

Hypnotherapie zwischen Professionalität und Show

Dirk Revenstorf
Universität Tübingen

Die Brücke über den Rubikon

Die Basis der Hypnose als Therapieform liegt darin, dass es heilsam sein kann, den normalen Bewusstseinszustand des Alltagsdenkens zu verlassen. Das kann durch viele Maßnahmen erreicht werden; im extremen medizinischen Fall durch ein heilsames Koma oder weniger extrem durch Psychopharmaka, die es dem Depressiven z.B. ermöglichen, seine Stimmung durch Antidepressive soweit aufzuhellen, dass er wieder hinreichend Antriebsenergie spürt oder dem Panikpatienten es ermöglichen durch Tranquilizer das Angstniveau soweit zu dämpfen, dass er wieder handlungsfähig wird und das Haus verlassen kann.

Psychologische Methoden, die Bewusstseinslage zu ändern sind unter anderem die Innere Achtsamkeit der Meditation und die Hypnose - beides Zustände, in denen man die normale Aufmerksamkeitsspanne verändert. Hypnose ist nicht nur ein Zustand erhöhter psychosomatischer Plastizität und ein heilsamer Zugang zum Körper, in dem physiologische Prozesse auf ein normales Niveau zurückkehren – ähnlich wie im Schlaf - und psychische Zustände der Angst verlassen werden können. Sie stellt auch so etwas wie eine Brücke dar, die benötigt wird, um kognitive Übergänge zu erleichtern. Ein Ziel der Herstellung anderer Bewusstseinszustände ist es, eine Vision von verändertem Verhalten und Erleben zu erleichtern; die gewohnten Sichtweisen und damit verbundene Verengungen zu überwinden, die das Leiden mit bedingen.

Um den Patienten zu überzeugen, dass er in der Lage ist eine fixierte Sichtweise zu verlassen, bedarf es zunächst einer deutlich erkennbaren Technik, die mit einem Ritual vergleichbar ist. Eine historische Anekdote mag dies verdeutlichen. Als Cäsar am Rubikon, einem Fluss in Oberitalien stand und Gallien erobern wollte, erfuhr er, dass in Rom ein Bürgerkrieg drohte. Er zweifelte: sollte er jetzt vorwärts nach Gallien oder zurück nach Rom? Da träumte ihm, er würde mit seiner Mutter schlafen. Das mag ihn beunruhigt haben, aber sein kluger Traumdeuter erklärte ihm: „Sei ganz ruhig, ‚deine Mutter‘ ist Rom und ‚schlafen‘ heißt besiegen. Also geh hin und besiege Rom!“ Das tat er dann auch und wurde, wie wir wissen, Caesar. Dazu musste er über den Rubikon, dazu brauchte er eine subjektive Brücke – den Traum und das Ritual der Traumdeutung.

Das Problem haben Patienten natürlich auch; sie müssen über den Rubikon¹, von dessen linken Ufer, dem bisherigen Aufenthaltsort, wo das Symptom und das Leiden bestimmend sind, auf das rechte Ufer zu kommen, das nicht gut bekannt ist. Was aber ist die Brücke aus einer ganzen Reihe von Stufen, die dazu überschritten werden müssen? Der Veränderungsschritt muss wünschbar sein, realisierbar sein, eine Entscheidung muss getroffen werden, das Individuum muss aktiviert werden, auch muss natürlich eine Handlungsweise gefunden werden die zielführend ist usw. Diesen Übergang einzuleiten hilft ein Ritual; Hypnose ist eben auch ein solches Ritual, ebenso wie die Liegung auf der Couch des Psychoanalytikers oder die verhaltenstherapeutische Reizexposition. Gemäß dem kontextuellen Modell der Therapiewirkung (Wampold 2002), sind die Effekte aller Therapieformen eigentlich unspezifische Wirkungen spezifischer Techniken, nämlich schulspezifische Manöver, um einen Kontext herzustellen, in dem der Patient und der Therapeut dazu bereit sind und die Hoffnung entwickeln können, eine Veränderung stattfinden zu lassen.

Dazu sind nach Franks (1973) insgesamt vier Dinge erforderlich, nämlich neben einer persönlichen Interaktion (1) und Insignien der Autorität: Hypnose (2), ein Erklärungsmythos (3), der plausibel macht, wie es zu der Störung kommt und wie sie wieder vergeht. Dafür gibt es ganz unterschiedliche Modelle: wie Lernen in der Verhaltenstherapie, Abwehr in der Psychoanalyse oder die Dissoziation in der Hypnose. Außerdem liefert Hypnose ein ausgefeiltes Ritual (4). Das Ritual besteht aus Zeichen des Vertrauens (Lidschluss), einen Induktionsmonolog mit einer fürsorglichen Stimme, die Vater- und Mutterprojektion auf Therapeuten oder Therapeutin gestattet u.a. Das führt dazu, dass der Patient eine hypnotische Reaktion zulassen kann, die mit positiver Erwartung, Kooperation, Aufgabe von Kontrolle und Fokussierung der Aufmerksamkeit und Regression verbunden ist. Das wiederum fördert einen Prozess, den man „hypnotische Trance“ nennt. Er zeichnet sich durch erhöhte Unwillkürlichkeit aus, d.h. der Körper reagiert gewissermaßen automatisch, durch erhöhte Erinnerungsfähigkeit und Dissoziation, eine erhöhte Suggestibilität und Übertragungsneigung sowie eine erhöhte psychosomatische Plastizität, die besonders für die Medizin wichtig ist.

Die dritte Wende.

Man könnte sich fragen, warum denn plötzlich diese Rückwendung auf uralte Verfahrenweisen? Was wollen wir mit archaischen Mechanismen, die schon Jahrtausende

¹ Die Metapher stammt aus der Handlungstheorie Heckhausens

oder vielleicht schon zehntausende Jahre alt sind? Denn alle Schamanen benutzen Trancezustände, heute wie schon vor vielen tausend Jahren.

Die Psychotherapie hat in den letzten 100 Jahren verschiedene eklatante Wendungen gemacht. Nach der Ablösung der introspektiven Psychologie Freuds durch den Behaviorismus und in den 60er Jahren die Wende zum Kognitivismus, als wurde klar dass der Mensch sich auch durch Überzeugung und Argumentation verändern kann, kam in den 90er Jahren die emotionale Wende, indem festgestellt wurde, dass der Mensch ein zweites Gehirn in den Darmwänden hat („the second brain“ Gershon 1998, Goleman 1995, Damasio 2000) und dass die emotionale Intelligenz sehr viel schneller insbesondere zu sozialen Entscheidungsprozessen befähigt als der Verstand. Daher scheint es jetzt nicht unplausibel, eine Rückbesinnung auf die hypnotische Trance als Zugang zum Unbewussten als weitere Bewältigungskapazität ins Auge zu fassen. Da man davon ausgehen kann, dass Handeln, Denken, Fühlen und Trance unterschiedliche Kapazitäten des mentalen Apparates sind, stellt die Einbeziehung der Hypnose keinen restaurativen Romantizismus, sondern eine Vervollständigung der Repräsentation menschlichen Ressourcen dar.

Das Unbewusste operiert auf einer Ebene der Informationsverarbeitung, die es dem Patienten erspart, sich der beteiligten mentalen Prozesse im vollen Umfang bewusst zu werden und er sich daher auch keine Rechenschaft über ihr Wirken geben muss. Die unbewusste Verarbeitung ist dennoch nachweislich wirksam - z.B. auch in der Psychoanalyse. In einer der größten Untersuchungen über die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapie, der Menningerstudie (Wallenstein 1989) wurde gefunden, dass bei 45 % der Patienten die Therapie erfolgreich war, ohne dass sich beim Patienten irgendeine Einsicht oder ein tieferes Verstehen dessen einstellte, was dort vor sich ging.

Hirnphysiologischer Sonderzustand

Hypnotische Trance stellt einen vom Alltagsbewusstsein, der Entspannungsreaktion und dem Schlaf hirnpysiologisch unterscheidbaren Zustand dar. Sie ist durch eine allgemeine Diskonnektivität der bei der Reizverarbeitung involvierten Hirnareale, durch eine Dissoziation früher und später Reizverarbeitung, durch eine imaginative Repräsentation und vermehrte Absorption gekennzeichnet (s. Sammelband von Halsband 2004). Diese Befunde stützen Hilgards Neodissoziationstheorie. Es sind im Wesentlichen vier Bereiche in denen hypnotische Trance als veränderter Bewusstseinszustand erlebt wird: Aufmerksamkeit, Speicherung, Suggestibilität und Regression. Wann immer das Spektrum der Aufmerksamkeit

enger oder weiter wird, führt das zu einem Zustand der Absorption und dem subjektiven Bewusstsein von Trance. Die Absorption leitet man üblicherweise durch Fokussierung auf eine Wahrnehmung ein (Bleistiftspitze oder Handlevitation) oder ein Innenbild. Es verschwindet gewohnte die Zeitstruktur (wie z.B. auch im Kino) und die mit der Absorption einhergehende Fähigkeit zur Dissoziation erleichtert u.a. die Schmerzbewältigung.

Die Richtung der Informationsverarbeitung in hypnotischer Trance ist hirnpfysiologisch der im Wachbewusstsein als entgegengesetzt charakterisiert worden (Spiegel & Kosslyn in Halsband 2004). Im Alltagsbewusstsein lösen bildliche oder andere sinnliche Eindrücke (okzipital) über verschiedene Assoziationsfelder eine verbale Repräsentation und Bewertung (frontal) aus. In hypnotischer Trance dagegen werden verbale Suggestionen (frontal) unbewertet rezipiert und in quasireale Bilder (okzipital) umgesetzt. Auf diese Weise können zur alltäglichen Wirklichkeit alternative Vorstellungen lebensnah so konstruiert und implementiert werden, dass sie zu einer adaptiven Verhaltensregulation führen. Demnach sind hypnotische Phänomene unwillkürliche Reaktionen und nicht Kooperationseffekte. Eine mittlere Suggestibilität ist für therapeutische Hypnose ausreichend.

Charakteristisch für die Hypnotherapie sind implizite Lern- und Gedächtnisvorgänge (Halsband 2004). Dadurch können sowohl die Kommunikation mit dem Patienten als auch Veränderungsprozesse außer auf expliziter auch auf impliziter Ebene (Metaphern, indirekte Suggestionen, Implikationen, unwillkürliche, nonverbale Signale) angeregt werden. So kann die bewusste Verarbeitung durch Mechanismen des Primärprozesses und der imaginativen Informationsverarbeitung ergänzt werden. Als implizite Verarbeitung sind dissoziative und assoziative Vorgänge für die therapeutische Anwendung zu unterscheiden. Hypnotische Schmerzbewältigung ist ein Beispiel für Dissoziation, die sich von der kognitiv-ablenkenden Bewältigungsstrategie auch hirnpfysiologisch unterscheiden lässt (Halsband 2004). Die posthypnotischen Suggestionen dagegen sind als Beispiel von Assoziation zu verstehen, die der Kopplung der In-sensu-Bearbeitung an Auslöser im Alltag dient.

Wirksamkeits-Forschung

Ausführliche Beschreibungen der hypnotischen Interventionstechniken finden sich in zahlreichen anglo-amerikanischen und deutschen Lehrbüchern (z.B. Bongartz 1998, Erickson & Rossi 1981, Revenstorf 1993, Revenstorf und Peter 2001). Die wichtigsten Techniken der Hypnotherapie sind

Imagination von körperlichen Heilungsprozessen
Lösungs-Imagination von Verhaltensänderungen
Reassoziaton von Ressourcen zur Problembewältigung
Rekonstruktion von traumatischen Erfahrungen
Dissoziation schmerzhaften Empfindungen
Unwillkürliche Körpersignale als Kommunikation mit unbewussten Inalten
Ich-stärkende Suggestionen
Posthypnotische Suggestion
Zahlreiche Techniken indirekter Suggestion (Metaphern u.a.)

Die Wirksamkeit der Hypnotherapie wurde in zahlreichen Kontrollgruppen-Experimenten und Metaanalysen für unterschiedliche Störungen nachgewiesen. In einer auf Bongartz et al. (2000) aufbauenden Recherche wurden etwa 200 empirische Studien² gefunden, darunter mindestens 60, die den gängigen Kriterien entsprechen³ (Revenstorf et al. 2003). Etwa die Hälfte der Studien fällt in die Kategorie der Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten (ICD F54). Das ist der Überschneidungsbereich von Psychotherapie mit der Medizin, wo Hypnotherapie adjuvant zur Medizin eingesetzt. Darunter fallen die Nebenwirkungen der Chemotherapie (10 Studien) Operationsschmerz (20 Studien) und Geburtsschmerz (21 Studien), aber auch psychosomatische Probleme wie chronischer Schmerz, Migräne und Kopfschmerz (18 Studien), Belastungen durch Arthritis, Bluthochdruck, Tinnitus, Asthma und Allergien (17 Studien). Zu den psychosomatischen Problemen kann man die Verhaltensauffälligkeit rechnen, die mit körperlichen Symptomen verbunden (ICD- F51-52) sind wie Schlafstörungen.

Obwohl hypnotherapeutische Konzepte zu affektiven Störungen, Posttraumatischer Belastung, dissoziativen Störungen und strukturellen Frühstörungen vorliegen fehlen hier bisher empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit (mit Ausnahme einer Untersuchung zur PTBS, wo zusätzlich vier Fallstudien existieren). Zu Psychosen und Persönlichkeitsstörungen liegen keine Untersuchungen zur Behandlung mit Hypnotherapie vor. Dagegen gibt es viele Studien zu Angststörungen und zu den somatoformen Störungen, einige zu Eßstörungen und zur Substanzabhängigkeit. Bei Kindern wurde Hypnose zur Linderung der Nebenwirkungen der Tumorbehandlung und bei Enuresis untersucht. Im Präventivbereich ist der erfolgreiche Einsatz von Hypnose bei der Gewichtsreduktion zu nennen.

² Eine vollständige Tabelle der einzelnen Untersuchungen mit Kommentaren findet sich in www.meg-tuebingen.de

³ Kriterien eines empirisch gesicherten Befundes sind Diagnostische Zuordnung der behandelten Störung nach ICD, randomisierte Zuweisung zu Behandlungs- und Kontrollbedingung (Warteliste oder Vergleichsbehandlung), valide Erfolgsmessung, hinreichende lange Katamnesen und Stichprobengrößen (vergl. Chambless & Hollon 1996)

Insgesamt zeichnen sich einige Schwerpunkte der bisherigen Forschung zur Wirksamkeit der Hypnotherapie ab. Neben der traditionellen Brücke zur Medizin, wo sich Hypnose prä-, intra- und postoperativ zur Schmerz- und Angstbewältigung als nicht invasives Verfahren bewährt hat, liegt ein Schwerpunkt in der Psychosomatik. Im Suchtbereich hat sich die Raucherentwöhnung mit Hypnose als am besten untersucht und besonders erfolgreich erwiesen. Alkohol- und Opiat-Missbrauch könnten ebenfalls von Hypnotherapie profitieren, aber wohl eher im Verbund mit sozialtherapeutischen Maßnahmen. Bei den Angststörungen wurden bisher hauptsächlich Objekt-Phobien und Prüfungsangst untersucht, obwohl Zwänge, Agoraphobien und Panikstörungen ebenfalls hypnotherapeutisch behandelbar sind. Soweit die Sichtung der Literatur zur Wirksamkeit.

Die frontale Lobotomie in der Showhypnose

Alle wissenschaftlichen Belege der Hypnose als wirksames und theoretisch begründetes Therapieverfahren stehen in krassm Widerspruch zum beinahe schwachsinnigen und selbstschädigenden Verhalten von Teilnehmern an Vorführungen der Bühnenhypnose. Eine umfangreiche Literatur zum fremdschädigenden Verhalten unter Hypnose macht deutlich, dass die suggerierte Schädigung dritter durch hypnotisierte Personen vordergründig möglich erscheint, im Allgemeinen aber durch den Kontext, in dem die entsprechenden Experimente stattfinden – ähnlich wie bei den Milgram-Experimenten - ausgeschlossen werden kann. Etwa wurden Personen unter Hypnose aufgefordert Gift zu verabreichen (das Puderzucker war) oder Salzsäure über Personen auszugießen (die unsichtbar geschützt waren). Die Probanden taten wie ihnen geheißen – jedoch in akademischem Rahmen und daher implizit gegen kriminelle Handlungen abgesichert. Erickson dagegen suggerierte, um diese implizite Absicherung auszuschließen, seinen Versuchspersonen unvorbereitet kleine unsoziale Handlungen (einen 5\$-Schein mitgehen zu lassen, eine Zigarette auf dem Tischtuch ausdrücken u.ä.). In den dreißig Fällen wurde in keinem Fall eine solche Handlung ausgeführt: entweder wurde das Ansinnen abgewiesen oder die betroffenen Personen handelten nicht und hatten hinterher Kopfschmerzen oder andere Missempfindungen.

Auf der Bühne der Showhypnose allerdings lassen sich ansonsten vermutlich voll zurechnungsfähige Personen zu Handlungen verleiten, die bestenfalls lächerlich, oft aber entwürdigend und nicht selten gesundheitsschädigend sind⁴. In sozialpsychologischen Erklärungen wird der Mangel an erwachsener Situationsbewältigung unter Einfluss der

⁴ siehe Themenheft von *Hypnose und Kognition*, 8/1 1991: Gefahren der Hypnose

Bühnenhypnose ist auf Kooperation, Loyalität und implizite Vereinbarung zurückgeführt worden (Kossak 1997). Die Prinzipien, auf denen die Wirkung der Bühnenhypnose beruht, sind: Menschen sind auch ohne Hypnose suggestibler als gemeinhin angenommen (1), suggestible Personen können schnell selektiert werden (2), das Etikett Hypnose erzeugt eine hohe Erwartungshaltung (3) und der Bühnenauftritt erhöht die Erwartung und Kooperativität (4). Der Hypnotisand begibt sich in eine Situation, in der er in einen ungewollten (?) Solidaritätszwang gerät, den Showhypnotiseur nicht zu verraten.

Unter der Annahme, dass man unter Hypnose nichts tut, wofür nicht eine wenn auch latente Bereitschaft vorhanden ist, kann man außerdem eine faschistische Komponente vermuten: die oft zitierte Flucht vor der Freiheit, die Sehnsucht, nicht für sein Handeln verantwortlich zu sein, war schon die Erklärung für die Tendenz breiter Bevölkerungsschichten, sich unter die Diktatur autoritärer Regimes zu fügen (Erich Fromm). Wenn man die Freudsche These hinzu nimmt, dass in jedem kindliche, kindische, obszöne, destruktive und andere sozial nicht akzeptable Wünsche schlummern, dann erscheint es plausibel, den Deckmantel der Ohnmacht zu nutzen, um diese Anteilen eine Gelegenheit zu geben, ungeschoren sich Ausdruck zu verschaffen. Wenn man als drittes eine narzisstische Komponente annimmt, die beim Teilnehmer (und noch ausgeprägter beim Showhypnotiseur) das Bedürfnis begründen, als Unterhalter im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, erscheint das geradezu schwachsinnige und teilweise riskante Verhalten von Teilnehmern in öffentlichen Zurschaustellung unter Hypnose noch besser nachvollziehbar. In den häufig ebenfalls unglaublich niveaulosen Talk- und Reality-Shows kann man ja einen ähnlichen Exhibitionismus beobachten, der von der Selbstschädigung oft nicht weit entfernt ist.

Aber die Teilnehmer der Bühnenhypnose reagieren nicht nur sozial erwünscht oder haben eine Charakterneurose. Sie verfügen regelmäßig auch über eine beträchtliche Trancefähigkeit und der Bühnenhypnotiseur hat meist einen gut geschulten Blick dafür und überprüft die Kooperation/Suggestibilität durch Probesuggestionen (*Ihre Augen werden müde, wenn Sie ins Licht schauen, Ihr Körper wird magnetisch nach hinten zu meiner Hand hingezogen, Ihre gefalteten Hände kleben aneinander* usw.). Aufgrund der beobachteten Reaktionen sucht er geeignete Kandidaten aus dem Publikum aus.

Daher sind ein Teil der Verhaltensweisen auf der Bühne tatsächlich mit Tranceerfahrungen verbunden. Allerdings wird auch mit Flüsterinstruktionen gearbeitet, gelegentlich werden Strohmänner oder Tricks eingesetzt. Dennoch berichtet ein Teil der Teilnehmer an Bühnenhypnose-Shows Tranceerfahrungen oder entwickelt eine Amnesie. Dabei ist besonders

bedenklich, dass ehemals traumatisierte Personen bekanntermaßen zu einer guten Trancebegabung verbunden mit Dissoziationsfähigkeit neigen – was als durch das Trauma mobilisierter Abwehrmechanismus (im Sinne eines Totstellreflexes) interpretiert werden kann. Derartige Personen begeben sich auf der Bühne in die Gefahr der Retraumatisierung, wofür keinerlei Vorsorge getroffen sein wird.

Nach den neuen Untersuchungen zur Hirnphysiologie der Hypnose⁵ entwickelt sich eine hypnotische Trance in drei Stufen: Aktivierung des anterioren cingulären Systems zur Aufmerksamkeits-Fokussierung (1), tiefe Entspannung mit Lidschluss, die mit frontallimbischen Hemmungsprozessen verbunden ist und die Realitätsprüfung vermindern (2) anschließende Imagination mit posteriorer kortikaler Aktivität.

In diesem Zusammenhang sind die Folgen von Gehirnverletzungen im frontalen Bereich zur Erklärung des hypnotischen Verhaltens herangezogen worden. Am Frontalhirn lädierte Personen zeigen bei voller intellektueller Leistungsfähigkeit einen Mangel an Einschätzung der positiven und negativen Konsequenzen ihres Handelns – sie verhalten sich auch weiterhin zu ihrem Nachteil, wenn sie auf die Folgen aufmerksam gemacht werden (Damasio 1998); auch elektrodermale antizipatorische Reaktionen fehlen. Das wird so gedeutet, dass diese Menschen das verfügbare emotionale Wissen für soziale Entscheidungen nicht nutzen können. Die Patienten haben zwar Gefühle, aber sie können die gegenwärtige Erfahrung nicht mit früheren emotionalen Reaktionen in Beziehung setzen.

Ebenso ist in der Bühnenhypnose das Handeln offenbar lediglich von den augenblicklichen und kaum von den zukünftigen Folgen und deren negativen Bedeutungen bestimmt. Gruzelier (in Halsband 2004) vergleicht das unbefangene Verhalten und den Mangel an Verantwortungsbewusstsein bei Frontallesionen mit dem Zustand der frontalen Hemmung und eingeschränkten Urteilbildung unter dem Einfluss der Hypnose bei Showveranstaltungen. Entsprechend fehlt die emotionale Einschätzung der Demütigung, die mit der Bühnendarstellung verbunden ist. Neurophysiologisch ist der orbital frontale Kortex als einziger Bereich direkt mit Amygdala, Hypothalamus und dem retikulären System verbunden und dieses Areal ist für Entscheidungsfunktionen der sozialen Anpassung, dem Antrieb und dem Verantwortungsgefühl verantwortlich.

⁵ siehe Themenheft *Hirn und Hypnose* Hypnose und Kognition 21, 2004

Resumé

Hypnose ist nicht nur ein archaisches Heilungsritual, sondern wie hirnpfysiologische Experimente zeigen, ein besonderer Bewusstseinszustand mit spezifischen Verarbeitungsmechanismen, die Veränderungen auf körperlicher und psychischer Ebene begünstigen. Die klinische Wirksamkeit der Hypnotherapie ist vielfach und gut belegt. Dennoch gibt es eine Schattenseite dieses gutartigen und hilfreichen Phänomens – die Möglichkeit Menschen in der Bühnenhypnose dazu zu bringen, sich zu demütigen. Dies lässt sich teilweise sozialpsychologisch erklären aber sogar hirnpfysiologisch durch frontalkortikale Hemmung und damit verbundene Minderung der Entscheidungskompetenz untermauern. Es ist vielleicht wie mit vielen potenten Mechanismen: sie können zum Segen und zum Fluch werden.

Literatur

- Bongartz, W. & Bongartz, B. (1998). Hypnosetherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Damasio AR (2002) Ich fühle also bin ich. München : List TB
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer. (Original: Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York: Irvington, 1979)
- Gershon MD (1998) The second brain. N.N.:Harper
- Golman D (1995) Emotional Intelligence. N.Y.: Bantam
- Halsband U. (2004) Themenheft (Hrg): Hirn und Hypnose. Hypnose und Kognition, 21, 1-274
- Kossak HC (1997)Lehrbuch Hypnose. Weinheim:PVU
- Revenstorf, D. (2000) Klinische Hypnose. In: Verhaltenstherapie. Margraf, J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. I). Berlin: Springer
- Revenstorf, D (2003) Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie. Eingereicht beim Beirat Psychotherapie d. Bundesregierung. Universität Tübingen
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2001) (Hrsg.) Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer
- Wampold, B E (2001) The great Pschotherapy debate. London: Erlbaum