?

Antwort: Die Frage läßt sich relativ einfach und schnell beantworten. Jeder kann hypnotisieren lernen, womit noch nicht gesagt ist, ob er es gut oder schlecht kann. So wie es gute und schlechte Chirurgen in der operativen

Medizin gibt, ist natürlich auch hier eine gewisse Persönlichkeit, spezifischer Unterschied wohl da. Aber im Prinzip kann jeder selbstverständlich die Technik der Hypnose erlernen.
Ja, eine Frage noch hier?

Frage: Auf welchen Gebieten in der Medizin ist die Indikation zur Hypnose?

Antwort: Ja, sehr schön, daß wir zum Schluß noch diese Frage kurz stellen, die ich durch die Frage Kontraindikation erweitern möchte, in Stichworten nur. Vor allen Dingen die große Gruppe der Schmerzkranken, denken Sie an Zahnheilkunde, Geburtshilfe und Operationen, die vegetativen Dysregulationen, viele Angstpatienten, vor allen Dingen die Phobien, eine sehr wichtige Indikation. Dann die Suchtgefährdeten, gerade hier der chronische Gewohnheitstrinker, die Tabletensüchtigen, die an Tabletten Gewöhnten und schließlich auch die psychosomatischen Krankheiten. Wenn ich von der Indikation spreche, ist mir ein bißchen wenig wohl zumute, und vor allen Dingen möchte ich nicht den Eindruck erwecken, als ob wir die Hypnotherapie als ausschließliche Behandlung verwenden, sondern immer — und das bitte sich möglichst gut zu merken — in Kombination mit anderen psycho- und somatotherapeutischen Möglichkeiten. Und das eine vielleicht: Je chronischer ein Zustand ist, um so mehr wird man sich im Rahmen der Hypnotherapie Verfahren bedienen, die eben auf der Selbstübung des Patienten aufbauen: Autogenes Training, gestufte Aktivhypnose. Um so weniger ist eigentlich die reine Heterohypnose indiziert, um deren Methodik es uns ja heute hauptsächlich geht. Und je schneller wir vielleicht eine Symptombeseitigung brauchen, und das kann ja immer einmal sehr notwendig und wichtig sein, um so mehr ist dann wieder die reine Heterohypnose indiziert ohne wesentliche Rücksichten auf die Hintergründe.

Ebenso kurz die Kontraindikationen, denn das ist ja für jeden Arzt auch wichtig, sie zu kennen. Auftreten unangenehmer Nebenerscheinungen, heftige Furchtabneigung und Widerwillen gegen die Hypnose. Beim Vorliegen starker Erwartungsspannung oder bei noch nicht gelöster Bindung an einen früheren Hypnotherapeuten. Das sind relative Kontraindikationen. Die absoluten Kontraindikationen sind aber alle Patienten mit endogenen und exogenen Psychosen und alle — vor allen Dingen Patientinnen — bei denen durch das Hypnosegeschehen irgendwie ein Vergewaltigungsgeschehen reaktiviert wird. In den sehr unruhigen Zeiten, die wir durch Europa haben hindurchgehen sehen, sind ja solche Ereignisse gar nicht so ganz, ganz selten vorgekommen, und da kann es immer sein, daß gerade vielleicht durch die Hypnose ein solches Geschehen reaktiviert wird. Auch hier würde ich meinen, ist eine absolute Kontraindikation gegeben.

Ja, meine lieben Kommilitoninnen und Kommilitonen, die Zeit drängt uns und zum Schluß nur noch: Man kann Hypnose, so möchte ich meinen, schlecht oder gar nicht aus einem Buch lernen, man kann sie auch nicht lernen nur durch eine derartige Darbietung, wie wir sie hier jetzt miteinander erlebt haben. Die Kombination beider Unterrichtsmöglichkeiten ist wahrscheinlich das Optimum. Jedenfalls aber sollte diese Demonstration kein Lehrbuch ersetzen, sondern nur ergänzen.

Literatur

- [1] LANGEN, D.: Die gestufte Aktivhypnose. 3. Aufl. G. Thieme, Stuttgart 1969.
 - [2] LANGEN, D.: Psychotherapie. 2. Aufl. G. Thieme, Stuttgart 1971.
 - [3] LANGEN, D. (Hrsg.): Der Weg des autogenen Trainings. Wissenschaftl. Buchgesellschaft, Darmstadt 1969.
 - [4] SCHULTZ, J. H.: Hypnose-Technik. 5. Aufl. Fischer, Stuttgart 1955.
 - [5] SCHULTZ, J. H.: Das autogene Training. 13. Aufl. G. Thieme, Stuttgart 1970.
 - [6] STOKVIS, B., und D. LANGEN: Lehrbuch der Hypnose. 2. Aufl. Karger, Basel-New York 1965.
-

Angaben zum Film

Der Film ist für die Verwendung im Hochschulunterricht bestimmt und wurde 1973 veröffentlicht. Tonfilm, 16 mm, schwarzweiß, 452 m, 41 ½ min (Vorführgeschw. 24 B/s).

Die Aufnahmen erfolgten in den Jahren 1967 und 1968. Veröffentlichung aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Universität Mainz, Prof. Dr. D. LANGEN, und dem Institut für den Wissenschaftlichen Film, Göttingen, Dr. K.-H. HÖFLING; Aufnahme: G. BAUCH und H. WITTMANN; Ton: C. OTTE.

Inhalt des Films

Im Rahmen einer Filmvorlesung wird Aufschluß über Wert, Bedeutung und Anwendung der Hypnose gegeben. Im Zusammenhang mit der Vorlesung kommt eine Reihe von Methoden zur Darstellung, zunächst die Heterohypnose, bei einem Patienten mit Angstsyndromen gezeigt.

Nach einem eröffnenden Gespräch und einigen Vorversuchen wird eine Ersthypnose demonstriert, die durch Fixationsmethode eingeleitet wird. Es folgen als weitere Einleitungsmethoden die heute nicht mehr benützte Faszinationsmethode und die leicht anwendbare Farbenkontrastmethode.

Sodann wird der Verlauf einer fraktionierten Hypnose bei einem Menschen mit skeptischer Grundhaltung gezeigt. Zuletzt wird eine gestufte Aktivhypnose, die aus dem autogenen Training entwickelt wurde, als moderne Form einer Hypnotherapie vorgeführt.

Summary of the Film

The value, importance and use of hypnosis are explained in the framework of a film lecture. Together with the lecture a number of methods are demonstrated, first heterohypnosis, shown with a patient with anxiety syndrome.

After an introductory talk and a few preliminary trials an initial hypnosis is demonstrated, induced by the fixation method. Other induction methods

follow, like the fascination method, no longer in use, and the easily applied colour contrast method.

Subsequently the course of a fractional hypnosis is shown in a subject with a basically sceptical attitude. Lastly a graduated active hypnosis, developed from autogenic training, is demonstrated as a modern form of hypnotherapy.

Résumé du Film

Dans le cadre d'un film destiné à l'enseignement, on expose la valeur, l'importance et l'application de l'hypnose. En rapport avec le cours d'enseignement, on montre tout d'abord l'hétérohypnose chez un patient présentant des syndromes d'anxiété.

Après une conversation d'introduction et quelques expériences préliminaires, on procède à la démonstration d'une hypnose, induite par la méthode de fixation. Comme autres méthodes d'induction viennent ensuite la méthode de fascination plus appliquée aujourd'hui et la méthode de contraste des couleurs facile à appliquer. On montre aussi le cours d'une hypnose fractionnée chez une personne ayant une attitude de base sceptique. Ensuite on procède à la démonstration d'une hypnose active graduée développée à partir de l'entraînement autogène comme forme moderne du traitement par le sommeil.