

logischen Arbeit versucht werden, sich an die Position des Aggressors heranzutasten bzw. in sie hineinzuversetzen. Es ist für Traumatisierte in der Regel ein sehr fernes Therapieziel, das Geschehen auch aus der Sicht der Aggressoren zu sehen und so ihre Bedingungen, ihre erlebten Bedrohungen, ihre Ängste usw. kennenzulernen, *ohne* die eigene Perspektive und Identität zu verlieren. Ein langfristiges Therapieziel, wie gesagt: Von der Kapitulation vor dem Aggressor bis hin zum Versuch, aus gestärktem Selbst die Welt des Täters zu explorieren. In Bosnien sind wir davon noch extrem weit entfernt.

Literatur

- Butollo, W. (1995). Als Therapeut in Bosnien - Ein Interview von Thomas Höfer. Flensburger Hefte, Die Schande Europas - Der Krieg auf dem Balkan, Sonderheft 16, 128-165. Flensburg: Flensburger Hefte Verlag.
- Butollo, W. (1996). Psychotherapy Integration for War Traumatization - A Training Project in Central Bosnia. European Psychologist, Heft 2, 1996. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Saigh, P.A. (Hrsg.) (1995). Posttraumatische Belastungsstörung. Bern: Huber.
- Segal, Z.V. & Blatt, S.J. (1993). The Self in Emotional Distress. New York: Guilford Press.
- Strupp, H. & Binder, J.L. (1993). Kurzpsychotherapie. Stuttgart: Klett Cotta.
- Ursano, R.J., Mc Caghey, B.G. & Fullerton, L.S. (1994). Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos. Cambridge: University Press.

Abstract: Discussion of psychotherapy integration, combining strategies and methods from different therapeutic schools and paradigms, usually leads quickly into such levels of abstraction that leave the participants in confusion. To prevent this, it seems to be more useful to discuss psychotherapy integration with respect to specific problems of therapeutic practice. This paper attempts to do this with respect to posttraumatic stress disorders, especially war traumatization. Evidence is presented, that psychotherapy integration is not so much understood as eclecticism of therapeutic techniques but that it requires a broader knowledge of disturbed psychological contents and processes. That implies also a better theory of healing for those disorders. The theoretical basis to provide integration on such levels seems to be self-psychology, a field relevant in many therapeutic schools. As an example for that integration a training project for therapists, dealing with war traumatization in Central-Bosnia during 1994-1995 is described. It illustrates, how self psychology can provide a guideline for psychotherapy integration.

Keywords: self-psychology, psychotherapy-integration, war traumatization, contact, dialogue

Willi Butollo, Prof. Dr.phil.
Universität München
Institut für Psychologie
Leopoldstr. 13
80802 München

Hypnose und kognitive Verhaltenstherapie

Dirk Revenstorff¹

■ Bei kognitiver Verhaltenstherapie und Hypnotherapie handelt es sich um verschiedene Formen eines Eklektizismus, der heute praktisch in den meisten Therapieformen vorherrscht. Um einen theoretischen Überbau zu liefern, wird ein generelles Resonanz-Selbstorganisations-System der Veränderung vorgeschlagen, das auf verschiedenen Ebenen eines Zwiebel-Modells der Erfahrung wirksam ist. Hierbei ist eine differenzierte Betrachtungsweise der Ebenen der Informationsverarbeitung von Interesse. Beim unbewussten Anteil werden subliminale Wahrnehmung, Traum und Trance unterschieden, während bei der bewussten Informationsverarbeitung Vorbewußtsein, Wachbewußtsein und sprachliche Ebene unterschieden werden. Auf letzteren sind die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie angesiedelt. Die Hypnotherapie dagegen nutzt zum großen Teil die Ebenen des Unbewußten und Vorbewußten. Die Prinzipien der Informationsverarbeitung im Traum und in der Trance sind durch die symmetrische Logik des Primärprozesses gekennzeichnet, während auf den Bewußtseisebenen die asymmetrische Logik des Sekundärprozesses vorherrscht. Beide Formen des Denkens ergänzen sich zu kreativen Lösungen. Daher ist es sinnvoll, sie in der Psychotherapie in Form von Hypnotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie zu kombinieren. Die Strategien beider Therapieformen und ihre Kompatibilität werden diskutiert.

Eklektizismen

Ich möchte Hypnose in eine Perspektive rücken, die geeignet ist, eine Integration mit anderen Therapieformen zu erleichtern, nämlich: Kann man Hypnose als kognitive Therapie betrachten? Um diese Frage zu klären, erscheint es nützlich, sich den Stand der gegenwärtigen Therapiediskussion vor Augen zu führen.

- Es ist bekannt, daß 70% aller Psychotherapeuten Eklektizisten sind und sich auch als solche bezeichnen (Watkins et al., 1986). Dafür gibt es viele Gründe:
- Zahlreiche Therapieformen unterscheiden sich kaum in ihrer Wirksamkeit (Smith, Glass & Miller, 1980; Grawe, Donati & Bernauer, 1994).
- Es gibt dutzende von Theorien, die hier und da herangezogen werden, um therapeutisches Handeln zu begründen.
- Die herkömmlichen diagnostischen Kategorien geben so gut wie keine Anhaltspunkte darüber, welcher Interventionstyp bei einer bestimmten Störung angebracht ist. Die in den Manualen (DSM, ICD) skizzierten Diagnosen sind theorieelos und nicht darauf ausgerichtet, therapeutische Ideen zu fördern.
- Es gibt einen deutlichen Anteil sowohl an unspezifischer wie auch an spezifischer Wirksamkeit, der offenbar in allen Therapieformen nachweisbar ist (vgl. Revenstorf, 1996a).

Zunächst ist gut belegt, daß Psychotherapie im Sinne einer Verschiebung in die posi-

Effekte innerhalb einer Stichprobe $r = .30$ bis $.45$ (Var% 10-20)

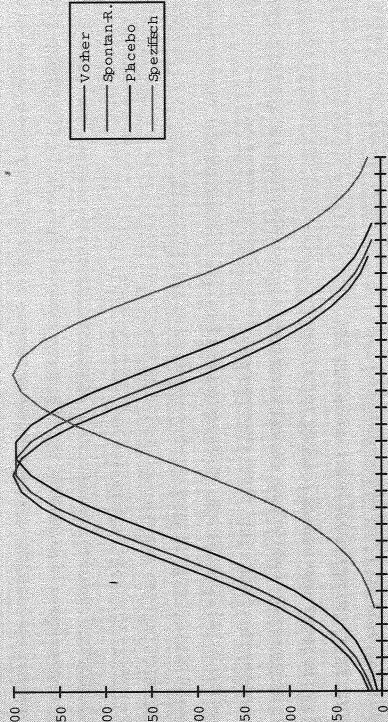


Abb. 1: Effektstärken aus 1400 Studien für Spontanremission, unspezifische Faktoren (additiv aus Spontanremission und Placebo), spezifische Faktoren und Psychotherapie insgesamt (additiv aus Spontanremission, Placebo und spezifischen Faktoren; nach Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

Spezifische und unspezifische Anteile am Therapieerfolg

Therapie	Studienzahl	ES	Anz. Maße	signf.
Prae-Post				
VT	19	1.23	487	
PA	19	0.83	487	
FT	9	1.13	723	
GT	9	0.87	723	
insgesamt:	41	1.21	1401	
Kontroll-G	19	0.36		
spezifisch:		0.85		
„Placebo“	69	0.31		
Spontan=remission	111	0.10		

Therapie-Vergleiche

VT-PA	22	12.27	249	+16/+1
VT-GT	11	10.18	141	+9/0
VT-FT	4	(1.14)	21	+1/0
GT-PA	3	(1.02)	53	+1/+1
GT-FT	-	-	-	-
FT-PA	1	4.94	15	+1/0

Tab. 1: Effektstärken im Vergleich der Therapieformen Kognitiv-Behaviorale (VT), Gesprächs- (GT), analytische Fokal- (PA) und Familientherapie (FT). Im unteren Teil der Tabelle sind Angaben über Prae-Postvergleiche der Therapieformen, sowie unterschiedlicher Kontrollgruppen zusammengetragen: Placebo-KG („Placebo“), Wartelisten-KG (Spontanremission) und vermischte KG (Kontroll-G). Die Angaben wurden nach Grawe, Donati und Bernauer (1994) zusammengestellt.

tive Richtung Klienten hilft (Abb. 1), und zwar ist der Effekt deutlich besser als in anderen Bereichen (etwa in manchen einfachen pädagogischen Interventionen). Psychotherapie kann sich gewissermaßen sehen lassen.

Das ist beruhigend und ermutigend. Beunruhigend ist allerdings etwas anderes. Es gibt nämlich zahlreiche Untersuchungen dazu, daß es sehr unterschiedliche Therapieformen sind, die sich als wirksam erweisen, und das macht den schulorientierten

Betrachter ratlos. Es scheint keinen roten Faden zu geben, der die wirksamen Methoden verbindet. So schneiden die kognitiven Therapien besonders gut ab. Althergebrachte Methoden dagegen, wie das Autogene Training geben kein so gutes Bild ab. Auf der anderen Seite scheint es, daß die artverwandte Meditation eine wirksame Therapie ist. Für Gesprächstherapie wurde die Wirksamkeit ebenfalls hinreichend belegt, für Gestalttherapie noch nicht und für Psychoanalyse nur bei kurzer Therapiedauer (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Es bleibt unklar, nach welchem Prinzip sich die „Spreu vom Weizen“ trennt.

Ein anderer Grund zur Beunruhigung besteht darin, daß es zwar einen spezifischen Anteil am Therapieerfolg gibt, wie Untersuchungen mit Kontroll- und Placebogruppen zeigen, aber einen nicht unbeträchtlichen unspezifischen Anteil, neben deutlichen, wenn auch geringeren Effekten der Spontanremission.

Diese Fakten machen verständlich, daß viele Therapeuten ihre Schulrichtung aufgeben, und es erhebt sich die Frage: Gibt es einen Ausweg aus der Situation, die theoretisch wie praktisch unbefriedigend ist? Es bieten sich mehrere Alternativen (vgl. Norcross & Goldfried, 1992):

1. Entweder sucht man nach einer *Metatheorie* der Veränderung, die sich nicht mehr an einzelnen Veränderungserscheinungen orientiert, sondern ein übergeordnetes Schema liefert, in dem sich Veränderungen darstellen lassen.
2. Oder man beschränkt sich auf den sog. *technischen Eklektizismus*, den Lazarus schon vor zwanzig Jahren vorgeführt hat, wobei für jeden einzelnen Anwendungsbereich und jede Interventionsform unterschiedliche theoretische Grundlagen zitiert werden können (Lazarus, 1976, 1981).
3. Etwas jünger ist der sog. *systematische Eklektizismus*, der von Autoren wie Beutler (1983, 1992) formuliert wurde. Dabei wird davon ausgegangen, daß es viele nützliche Interventionen gibt, und zwar für bestimmte Kliententypen und Störungen je etwas passendes.

4. Und dann gibt es noch den *pragmatischen Eklektizismus*, der einerseits sehr alt ist, wie beispielsweise Frank (1973) in seinem Vergleich von Heilern und Psychotherapeuten zeigt. Auch Milton H. Erickson kann als pragmatischer Eklektizist bezeichnet werden; programmatisch-pragmatisch sogar, weil er sich immer gewiegt hat, theoretische Aussagen zu machen, und weil er behauptet hat, in jedem Fall neu anfangen zu haben, über die Behandlungs-Strategien nachzudenken. Das stimmt natürlich nicht, denn auch er hatte ein Repertoire an Strategien, das viele seiner Schüler zu formulieren versucht haben (Erickson & Rossi, 1975; Gilligan, 1987; Yapko, 1984; Zeig, 1994; Zeig & Lankton, 1988).

7. Der *technische Eklektizismus* (2) nutzt die vorhandene Theorienvielfalt in der Psychologie. Da gibt es physiologische Theorien, solche über Informationsverarbeitung,

1. Metatheorie

- Kopplung
- Destabilisierung
- Orientierung
- Stabilisierung

2. Minitheorien

1. Physiologische Dispositionen (Frustrationstoleranz, Erregbarkeit, Schmerztoleranz usw.)
2. Unbewußte Informationsverarbeitung
3. Emotionstheorien
4. Assoziatives Lernen
5. Erfolgs-Lernen
6. Modellernen
7. Überzeugung und Information
8. Schematheorien
9. Dissonanztheorien
10. Kommunikationstheorien
11. Gruppendynamik
12. Kybernetik
13. Chaostheorie

3. Indikation (Indikationskatalog von Beutler)

Problemmatur: Defizit-Exzeß
 Angstverarbeitung: „Sensitizer/Repressor/Container“
 Attributionsstil: extern/intern
 Interaktionsstil: hohe/niedrige Reaktanz

4. Individualisierung

M. H. Ericksons Therapie-Prinzipien

Abb. 2: *Metatheorie und drei Arten von Eklektizismus als Auswege aus dem Methoden- und Theorienpluralismus der Psychotherapie: Theorienvielfalt (Technischer Eklektizismus), Indikation (Systematischer Eklektizismus), Individualisierung (pragmatischer Eklektizismus).*

Emotionstheorien und mindestens zwölf verschiedene Lerntheorien (Razran, 1971). Es wird die Schematheorie von verschiedenen Autoren herangezogen und unterschiedlich genau definiert; manche meinen dabei Piaget (z.B. Grawe, 1992), andere fassen sie ein bißchen weiter (z.B. Beck, 1976). Kommunikation, genetische Disposition, Gruppendynamik und die Chaostheorie werden bemüht. Die Auswahl an Theorien, die man für therapeutisches Handeln heranziehen könnte, ist groß. Die Vielfalt ist

vielleicht nicht ganz zu umgehen; einen großen Wurf, der alles umfaßt, kann man sich nicht leicht vorstellen. Die Situation bleibt unbefriedigend, weil die Beliebigkeit der Begründungen Unbehagen bereitet (Abb. 2).

Der *systematische Eklektizismus* (3) konzentriert sich auf die Merkmale, an denen man die Probleme und die Klienten unterscheiden kann. Leidet der Klient an einem Defizit oder an einem Exzeß? Handelt es sich um eine von drei Formen der Angstverarbeitung? Danach indiziert sich entsprechend die Intervention. Beutler (1992), i. Beutler (1992); hält z.B. für neurotische „Sensitizer“, „Repressoren“ und „Container“ jeweils entsprechend Problemlösen, Entspannung und den „Zwei-Stuhl-Dialog“ für angemessen. Zusätzlich wird nach Reaktanz und Attributionsstil unterschieden. Es ergibt sich ein beeindruckendes Indikations-Schema. Zugleich ist es jedoch fragwürdig, nach so einem Schema vorzugehen, weil das wahrscheinlich zu mechanisch ist (vgl. Revenstorf, 1996 a).

Im letzten Therapieansatz, dem *pragmatischen Eklektizismus* (4), wird das therapeutische Angebot - so weit es überhaupt geht - individualisiert. Zwar impliziert auch der systematische Eklektizismus eine Individualisierung, aber Pragmatiker wie Erickson gehen viel weiter, indem sie bei jedem Klienten andere Prinzipien und pragmatische Handlungsrichtlinien verwenden und sich dabei im wesentlichen auf ihre Intuition stützen.

Nicht-Trivialität und Mehrschichtigkeit

Nachdem die verschiedenen Eklektizismen unbefriedigend, wenn auch vielleicht unvermeidbar bleiben, soll kurz diskutiert werden, ob es etwas wie eine übergeordnete Theorie, eine Metatheorie der Veränderung geben kann. Es liegen dafür eine Reihe von Gesichtspunkten vor, die sich in den letzten zwanzig Jahren entwickelt haben.

Der erste Beitrag zu einer Metatheorie könnte darin liegen, nicht von einer einzigen Art von Determination auszugehen, wie sie aus den physikalischen Wissenschaften übernommen worden ist, nämlich einer kausalen Determination: wenn eine Störung auftritt, gab es eine Ursache, etwa einen kindlichen Konflikt. Der wird ausgeräumt und dann ist das Problem behoben. Daneben gibt es eine finale Betrachtungsweise, wie sie von C.G. Jung oder anderen Autoren wie Adler aber auch von den Humanisten mit einer zukunftsorientierten Sicht des Menschen und seiner Individuation vertreten wird. Davon unabhängig ist der Standpunkt der zirkulären oder systemischen Determination des Verhaltens. Hier wird angenommen, daß sich das ganze System ändert, wenn sich ein Individuum in einem System signifikanter Bezugspartnern ändert (Abb. 3).

Man kann davon ausgehen, daß alle drei Betrachtungsweisen zweckmäßig sind, je nachdem ob man die Herkunft, die Orientierung oder den Kontext des Individuums betrachtet. Wenn wir auf Erklärung und Begründung abzielen, ist die kausale Betrachtung

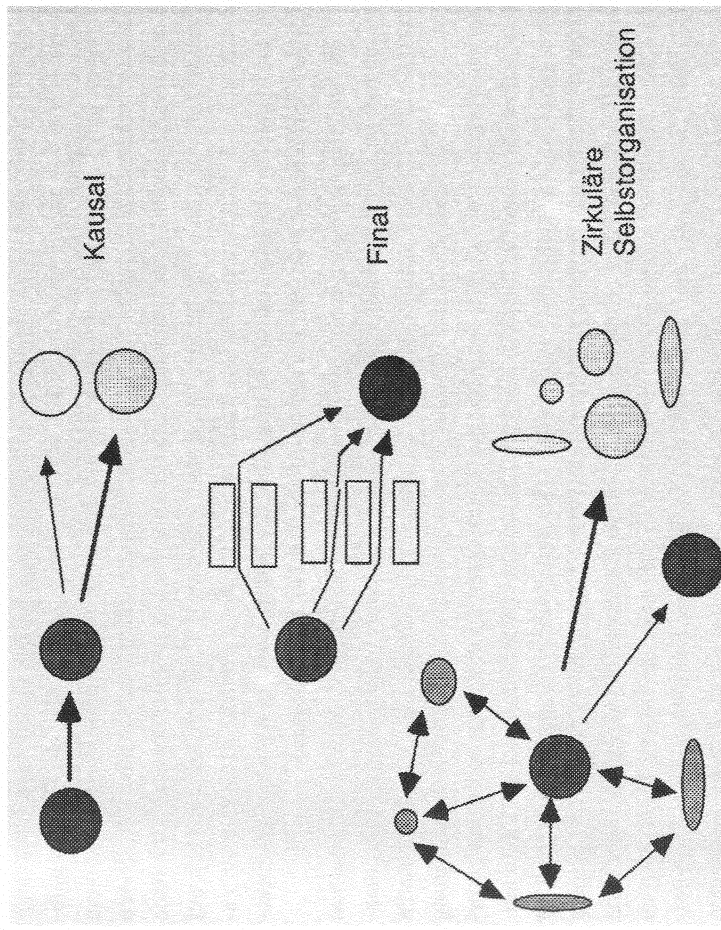


Abb. 3: Kausale, finale und systemische Betrachtung von Veränderung

tung sinnvoll. Wenn es darum geht, Perspektiven für den Klienten zu entwickeln und der Hoffungsaspekt im Vordergrund steht, dann ist die finale Betrachtungsweise vorzuziehen. Wenn die Regeln und Bezüge zu anderen im Vordergrund stehen, ist die systemische Betrachtung angemessen.

Als zweiter Gesichtspunkt ist bei einer Metatheorie die Idee der Nicht-Trivialität des Verhaltens zu berücksichtigen (v. Förster, 1985). Es hat lange gedauert, bis man sich darauf besonnen hat, daß der Mensch keine Maschine ist, zumindestens keine tri-viale Maschine in dem Sinne, daß man den Input variiert und aus dem Output dann einen empirischen Zusammenhang über eine vorhersagbare Funktionsweise des Organismus konstruieren kann (Skinner's Blackbox-Modell). Zwar war die aufklärerische Annahme Descartes, der Mensch könne zumindest körperlich wie ein Automat reagieren, schon von den Romantikern zurückgewiesen worden; sie hat sich dann aber im Zuge einer reduktionistischen Psychologie in Psychoanalyse wie im Behaviorismus wieder breit gemacht.

Die Auffassung, daß der Mensch oder auch schon einfache Organismen nicht-tri-

viale Maschinen seien, daß sie nämlich Freiheitsgrade haben, die in nicht vorhersagbarer Weise von ihnen genutzt werden, ist erst wieder mit der Idee der Selbstorganisation in den Vordergrund getreten (Maturana & Varela, 1987). Zum Beispiel kann ein Therapeut empathisch geschickt mit seinem Klienten reden und für eine Zeit dessen Zustimmung finden. Aber dann sagt sich dieselbe Person möglicherweise, „Ich habe das Gefühl, ich werde manipuliert“, und wird reaktant, d.h. sie schaltet innerlich auf einen anderen Reaktionsmodus um. Dem Individuum diese Freiheit zuzugestehen garantiert zugleich ein Mindestmaß an menschlicher Würde - was in manchen Therapieformen übersehen wurde, etwa in der traditionellen Verhaltenstherapie.

Ein weiterer Aspekt zu einem Metamodell der Veränderung, der etwas mit Erickson zu tun hat, ist, daß der Klient, der in einer Sackgasse seines Leidens fixiert ist, in manchen Fällen von einer vorübergehenden Labilisierung profitiert. Dieser Zustand macht u.U. eine Neuorganisation des Systems eher möglich als die planvolle Orientierung auf ein vorgefaßtes Ziel. Die Aufgabe des Therapeuten könnte dann so gesehen werden: Zunächst nimmt er mit dem Klienten Kontakt auf (*Kopplung*), der in seinen eingeschränkten Optionen sowie innerlichen oder äußerlichen Blockaden befangen ist (Abb. 4). Durch die Kopplung (Rapport) wird ermöglicht, daß das, was der Therapeut kommuniziert, Resonanz erzeugt. Innerhalb dieser Kommunikationsmöglichkeit kann es dann sinnvoll sein, eine kognitive oder emotionale oder interaktive Verstärkung zu initiieren (*Destabilisierung*), eine Turbulenz im Sinne der Unterbrechung von depressiven, zwanghaften oder phobischen Mustern. Perls hat diese Art der heilsamen „Störung“ Frustration genannt. Darauf folgt dann die nicht-triviale Neuorganisation des Verhaltens, die der Therapeut nicht beeinflussen kann, sie ist, wie es heißt, autopoietisch (vgl. Revenstorf, 1991).

Ein völlig anderer Gesichtspunkt ist, daß sich Erfahrung und Verhalten auf sehr vielen Ebenen manifestieren. Biologen haben schon früher derartige Schicht-Modelle für so eindeutige Prozesse wie den Herzinfarkt entwickelt (vgl. Engel, 1986). Psychologen haben offenbar nicht wahrhaben wollen, daß verschiedene Therapieformen das selbe Problem nur auf verschiedenen Ebenen aufgreifen.

Einige dieser Ebenen sind somatisch, andere betreffen die bewußte und unbewußte Informationsverarbeitung, wieder andere das sichtbare Verhalten und die Interaktion. Einige Ebenen im sozialen Raum um das Individuum gehen über das hinaus, was man traditionell als Person betrachtet. Sie sind aber, wie schon Lewin betont hat, als Feld um das Individuum ein Teil seiner Persönlichkeit. Dazu gehören die Ursprungsfamilie, Ehepartner, Kinder, Gruppenbeziehungen. Dieser Raum läßt sich auf die Kultur ausdehnen und, wenn man will, auf das Universum, in das der einzelne sich sinnstiftend einordnen möchte. Es scheint mir wichtig, diese Mehrschichtigkeit des Erlebens und Verhaltens zu akzeptieren; denn dann wird klar, daß einzelne Therapieformen auf

Metatheorie der Veränderung

Matching -> Labilisierung -> Orientierung -> Stabilisierung

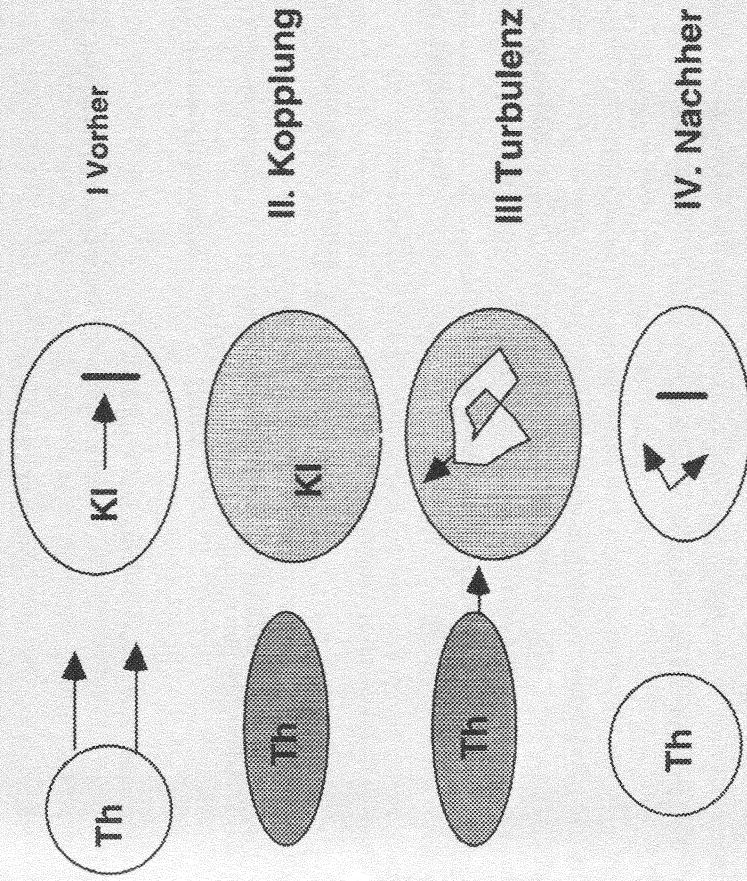


Abb. 4: Metatheorie der Veränderung in vier Schritten (aus Revenstorf, 1996a)

verschiedenen Ebenen angesiedelt sind und dort ihren Dienst tun, so daß sich der Schulenstreit erübrigt (vgl. Revenstorf, 1992, 1996a).

Unbewußte und bewußte Informationsverarbeitung

Von diesen Betrachtungsebenen interessiert für die Diskussion hier die der Informationsverarbeitung. Landläufig wird zwischen unbewußtem und bewußtem Denken unterschieden. Seit Freud gibt es das Konzept des Unbewußten als festen Bestandteil unserer Beobachtung. Übrigens hat sich zur gleichen Zeit die Volitionspsychologie etwa bei Wundt, James oder Dilthey entwickelt. Eine ähnliche Betonung des bewußten und unbewußten Anteils am Denken wie am Ende des vergangenen Jahrhunderts scheint sich am Ende dieses Jahrhunderts zu wiederholen. Mit der kognitiven Therapie ist das Bewußtsein als Interventionsebene in den Vordergrund gerückt und

Ebenen der Informationsverarbeitung	
VERARBEITUNGS-EBENE	PRODUKTION INTERVENTION
U3: Subliminal-Unbewußtes	Subzeption auditive und visuelle subliminale Stimulation
U2: Traum-Unbewußtes	Traum Deutung der Symbole und Archetypen als Hinweis und Ressource
U1: Trance-Unbewußtes	Trance Hypnose, Meditation, Katathymes Bilderleben
B1: Vorbewußtes	Idole, Schemata Disput irrationaler Ideen
B2: Bewußtes	Vorstellungen, Bilder Problemanalyse, Planung, Werte, Logik
B3: Sprache	Schrift, Worte Argumente, Selbstinstruktion, Rückmeldung, Umdeutung, Bewertung

Abb. 5: Bewußte und unbewußte Informationsverarbeitung

zugleich hat sich auch das Interesse an der Hypnose verstärkt (vgl. Revenstorf, 1994). Es ist jedoch sinnvoll, eine differenziertere Unterteilung der kognitiven Prozesse vorzunehmen.

Mindestens drei Ebenen des Unbewußten kann man unterscheiden: Das Subliminal-Unbewußte (U3), das sich dem bewußten Zugriff völlig entzieht, ist die Ebene, auf der subliminale Wahrnehmung stattfindet. Bekannt sind Experimente, in denen man etwa in einem Film das Wort Coca-Cola mehrfach unterschwellig (6 ms) eingeblendet hat und die Zuschauer danach mehr tranken. Oder es wurden Probanden unterschwellig die Antworten auf Fragen mitgeteilt; sie antworteten dann korrekt, hielten das aber für ihren eigenen „Einfall“ (zusammenfassend s. Dixon, 1981; Bornstein & Pittman, 1992; Perrig, Wippich & Perrig-Chiello, 1993; Swingle, 1992). Diese Ebene ist offenbar nicht bewußt, d.h. willentlich zugänglich, sie existiert jedoch nachweislich sowohl

im visuellen wie im akustischen Bereich.

Das, was Freud und Jung als Unterbewußtes oder als Unbewußtes bezeichnet haben, könnte man Traum-Unbewußtes (U2) nennen. Träume sind zwar autonome Produktionen des Unbewußten, die man erst nach langem Training willentlich beeinflussen kann („Luzides“ Träumen; La Berge, 1987). Träume haben eine gewisse Ähnlichkeit mit den Phänomenen, die in Trance beobachtet werden, mit dem Unterschied, daß der Trancezustand herstellbar ist. Weil sie leichter zugänglich ist, könnte man diese Ebene als Trance-Unbewußtes (U) bezeichnen, als Ebene, zu der man mit Hypnose, Meditation und ähnlichen Verfahren vordringen kann.

Auch das, was üblicherweise Bewußtsein genannt wird, ist zu differenzieren. Auf der Ebene des Vorbewußten (B1) wird von Ellis und anderen Autoren eine gedankliche Produktion angesiedelt, die für unsere heimlichen, irrationalen Wünsche verantwortlich ist, z.B. die uneingestandenen Ansprüche und Erwartungen, perfekt zu sein oder von allen geliebt zu werden. Diese Schicht ist durch Argumentation und Disput im Sinne von Ellis oder Beck relativ leicht zu erhellen (Beck, 1979a, 1979b; Ellis, 1977; Ellis & Grieger, 1977).

Nicht weit entfernt davon ist unser Alltagsbewußtsein (B2), in dem wir Pläne schmieden, Vorschläge ausarbeiten oder Haushaltslisten im Kopf haben. Hier wird ganz rational und explizit gedacht, geplant und auf Lösungen hingearbeitet. Von dem wiederum, was inform von Bildern oder Ideen bewußt ist (Rollins, 1989), unterscheiden sich die sprachlichen Formulierungen (B3). Die Sprachgewohnheit, der Jargon, schränkt den Ausdruck unseres Bewußtseins ein, weil Sprache von Metaphern aus der Erfahrung geprägt ist; das geht häufig mit impliziten Wertungen einher, die wir leicht übersehen. Beispielsweise nennen wir jemanden jugendlich, der jünger aussieht, als er ist, und implizieren damit eine unserer Kultur entsprechende positive Bewertung; dabei könnten wir ihn auch als für sein Alter unreif bezeichnen. Es ist sehr sinnvoll, die Sprache des Klienten genauer zu untersuchen, darauf zu achten, welche Bilder er verwendet, um sein Problem zu beschreiben, wie das Jonas (1985) empfiehlt. Er nennt die Untersuchung der „Eigensprache“ des Klienten Ideolektik. Die sprachliche Ebene ist die der zwischenmenschlichen Kommunikation, mithilfe derer eine Person auch angeleitet wird, ihre Erfahrung anhand von Selbstinstruktionen zu verändern.

Zwei Anmerkungen zu dieser Ebene: Die Sprachpsychologie (Luria, 1982; Vygotsky, 1962) geht davon aus, daß sich Denken durch Internalisierung von Sprache etabliert. Andererseits datiert Jaynes (1979) die Entstehung des Denkens auf etwa 3000 v.Chr.; Gedanken seien zunächst heteronom als Stimmen der Götter interpretiert worden, bis sie dann schriftlich fixiert zur autonomen Leistung des Individuums wurden. D.h. über die Frage, was zuerst kam, Sprache oder Denken, läßt sich streiten.

Die Vorläufer der kognitiven Therapie

Auf den sechs kognitiven Ebenen ist sowohl Hypnose wie auch die kognitive Therapie angesiedelt. Therapie auf der Ebene des Archaischen und inhaltlich z.T. Unbewußten ist inform von Heilungsritualen vermutlich so alt wie die Menschheit selbst und findet sich z.B. in den dionysischen Kulte und dem Tempelschlaf des Asklepios-Kultes der vorsokratischen Zeit. Im Gegensatz zu den vorsokratischen Naturphilosophen waren die Sophisten in den griechischen Stadtstaaten mehr am Menschen selbst und seiner Lebensweise als an einer Welterklärung interessiert; unter ihnen Sokrates sowie viele nachfolgende Philosophen, die wohl als die ersten kognitiven Therapeuten bezeichnet werden können. Schon in der Klassik kann man von kognitiver Therapie sprechen, weil die alten Philosophen versucht haben, sehr unterschiedliche Lebensregeln zu entwerfen, nach denen die Menschen handeln sollten, um glücklicher zu werden bzw. weniger zu leiden. Der Veränderungsmechanismus, auf dem diese „Interventionen“ beruhen, ist die Argumentation, also die explizit verbale Ebene.

Die Sophisten haben etwa 500 vor Christi herausgefunden, daß es keine Maßstäbe gibt, die endgültig festliegen, sondern daß alles relativiert werden kann. Bekannt als Meister der Rhetorik hatten sie die gute Absicht nachzuweisen, daß alle Wertungen ins Gegenteil verkehrt werden können. Ein sophistischer Kernsatz lautet: „Es gibt keine absolute Wahrheit. Der Mensch ist das Maß aller Dinge!“

Sokrates, etwas später, hatte etwas anderes im Sinn. Er meinte, der Mensch müsse vor allem davon abgebracht werden, daß er an überheblichen Gewisheiten bezüglich seiner Tugendhaftigkeit festhält. Das Suchen der Wahrheit sei die eigentliche Weisheit. Das macht den Menschen zwar unsicher, aber auch bescheidener. Sein Kernsatz war „Ich weiß, daß ich nichts weiß“. Er hat viel Mühe darauf verwendet, seine Mitmenschen in Ungewisheit zu stürzen. Das war sein Unglück, hat ihn aber zugleich auch unsterblich gemacht.²

Die Hedonisten wollten auf etwas anderes hinaus, nämlich darauf, das Leiden zu minimieren. Sie schlugen vor, das Leben wohlüberlegt möglichst freudvoll zu gestalten. Dabei sollte Epikurs Katalog mit vierzig Lebensregeln helfen. Das Wesentliche dabei ist: „Genieße das Angenehme, vermeide das Unangenehme, und wenn es nicht zu vermeiden ist, ignoriere es einfach.“

Diogenes indessen mit seiner Minimalphilosophie empfahl, überhaupt keine Ansprüche zu stellen: „Ich verzichte auf alles, dann kann mir auch niemand weh tun; wenn ich nichts habe, dann kann ich nichts verlieren.“ Und nicht einmal Alexander der Große konnte ihm etwas geben; er durfte ihm lediglich aus der Sonne gehen.

Die Stoiker schließlich werden interessanterweise häufig von den Kognitivistinnen (z.B. Ellis) zitiert. Sie vertraten die etwas langweilige Lebensregel, daß man die Extre-

Kognitive Therapie in der Antike

RELATIVISMUS

Sophisten (z.B. Protagoras): „Der Mensch ist das Maß aller Dinge.“

NICHTWISSEN

Sokrates z.B.: Tugend erlangt man durch liebendes Bemühen und Zweifel an der Gewisheit: „Ich weiß, daß ich nichts weiß.“

VERMEIDUNG DES UNGLÜCKS

Hedonisten (z.B. Epikur): „Genieße das Angenehme. Vermeide das Unangenehme; und wenn es nicht zu vermeiden ist, ignoriere es.“

VERZICHT

Kyniker (z.B. Diogenes): Bedürfnislosigkeit schafft Unabhängigkeit; „Geh mir aus der Sonne, Alexander.“

GLEICHMUT

Stoiker (z.B. Epiktet, Seneca): „Das Gute an beständigem Unglück ist, daß es abhärtet.“

Abb. 6: *Antike Lebensweisheiten* (aus Revenstorf 1996c)

me vermeiden sollte, also ohne allzu große Tiefen und Höhen sein Dasein verbringen soll, um ungestört leben zu können. Das hat manchmal einen etwas sarkastischen Unterton, wie zum Beispiel in Epiktets Satz: „Das Gute an beständigem Unglück ist, daß es abhärtet.“

Alle diese Sentenzen sind nichts weiter als Selbstinstruktionen, also Sichtweisen, die man sich selbst einhämmert, um die Umwelt in geeigneter Weise umzudeuten und um sein Verhalten zu steuern. Die kognitive Therapie ist also etwa 2500 Jahre alt. Man könnte noch andere Autoren zitieren, etwa diejenigen, welche die mehr spirituellen Heilslehren des Taoismus oder Buddhismus (vgl. Jaspers, 1959) verkünden. Auch sie streben im Gegensatz zum Christentum nach Verringerung des menschlichen Leidens.

Diese Art kognitiver Modulation, um den Alltag besser ertragen zu können, setzte sich im Mittelalter fort. Auch die Mönche haben sich damit geplagt, daß die Gedanken eine wesentliche Rolle in unserer Erfahrung spielen, und sie waren der Meinung, der Kopf sei offenbar so eingerichtet, daß immer nur ein Gedanke Platz habe. Wenn wir nicht aufpassen, dann machen sich die falschen Gedanken breit, z.B.: „Ich brauche unbedingt diese Nahrung, sonst schade ich meiner Gesundheit“, was dann zu Völ-

Lasterhafte Selbsteinreden

VÖLLEREI

„Ich brauche unbedingt diese Nahrung, sonst schade ich meiner Gesundheit.“

HABSUCHT

„Du hast doch selbst nicht genug, warum sollst Du etwas geben.“

UNZUCHT

„Es hat keinen Zweck, gegen den Trieb anzukämpfen, er ist viel zu groß.“

TRAURIGKEIT

„Ich kann nicht mehr, es geht doch alles schief, ich bin ein Versager.“

ZORN

„Der andere gibt sich keine Mühe, er lebt verkehrt.“

LUSTLOSIGKEIT

„Wozu soll ich mich anstrengen, es ist doch alles sinnlos.“

RUHMSUCHT

„Die Menschen warten alle auf meinen Rat.“

Abb. 7: *Lasterhafte Selbsteinreden bei den mittelalterlichen Mönchen (Evagrus Ponticus, 4. Jh. n. Chr.; zit. nach Jäger, 1996).*

lerei führt. Um zu verhindern, daß solche Gedanken schnell und automatisch in unser Gehirn eindringen, wurde die monchische Therapie des „Antirhetikon“ eingeführt: Morgens ganz früh schweigt man und wartet auf den ersten lasterhaften Gedanken. Hat er sich erst einmal eingestellt, dann kann man wirksam gegen ihn vorgehen und eine passende „Gegen-Einrede“ finden.

Die Anweisung, wie man solche inneren Gegenreden gestaltet, entsprechen weitgehend dem, was Meichenbaum (1977) über die Selbstinstruktion sagt, nämlich: Es müssen persönliche Motive angesprochen werden, sie muß prägnant sein und soll die Früchte des Glaubens zeitigen. Hieraus resultieren Selbsteinreden wie die Psalmen, etwa „In Deine Hände lege ich mein Geschick“, oder wenn es ganz schlimm kommen sollte, „Wie’s kommt, so wird’s gefressen“ (Jäger, 1996).

Auf jeden Fall soll man den Tag schon ganz früh mit der frommen Einrede beginnen und sie an ganz gewöhnliche Ereignisse koppeln, wie an den Klang der Glocke, der ja häufig in den Klöstern zu hören ist (Premack-Prinzip) und fleißig wiederholen (Übungsprinzip).

Der Begriff des Unbewußten

Die Romantik ist als Gegenbewegung zur Aufklärung zu den Dingen zurückgekehrt, die naturverwurzelt und nicht mit Worten und der Logik faßbar sind. So hat der Dichter Jean Paul 1788, zu einer Zeit also, in der fremde Länder wie Afrika erkundet wurden, um Ressourcen zu finden, den Satz geprägt: „Unser wahres Afrika ist unser inneres Afrika, unser Unbewußtes.“ Da liegen unsere Ressourcen, da können wir etwas für uns gewinnen. Kulturpessimisten in der Folge der Romantik, wie Schopenhauer, Nietzsche oder eben auch Freud haben mit der Metapher vom Reiter und Pferd betont, daß das Unbewußte viel stärker und älter ist und daß das Bewußtsein zwar obenauf sitzt und sich als Lenker fühlt, aber nur ein letzter Auswuchs der Evolution sei - noch krüppelhaft und gar nicht richtig ausgereift. Die bewußte Einbeziehung der - im Grunde genommen archaischen Ebene - des Unbewußten als Ressource geschah eher in jüngerer Zeit (vgl. Ellenberger, 1970).

Während sich Freud und Jung vor allem mit der Struktur des Traum-Unbewußten (U2) auseinandergesetzt haben, hat Milton H. Erickson den Umgang mit dem Traumen-Unbewußten (U1) kultiviert, das bis dahin als Karikatur eines suggestiblen Befehlsempfängers existierte, etwa in den Suggestionstheorien von Bernheim, Coué und J.H. Schultz, ganz zu schweigen von den populären Mythen, die durch die Bühnenhypnose verbreitet werden.

Freud hatte die Es-Anteile des Unbewußten mit dem Primärprozeß gleichgesetzt, den er negativ bewertete als unsozial und egoistisch. Diese einseitige Sicht des Unbewußten als etwas Dümmlischem oder Böartigem hat Jung bereits aufgegeben und es ähnlich Erickson als Ressource betrachtet. Jung hat sich in der Hauptsache mit dem Traum-Unbewußten beschäftigt und viel über dessen Struktur gesagt. Er hat zwischen persönlichen und archetypischen Anteilen unterschieden und hat die Dramaturgie der Träume und ihre Symbolik beschrieben - wie vor ihm bereits Freud. Jung hat die Objekt- und die Subjektbene der Traumdeutung eingeführt und neben der wunscherfüllenden Funktion, die Freud betont hat, die darstellende, kompensatorische und hinweisende Funktion hervorgehoben, sowie die transformatorische Funktion der Großräume.

Ericksons Umgang mit dem Unbewußten

Erickson hat sich kaum mit Träumen, wohl aber mit den Trance-Phänomenen beschäftigt. Zur Struktur dieses Anteiles des Unbewußten hat er nicht viel geäußert, wohl aber dazu, wie man mit ihm umgeht. Wenn man versucht, seine Vorgehensweise in Prinzipien zu fassen, so haben sie alle etwas mit der Wertschätzung des Unbewußten zu tun, aber auch mit der Individualisierung des Therapieangebots, mit der Betonung der Einzigartigkeit des Individuums.

1. **Utilisation:** Sein wichtigstes Prinzip ist das der Utilisation. Damit ist gemeint, daß die pathologisierende Diagnose wenig nützlich ist - also etwa festzustellen, es handle sich bei dem Klienten um eine soziopathische, hysterische oder schizophrene Persönlichkeit (Sprachebene B3). Vielmehr profitiert die Therapie davon, sich auf die Ressourcen des Klienten zu konzentrieren, die mit dieser Persönlichkeitsstruktur und sogar mit den Symptomen verbunden sind, ohne die therapeutische Beziehung durch Etikettierungen zu blockieren. Auf die Trance angewendet bedeutet das beispielsweise, daß Widerstand oder geringe Suggestibilität eine Anpassung der Induktionstechnik erfordern.
2. **Indirektion:** Das zweite Prinzip Eriksons ist die Indirektion. Wenn Verhaltensanweisungen oder Instruktionen, die auf physiologische oder kognitive Prozesse gerichtet sind, beiläufig vermittelt werden, wird die bewußte Bearbeitung (die logische Analyse der Ebene B2) vom Zuhörer weitgehend als unnötig betrachtet. Dadurch wird auch das unterlaufen, was normalerweise an kognitiven Begrenzungen und Kriterien kreative Lösungen behindert.
3. **Autonomie:** Ein weiteres Prinzip der Ericksonischen Hypnose ist die Autonomie des Individuums. Er hat großen Wert darauf gelegt, Menschen von der Vorstellung abzubringen, daß Hypnose eine Fremdmanipulation sei, mit deren Hilfe Klienten umprogrammiert würden, wie das dummerweise durch andere Hypnose-ähnliche Therapienformen, etwa NLP oder Autogenes Training suggeriert wird. Für Erickson ist Trance nichts Unnatürliches, weder etwas Magisches noch Fremdgesteuertes. Sie ist einfach ein Zustand, in dem die Kreativität des Individuums gesteuert ist, möglicherweise durch Überschreitung der kognitiven Grenzen, die das Alltagsbewußtsein (B2, B3) dem Denken setzt.
4. **Konfusion:** Diese Grenzen behindern auch manchmal die Akzeptanz des Trancezustandes selbst. Daher kann die Verwirrung des kognitiven Systems durch Konfusion gewohnter Begrifflichkeiten auf der Ebene des sprachlichen Systems (B3) nützlich sein.
5. **Amnesie:** Da Sichtweisen oder Lösungen, die in Trance gefunden werden, oft mit dem Alltagsbewußtsein (B2) nicht ohne weiteres vereinbar sind, kann es sinnvoll

sein, sie nicht voll bewußt zu machen und das Unbewußte (U1) oder Vorbewußte (B1) zu schützen. Das tritt manchmal spontan durch Amnesie ein, aber es kann auch durch Ablenkung auf den Ebenen B2 oder B3 gefördert werden.

Diese Ideen vom Umgang mit dem Unbewußten gehen davon aus, daß in Trance eine Form der Informationsverarbeitung stattfindet (B1), die sich in ihren Prozesseigenschaften vom Alltagsdenken (B2, B3) unterscheidet. Die Diskussion der letzten 40 Jahre um diesen Sonderzustand ist eigentlich überflüssig (vgl. T.X. Barber, 1984; Spanos, 1986). Es kann an sich keinen Zweifel geben, daß man in Trance anders denkt. Jeder, der diese Erfahrung gemacht hat, wird dies bestätigen. Es ist vielmehr die Frage, wieviele Trancezustände es gibt und wie man sie beschreiben könnte: So haben etwa Fromm und Hart (1980) vorgeschlagen, die *Aufmerksamkeits-Breite* und den mentalen *Verarbeitungsmodus* (aktiv oder passiv) zu berücksichtigen. Aus den Kombinationen dieser beiden Aspekte ergeben sich vier Trancezustände: aktive und rezeptive mentale Haltung bei erweitertem und verengtem Fokus der Aufmerksamkeit. Trancen sind veränderte Zustände des Bewußtseins, so wie auch Drogen in ganz unterschiedlicher Weise das Bewußtsein verändern.

I. Unspezifische Nutzung: Umstellungs-orientiert
z.B. Entspannung / trophotroper Zustand

II Spezifische Nutzung: Lösungs-orientiert

A Explizite Nutzung
(strukturierte Intervention)

1) Symptom-orientiert:
z.B. Organvisualisierung

2) Problem-orientiert:
z.B. Trauma-Rekonstruktion

B Implizite Nutzung:

(unwillkürliche Reaktion als Kommunikation mit dem UB):
z.B. unbewußte Lösungen durch "Handanziehung"

Abb. 8: Arten der Nutzung von Trance

Nutzung der hypnotischen Trance

Trance als Teil der kognitiven Prozesse kann unspezifisch und spezifisch genutzt werden. In vielen Zusammenhängen ist der Trancezustand an sich schon heilsam, weil er muskuläre Entspannung, trophotrope Umstellung, Aktivierung des Immunsystems, Verminderung der Stresshormone und mentale Distanzierung mit sich bringt. Neben der umstellungsorientierten Nutzung gibt es zahlreiche Formen der lösungsorientierten, spezifischen Nutzung der Trance. Dabei läßt sich die explizite von der implizierten Vorgehensweise unterscheiden. Unter implizit wird hier verstanden, daß der Lösungsweg nicht vorgeschrieben (suggeriert wird), so etwa beim Reframing und den Techniken der Befragung des Unbewußten durch unwillkürliche Körperreaktionen (Fingersignale oder Levitationsphänomene). Dies kann man als eigentliche Trancearbeit ansehen, da hier der durch die Trance erleichterte Zugang zum Unbewußten genutzt wird, um Lösungen zu finden (s. Fallbericht unten).

Im Gegensatz dazu wird bei der expliziten Nutzung der Trance der Lösungsweg suggeriert und explizit beschrieben, etwa bei der hypnotischen Analgesie. Hier wird lediglich die erhöhte Suggestibilität, Visualisierungs- und Dissoziationsfähigkeit in Trance genutzt, um eine fremdsuggerierte Vorstellung wirksam werden zu lassen (z.B. „Handschuh-Analgesie“). Innerhalb der expliziten Verfahren ist noch einmal zu unterscheiden, ob eine symptomorientierte oder problemorientierte Lösung angestrebt wird. Im ersten Fall wird für das Symptom selbst eine Lösung angestrebt - etwa bei Schmerz- oder Angstbewältigungstechniken (z.B. dem „Ankern“ von Ressourcen). Bei den problemorientierten Vorgehensweisen dagegen wird der Entstehungszusammenhang des Symptoms revidiert. So wird bei der Rekonstruktion eines traumatischen Erlebnisses die Erinnerung an das Erlebnis in der Phantasie so ergänzt, daß das Symptom überflüssig wird (s. z.B. Hoppe, 1993).

Zwei Arten von Logik

Die unbewußte Informationsverarbeitung hat Freud durch den Primärprozeß gekennzeichnet und ihm das „Es“ zugeschrieben. Ein späterer Autor, Matte-Blanco (1975; vgl. auch Raynor, 1981) hat darauf hingewiesen, daß man die Charakteristika des Primärprozesses auch logisch fassen kann. Wenn man Prädikate betrachtet, mit denen wir Abläufe im Leben charakterisieren, kann man symmetrische und asymmetrische unterscheiden. Für die symmetrischen Prädikate sind Objekt und Subjekt gleichrangig; in den Sätzen „Ich treffe Dich“ oder „Ich esse mit Dir“ ist die ausdrückte Relation umkehrbar. Es wird keine Unterscheidung zwischen mir und Dir getroffen, weil wir gemeinsam essen oder uns gemeinsam treffen. Bei den asymmetrischen Prädikaten ist das nicht so. In den Sätzen „Ich trete Dich“ oder „Ich bezahle Dich“ ist die ausdrück-

te Relation nicht umkehrbar; ich bin der Zähler und Du bist der Empfänger. Damit wird eine Unterscheidung getroffen. Man kann darüberhinaus asymmetrische Prädikate symmetrisch benutzen, so wie Kinder davon ausgehen, wenn sie von ihren Eltern beschenkt werden, daß sich diese genauso freuen wie sie selbst. Die Art des Denkens und des Erlebens anhand von symmetrischen Prädikaten ist dadurch charakterisiert, daß Widersprüche keine Rolle spielen, daß Grenzen verschwinden und daß Gemeinsamkeit betont wird, dadurch nämlich daß die Beziehung umkehrbar, nicht-transitiv behandelt wird. Das ist das, was auch im Traum oder im Primärprozeß der Fall ist. Dabei verschwindet auch die Grenze zwischen Realität und Phantasie. Dieser Primärprozeß und das symmetrische Denken allgemein fördern das Gefühl der Gemeinsamkeit, der Symbiose. Zugleich rücken für das Subjekt seine Grenzen, seine Identität in den Hintergrund. Es scheint etwas für Menschen wichtiges zu sein, ein archaisches Gefühl des Aufgehobenseins entwickeln zu können - in Beziehungen aber auch in bestimmten Tätigkeiten. Diesen Aspekt hat Shor (1970) für die Beschreibung der hypnotischen Trance als „archaic involvement“ hervorgehoben.

Die asymmetrische Logik dagegen ist die unseres Alltags und die der Wissenschaft. Da sie zwischen Subjekt und Objekt unterscheidet, wird die Tendenz gefördert, Gren-

Primär- und Sekundärprozeß

Symmetrische und asymmetrische Logik

Primärprozeß	Sekundärprozeß
Symmetrische Logik	Asymmetrische Logik
Hans trifft Marie -> Marie trifft Hans	Hans sieht Marie # Marie sieht Hans
zeitlos	ordnet zeitlich
Fantasie = Realität	Fantasie # Realität
Umkehrbarkeit der Beziehung	Transitivität
betont Gemeinsamkeit	betont Unterschiede
arbeitet assoziativ	arbeitet logisch
kennt keine Negation	kennt Negation
toleriert Widersprüche	logischer Ausschuß
unklare Grenzen	definiert Grenzen
ermöglicht Symbiose	ermöglicht Identität
ozeanisches Gefühl	Isolation

Abb. 9: Zwei Arten von Logik, symmetrische und asymmetrische Logik (nach Matte-Blanco, 1975).

KREATIVITÄT

1. ANALYSE
2. BARRIERE / ERMÜDUNG
3. INKUBATION
4. A) ÜBERWINDUNG DER BARRIERE
4. B) UMSTRUKTURIERUNG / EINSICHT
5. ELABORATION DER LÖSUNG

Abb. 10: Problemlöse-Ablauf, in dem asymmetrischer und symmetrischer Denkmodus kombiniert sind.

zen zu ziehen und Objekte voneinander und vom Subjekt abzutrennen. Durch die damit verbundene Unterschiedlichkeit wird Negation möglich. Es ist logisch ganz eindeutig, was ein Nicht-Müller ist, oder was ein Nicht-Hans ist, wenn jemand Klaus Schulze heißt, weil er sich in Vor- und Nachnamen von den genannten Personen unterscheidet. Dieser Denkmodus ermöglicht den logischen Ausschluß, es werden Grenzen definiert, Unterschiede hervorgehoben, Transitivität herrscht vor, es wird zeitlich geordnet. Auf diese Weise wird Identität möglich.

Das heißt, der asymmetrische Denkprozeß ermöglicht Identität, aber grenzt aus, erzeugt Isolation. Der symmetrische Denkprozeß dagegen ermöglicht Symbiose durch Verwischung der Grenzen, bewirkt aber auch den Verlust der Identität. Menschen brauchen beides, um sich gut zu fühlen: Identität und Symbiose.

Kreative Lösungen

Die beiden Prozesse implizieren eine unterschiedliche Kreativität und haben etwas mit kognitiver Therapie und Hypnose zu tun (vgl. Feldmann, 1981). Der asymmetrische Prozeß liefert logisch stringente Lösungen und Überprüfungen, der symmetrische Prozeß dagegen assoziative, bildhafte Lösungen. Wahrscheinlich sind beide Prozesse für die Problem-Lösung vorteilhaft. Letzterer überschreitet die durch das Alltagsdenken gesetzten Grenzen und ersterer sorgt für die Reintegration der Lösung in das Alltagsdenken. Der eine wird in tranceähnlichen Zuständen und im Traum dominieren (U1, U2), der andere im Wachbewußtsein (B2, B3). Es ist also sinnvoll, beide Prozesse zu berücksichtigen und so in der Intervention mehrere Ebenen der Informationsverarbeitung einzubeziehen.

Beispiel einer Problemlösung

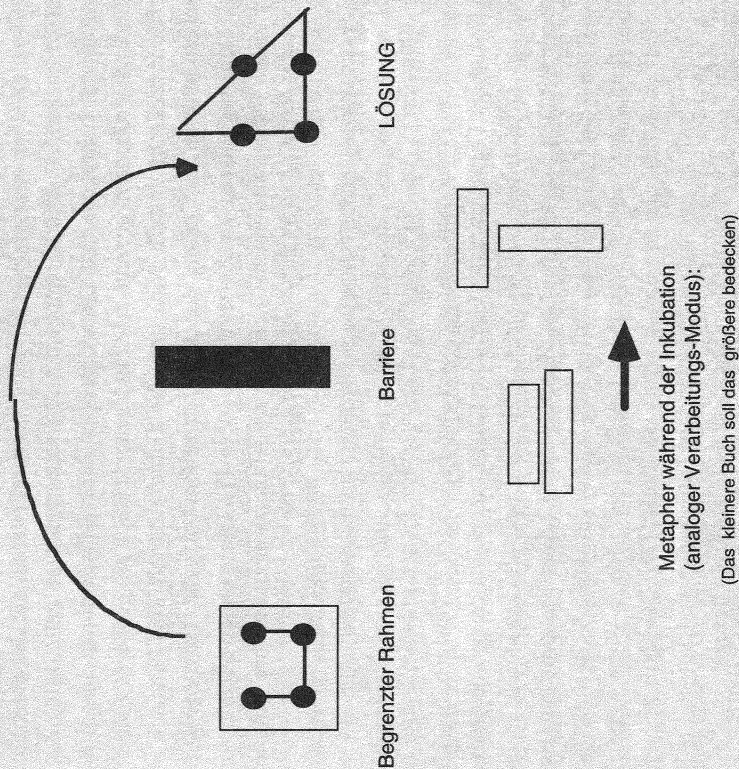


Abb. 11: Experiment zur Problemlösung mit Inkubationszeit

Lösungen entstehen durch den kreativen Umgang mit Situationen. Aus der Kreativitätsforschung ist bekannt, wie Physiker, Chemiker und andere rational orientierte Wissenschaftler ihre Denkprozesse gestalten. Daraus ergibt sich ein Ablaufschema zur Problemlösung, an dem das Unbewußte beteiligt ist (Abb. 10).

Zunächst erfolgt meist eine rationale Analyse des Problems (1) im Sinne der asymmetrischen Logik, wobei sich häufig eine Ermüdung und Frustration einstellt, wenn keine Lösung auftaucht. Darauf folgt eine Inkubationszeit, in der sich das Individuum auf der Ebene des Bewußtseins (B2) mit anderen Dingen beschäftigt (oder schläft), aber unbewußt das Problem im Auge behält. In dieser Zeit werden Wahrnehmungen und Bilder im Sinne symmetrischer Logik auf das Problem im Hintergrund angewandt. So soll Newton aus dem Fenster geschaut (B2), einen Apfel runterfallen gesehen und dieses Bild auf das Gravitationsproblem angewendet haben; oder Kekulé habe

im Traum das Bild des Oruborus auf die Benzolformel angewendet. Gibt man Probanden im Experiment eine Aufgabe, die schwer lösbar erscheint, und jemand demonstriert ihnen daneben eine analoge Aufgabe, die direkt nichts mit den eigentlichen Problemen zu tun hat, so wird sie unbewußt übersetzt und kann zur Lösung des Vordergrundproblems beitragen. Um etwa das Vier-Punkte-Problem zu lösen, wird dem nichtfindigen Probanden gezeigt, wie ein kleineres Buch ein größeres zudeckt, indem das größere aufrecht gestellt wird und das kleinere darauf liegt. Danach steigt die Wahrscheinlichkeit der Lösung der zuvor gestellten Aufgabe. Offenbar gilt es, eine analoge Denkbegrenzung zu überspringen. (Abb. 11) Diese unbewußt erzielte Lösung muß in vielen Fällen wissenschaftlich oder im Alltagsdenken auf ihre Tauglichkeit im Sinne der asymmetrischen Logik überprüft werden.

Fallgeschichte

Um zu illustrieren, daß die kognitiven Prozesse der Trance unbewußt sind und doch zur Lösung von Problemen beitragen, sei der Fall eines 32jährigen Ingenieurs mit einem Hodgkins-Carzinom angeführt. Der Klient unterzog sich gerade einer Chemotherapie mit erheblichen Beschwerden und stand vor der Frage, ob er in seinem lebensbedrohlichen Zustand auf den Heiratswunsch seiner Freundin eingehen solle. Seine Zerrissenheit bestand darin, daß er sich verstandesmäßig nicht sicher war, ob es für beide richtig sei, diesen Schritt zu tun. Auf der anderen Seite sagte ihm sein Gefühl, daß er sich in der Beziehung sehr wohl fühle. Der Zwiespalt zwischen Herz und Verstand war ihm aus vielen Entscheidungssituationen vertraut und es war ihm bekannt, daß er die Zweifel mit dem Verstand nicht auflösen konnte.

Um der Entscheidung mithilfe von Trance näher zu kommen wurde die implizite Technik (s. Abb. 8) der Handbewegungen und der Begegnung mit einem „Inneren Weisen“ verwendet. Zur Einleitung der Trance hielt der Klient die Hände so, als würde er einen Ball vor sich halten. Das Gefühl, die Hände würden gegenseitig angezogen (als verlöre der Ball die Luft) wurde als unwillkürliche Affirmation vereinbart. Während der Induktion wurde dem Klienten suggeriert, die Hände würden ohne sein willentliches Zutun weiter aufeinanderzuehen, wenn er unbewußt mit der Bearbeitung des Themas und der Tranceinduktion einverstanden sei, wenn es unbewußtes Wissen zur Problemlösung gäbe, wenn er unbewußt bereit sei, dieses Wissen zugänglich zu machen. usw. Dann wurde er gebeten, sich vorzustellen, er würde einem alten Mann (als Archetyp seiner inneren Weisheit nach C.G. Jung, bzw. als Metapher seines „stillen Wissens“ nach Polanyi) begegnen. Das innere Bild, das er dazu entwickelte, war ein Bischof mit einem Krummstab – was dem Klienten zunächst fremdartig erschien, da er nicht katholisch ist. In der nächsten Sitzung berichtete er, das Bild sei noch einmal im Traum aufgetaucht, und als er mit einem Freund später darüber

gesprochen hätte, sei ihm klar geworden, daß es Petrus war. Und dann wäre ihm der Zusammenhang klar geworden, daß Petrus einerseits der Zauderer („Ehe der Hahn kräht, wirst Du mich dreimal verleugnen.“) war und andererseits der Fels, auf dem die Kirche gebaut ist. Das bedeutete für den Klienten, daß sein Zögern geradezu der Beweis für seine Zuverlässigkeit sei. Sprach's und heiratete noch in der gleichen Woche.

Integration

Wenn man jetzt abschließend versucht, das zusammenzufassen, was die primärprozeßhaften, unbewußten und unwillkürlichen Mechanismen der Hypnotherapie mit der sekundärprozeßhaften Rationalität der Argumentation und Selbstinstruktion in der kognitive Therapie verbindet, dann verwirrt zunächst die große Menge von Interventionstechniken aus der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie und der Hypnotherapie, die sich gegenüberstehen. Im einzelnen kann hier darauf nicht eingegangen werden. Aber es ist interessant zu überprüfen, wie weit diese Verfahren kompatibel sind, wie weit sie sich ergänzen und wo sie unvereinbar erscheinen. (vgl. Revenstorf 1994.i.Revenstorf 1994.). Zunächst kann man eine Reihe von Gemeinsamkeiten zwischen Hypnotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie³ konstatieren: Beide Therapieformen sind lösungsorientiert und versuchen, eine veränderte Erfahrung durch Musterunterbrechung und Umstrukturierung zu bewirken. Bei beiden spielt Imagination (z.B. in der Desensibilisierung) eine Rolle.

Relevant sind die Komplementaritäten:

- *Arbeitsblindnis*: Während in der Verhaltenstherapie die therapeutische Beziehung als Kontrakt auf der Ebene B2 angestrebt oder sogar auf der Ebene B3 sprachlich formuliert wird, und der Therapeut gewissermaßen Arm in Arm, oder Schulter an Schulter mit dem Klienten dessen Problem zu lösen versucht, beschränkt sich die Hypnotherapie oft auf einen impliziten Kontrakt auf der Ebene B1, der es zuläßt, daß der Klient in eine kindlich rezeptive Rolle regrediert und der Therapeut ihm (ohne explizite Erläuterung) im Sinne von „Pacing und Leading“ die Arbeit zur Herstellung einer Arbeitsatmosphäre abnimmt.
- *Problemanalyse*: Anstelle der rationalen Analyse würde der Hypnotherapeut prüfen, welche der Charaktereigenschaften sich für den Veränderungsprozeß im Sinne einer Utilisation nutzen lassen.
- *Änderungsmotivation*: Da, wo der kognitive Therapeut Überzeugungsarbeit leistet oder argumentativ versucht, die einschränkenden Sichtweisen des Klienten mit rhetorischer Geschicklichkeit zu widerlegen und zu entkräften, würde der Hypnotherapeut vielleicht die Konfusion für effektiver halten, um das System auf dersel-

ben Ebene (B3) aus dem Gleichgewicht zu bringen, ohne zu versuchen die Logik zu bemühen.

- **Problemlösung:** Um Verhaltensalternativen zu finden, wird der Verhaltenstherapeut eine strukturierte Lösung des Problems anstreben (B2, B3), der Hypnotherapeut dagegen unbewußte Suchprozesse evozieren (U1).
- **Neuorientierung:** Wo der kognitive Therapeut die Fakten bemüht, um eine veränderte Sichtweise des Klienten zu erleichtern, ist hypnotische Trance geeignet, durch fiktive Ergänzung der Erinnerung in der Vorstellung und durch Metaphern Einstellungen zu korrigieren, weil die Grenze zwischen Fakten und Fiktionen nicht so scheinbar klar ist wie im rationalen Disput.
- **Planung:** Wo der Verhaltenstherapeut eine transparente Planung vorzieht, erscheint dem Hypnotherapeuten das strategische Vorgehen günstiger, um Änderungsmotivation zu erzeugen.
- **Umsetzung:** Da, wo die direkte Verschreibung in der Verhaltenstherapie üblich ist, wird der Hypnotherapeut u.U. Beiläufigkeit und indirekte Suggestion vorziehen, um Widerstand zu vermeiden.

Ohne diese Punkte im einzelnen durchzugehen, wird deutlich, daß sich beide Verfahren ergänzen, indem je nach Orientierung des Therapeuten das eine Verfahren im Vordergrund steht und die Vorgehensweise zugleich auf der anderen Ebene verankert wird, so daß Prozesse auf mehreren Ebenen einbezogen werden (B3, B2, B1, U1), wobei auch die Produktion von Träumen und deren Hinweisfunktion genutzt werden kann (U2). Über die Wirkung von Subliminal-Information (U3) liegen im übrigen hinreichend viele klinische und experimentelle Ergebnisse vor (Silverman, 1982), die gewährt werden, diesen Bereich systematischer zu erforschen (s. Metzner & Revenstorff, 1996). So wie wissenschaftliches Denken von den averbalen, analogen und unbewußten Prozessen profitiert, so kann auch die Kreativität der therapeutischen Veränderung davon profitieren. Einen wesentlichen Impuls, eine neue aufgeklärte Philosophie zu konzipieren, erhielt Descartes aus einem Traum, den er 1617 hatte: Er träumte von der Inschrift „Quod vitae sectatur iter“ und von einem dicken Buch, das er als Enzyklopädie des Wissens identifizierte. Genau so überzeugend wie die Macht des Wortes sind die inneren Bilder.

Literatur

- Barber, T.X. (1984). Changing „unchangeable“ bodily processes by (hypnotic) suggestions: A new look at hypnosis, cognitions, imagining, and the mind-body problem. *Advances*, 1, 7-40.
- Beck, A.T. (1979). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A.T. (1979). Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. München: Pfeiffer.
- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic Psychotherapy*. New York: Pergamon
- Beutler, L.E. (1992). Selective treatment matching: Systematic eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *The handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Bornstein, R.F., & Pittman, T.S. (1992). *Perception without Awareness*. New York: Guilford
- Dixon, N. F. (1981). *Preconscious processing*. New York: Wiley.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious* (Deutsch: *Die Entdeckung des Unbewußten*. Zürich: Diogenes, 1985)
- Ellis, A. (1977). *Die Rational-Emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.) (1977). *Praxis der rational-emotiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Erickson, M.H. & Rossi E.L. (1981). *Hypnotherapie*. München: Pfeiffer.
- Erickson, M. H. (1980). *Collected Papers*, Vol I-IV, ed. by E. L. Rossi. New York: Irvington.
- Feldman, J. (1981). Subliminal perception and information theory. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner & Mazel (deutsch in *Hypnose und Kognition*, 5(2), 74-86, 1988).
- Foerster, H. v. (1985). *Sicht und Einsicht*. Braunschweig: Vieweg.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fromm, E. & Hart, S.W. (1980). Ego-psychological parameters of hypnosis and other altered states of consciousness. In G.D. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (p. 13-27). New York: Elsevier.
- Gilligan, S.G. (1987). *Therapeutic trances*. New York: Brunner Mazel.
- Grawe, K. (1992). *Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre*. Psychologische Rundschau, 3, 132-162.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hoppe, F. (1993). *Schmerz*. In D. Revenstorff (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (297-312). Berlin: Springer.
- Jäger, E. (1996). *Kognitive Therapie bei Depressiven*. Dissertation, Universität Tübingen.
- Jaspers, K. (1959). *Einführung in die Philosophie* Bd.I. München: Diogenes.
- Jaynes, J. (1985). *Der Ursprung des Bewußtseins durch den Zusammenbruch der bikameralen Psyche*. Reinbek: Rowohlt.
- Jonas, A.D. (1985). *Orientierungshilfen zur Psychotherapie in der Allgemeinpraxis*. Archaische Relikte in psychosomatischen Symptomen. Gräffelfing: Socio medico.
- Köhler, W. (1921). *Intelligenzprüfungen an Menschenaffen*. Berlin: Springer.
- La Berge, S. (1987). *Hellwach im Traum*. Paderborn: Junfermann.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodale Verhaltenstherapie*. Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Lazarus, A. A. (1981). *The practise of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Luria, A. (1981). *Language and cognition*. New York: Wiley.
- Matte-Blanco, I. (1975). *The unconscious as infinite sets*. London: Duckworth.
- Maturana, H.R. & Varela, F.J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis*. München : Scherz.

- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum (deutsch München: Urban & Schwarzenberg, 1979).
- Metzner, F. & Revenstorf, D. (1996) Effects of subliminal auditory stimulation on task performance. In B. Peter, B. Trenkle, C. Kinzel, C. Duffner & A. Jost-Peter (Eds.), *Münich Lectures on Hypnosis and Psychotherapy*. Hypnosis International Monographs 2 (im Druck)
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Ed.) (1992). *The handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Perrig, W.J., Wippich, W., & Perrig-Chiello, P. (1993). *Unbewußte Informationsverarbeitung*. Bern: Huber.
- Rayner, E. (1981). Infinite experiences, affects and the characteristics of the unconscious. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 403-412.
- Razran, G. (1971). *Mind in evolution*. Boston: Houghton Mifflin.
- Revenstorf, D. (1991). Hypnose als kognitive Therapie. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (213-252). Bern: Huber
- Revenstorf, D. (1992). Psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In R. Bastine (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie*, Bd II. Stuttgart: Kohlhammer.
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (1993). *Klinische Hypnose*. Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (1994). Conception of the Unconscious from Freud to Erickson. *Hypnos*, 21, 91-107.
- Revenstorf, D. (1996a). Verhaltenstherapie und andere Therapieformen. In J. Margraf (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (1996b). Klinische Hypnose. In J. Margraf (Hrsg.), *Handbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (1996c). Psychotherapeutische Verfahren, Band II: Verhaltenstherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rollins, M. (1989). *Mental Imagery: On the limits of cognitive science*. London: Yale University Press.
- Shor, R.E. (1970). The three factor theory of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(2), 89-98.
- Silverman, L. (1982). The subliminal psychodynamic activation method. In J. Mashing (Ed.), *Empirical studies in psychoanalysis*, Vol I. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social psychological interpretation of amnesia, analgesia and „trance logic“. *Behavior and Brain Science*, 9, 449-502.
- Swingle, P.G. (1992). *Subliminal treatment procedures: A clinician's guide*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Watkins, C.E., Lopez, F.G., Campbell, V.L. & Himmell, C.D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*, 33(3), 301-309.
- Vygotsky, L.S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Yapko, M. (1984). *Trance work*. New York, Irvington.
- Zeig, J. K. & Lankton, S. R. (Ed.) (1988). *Developing Ericksonian Therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Zeig, J. K. (Ed.) (1994). *Ericksonian Methods: The essence of the story*. New York: Brunner & Mazel.
- Abstract:** *Cognitive behavior therapy and hypnotherapy are both forms of eclecticism, which is preponderant in most of present day therapy practice. A resonance self-organizational model of change operating on various layers of an onion-skin-model of experience is proposed, in order to provide a general theoretical framework. Among the layers of experience, several levels of information processing may be distinguished. On the conscious level preconscious and conscious thought as well as language may be distinguished. This is, where the elements of cognitive therapy are located, whereas hypnotherapy mostly uses unconscious and preconscious levels of information processing. Dreams and trance are characterized by symmetric logic of primary process while the conscious levels of planning and language are dominated by asymmetric logic of secondary process. The integration of both forms of thinking leads to creative problem solutions. Therefore it is useful to combine them in the form of hypnosis and cognitive therapy. The strategies of both types of therapy and their compatibility are discussed.*
- Keywords:** *cognitive behavior therapy, hypnosis, eclecticism, change process, unconscious, creativity*
- Dirk Revenstorf, Prof. Dr.rer.nat.
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Psychologisches Institut
Gartenstr. 29
72074 Tübingen
- Universidad de las Americas
Facultad de Psicología
Puebla
Apartado Postal 272
Cholula 72820
Mexico

Anmerkungen:

- 1 Für die kritische Lektüre und viele Anregungen möchte ich Alida Jost-Peter und Burkhard Peter herzlich danken.
- 2 Sokrates wird von den Kognitivist m.E. falsch verstanden. Beck etwa nennt seinen therapeutischen Dialog einen sokratischen Dialog. Sokrates dagegen hat gewissermaßen in bösartiger Weise versucht, seine Gesprächspartner ganz im Sinne einer Turbulenz zu verunsichern, damit sie endlich ihre Gewissheiten aufgeben. Die Kognitivisten dagegen wollen niemanden verunsichern, sondern funktionale Lebensregeln vermitteln.
- 3 Eigentlich sind kognitive Therapie und klassische Verhaltenstherapie nur lose miteinander verknüpft. Kognitive Therapie baut auf verändertes Verständnis des Erlebens mithilfe von Ein-sicht, Verhaltenstherapie dagegen auf verändertes Verhalten durch Übung und Reizexposition. Das was bei der einen Therapieform zentral ist, ist bei der anderen peripher. Allerdings werden beide Verfahren in der Praxis ständig miteinander verbunden, was entweder als Konkurs der Verhaltenstherapie oder als verdeckter Integrationsversuch verstanden werden kann.