Der Rundbrief Oktober 2003

1. Vorwort (1. Vorsitzender)
1.1 Landesstellenleiter
1.1.1 Landesstellenleiterin Mecklenburg-Vorpommern
Dr. med. Catharina Adolphsen
1.1.2 Zweiter Landestellenleiter Bayern
Dr. med. Michael Ullmann

2. Bericht über die 9. Arbeitstagung der DGÄHAT
in Königswinter
2.1 Vorträge
2.1.1 Vortrag PD Dr. med. Hermann Staats, Göttingen
2.1.2 Vortrag Dr. med. Dipl.-Psych. Claus Derra, Bad Mergentheim
2.1.3 Vortrag Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dieter Vaitl, Gießen
2.2 Ergebnisbericht über die Mitgliederversammlung am 21.06.2003 in Königswinter
2.3 Ankündigung der 10. Arbeitstagung vom 18. bis 20. Juni 2004 in Blankenburg/Harz

3. Bericht über die Sitzung des wissenschaftl. Beirates
der AÄGP in Düsseldorf am 27. Juni 2003

4. Bericht über die Sitzung des wissenschaftl. Beirates der deutschsprachigen
Hypnosegesellschaften in Bad Orb am 22.03.2003

5. Kongress in Hamburg "Psychosoziale Versorgung in der Medizin" September 2003

6. Internet und Aktuelle Therapeutenliste

7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie in Lindau/
Bodensee am 16.04.2003

8. Neue Mitglieder

9. Zertifikate

10. Veröffentlichungen von Mitgliedern
10.1
10.2

11. Laudatio zur Ehrenmitgliedschaft Prof. Klumbies

12. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse

13.1 AWMF-Konditionen für Mitglieder

14. Fort- und Weiterbildungskalender

1. Liebe Mitglieder,

unsere Jahrestagung diesmal in Königswinter ist wieder ein voller Erfolg gewesen. Die Begrüßungsschiffstour auf dem Rhein brachte uns alle gleich am Anfang gut zusammen.

Die gehaltenen Vorträge von Herrn PD Dr. Hermann Staats und Herrn Dr. med. Claus Derra sind im Rundbrief abgedruckt.
Herr Prof. Dr. phil. Dieter Vaitl hat seinen Vortrag sehr lebendig mit Overheadfolien und Dias frei gehalten.

In der Mitgliederversammlung ist der gesamte Vorstand durch Neuwahl bestätigt worden. Diese Wiederwahl ist für uns alle Ansporn und Verpflichtung. Im Namen aller Vorstandsmitglieder möchte ich auf diesem Wege noch einmal unseren herzlichen Dank für das Vertrauen aussprechen.

Wir haben zwei zukunftsorientierte Beschlüsse gefasst:

Jedes Mitglied, das ein neues Mitglied wirbt oder einen neuen Tagungsteilnehmer mitbringt erhält eine Gratifikation von 30 Euro. Eine Anerkennung für ein gemeinsames Essen.

Die erste Jubiläumstagung [10. Arbeitstagung bei Gründung der Gesellschaft 1955 in Lindau] 2004 in Blankenburg/Harz ist vorbereitet mit einem Vor- und Nachprogramm.

Der beiliegende Flyer [auch unter www.gdaehat.de abrufbar] informiert über den aktuellen Planungsstand, das endgültige Programm wird mit dem März-Rundbrief 2004 verschickt werden.

Von den Referenten haben der Zahnarzt Dr. med. dent. Albrecht Schmierer, die Gerontopsychiaterin in Frau Prof. Gabriela Stoppe, der Tinnitus-Spezialist Dr. med. Helmut Schaaf und Prof. med. Friedhelm Stetter zugesagt.

Der wissenschaftliche Beirat der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie [AÄGP] hat sich mit den Beschlüssen des 106. Ärztetages in Köln und den Entwicklungen in den Fachgesellschaften beschäftigt. Der Vorstand wird im November neu gewählt werden. Prof. Tress, Dr. Bodenstein und Frau Dr. Kielhorn stehen für eine Kandidatur nicht mehr zur Verfügung.

Unter www.aaegp.de

sind Detailinformationen abrufbar.

Wir arbeiten mit den deutschsprachigen Hypnosegesellschaften zusammen und sind jetzt gemeinsam über eine Interneteingangsseite www.hypnose.de erreichbar. Unsere Interessen vertreten wir im Bundesgesundheitsministerium, bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] und bei der Bundesärztekammer.

Unsere neuen Mitglieder, Frau Dr. med. Ute Fricke aus Erkelenz, Frau Dr. med. Mechthild G. Griese aus Düsseldorf, Herrn Prof. Dr. med. Gerhard Klumbies aus Jena und Herrn Dr. med. Karlheinz Erbe aus Bamberg, begrüße ich ganz herzlich.

Sowohl die "Aktuelle Therapeutenliste" als auch die "Dozentenliste" sind im Internet unter

www.dgaehat.de

für jeden zugängig. Auch unser Mitgliederverzeichnis steht im Internet. Bitte überprüfen Sie erneut Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche.

Die Laudatio für unser Ehrenmitglied Prof. Dr. med. Klumbies aus Jena und die Tagungstermine mit dem Fort- und Weiterbildungskalender schließen den Rundbrief ab.

Ihr

Dr. med. Günter R. Clausen

1.1 Landesstellenleiter

1.1.1 Vorstellung der neuen Landesstellenleiterin in Mecklenburg-Vorpommern Frau Dr. med. Catharina Adolphsen

Dr. med. Catharina Adolphsen, Jahrgang 1962, Berufsausbildung und -tätigkeit als MTLA, Medizinstudium in Greifswald und Berlin (Humboldt-Universität und Freie Universität),

Approbation 1993, Promotion 1994, Fachärztin für Innere Medizin 1999, von 2000-2003 Tätigkeit im stationär psychiatrischen und ambulant psychotherapeutischen Bereich, u. a. AT-Kurse. Psychoanalytische Ausbildung seit 2000, Zusatzbezeichnung Psychotherapie 2003. Seit 1.4.2003 leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums Schwerin. Autogenes Training bei Frau Daeschlein seit 1967; Hypnose bei Frau Dr. Bürmann-Plümpe seit 1998, Mitglied der DGÄHAT und AT-Therapeutin seit 2002.
In Mecklenburg-Vorpommern existierte bisher keine Landesgeschäftsstelle. Ziel ist daher, die DGÄHAT und die Inhalte ihrer Arbeit in diesem Bundesland bekannt zu machen, AT und Hypnose als Psychotherapiemethode weiter zu verbreiten und entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten.

1.1.2 Vorstellung des zweiten Landestellenleiters in Bayern Herr Dr. med. Michael A. Ullmann

Jahrgang 1946, Medizinstudium in München, Staatsexamen 1976, MA-Zeit, Approbation und Promotion 1977, Allgemeinarztanerkennung 1986, Niedergelassener Kassenarzt seit 1989, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin seit 1995.
Autogenes Training Grundstufe bei Dr. G. Iversen und Grund- und Oberstufe bei Dr. G. Krapf seit 1978. Hypnose bei Prof. Dr. Stolze und bei den Dres. Kahn, Ebell und DP Loth seit 1979. Seit 1982 Gruppenkurse in AT unter SV von Günther Krapf , Intervision und Unterstützung der Landesstelle bis zu seinem Tod 1992. Mitglied der DGÄHAT seit 1986, seit 1996 aktive Mitarbeit bei den Arbeitstagungen und der Leitlinienerstellung. 1998 Co-Leiter bei Dr. Bür-mann-Plümpe, 1999 u. 2000 Co-Leiter bei Dr. Clausen und seit 2001 Kursleiter bei den Arbeitstagungen für Nutzung der Hypnose.
Gesundheits- und standespolitisches Engagement in Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG), Marburger Bund, Verband niedergelassener Ärzte - Virchow Bund (NAV) und Vereinigung Psychotherapeutischer Kassenärzte (VPK).
Zulassung als tiefenpsychologischer ärztlicher Psychotherapeut mit "Hoffnungen" auf eine methodische Pluralität unter dem Aspekt einer neu zu schaffenden "Beziehungstherapie".
Mitgliedschaften: Gesellschaft zur Erforschung der Persönlichkeitsstörungen, Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.

Ich möchte hier in Bayern die "Distanz" zu den Aktivitäten des Vorstands möglichst gering halten, die Akzeptanz unserer Methoden in den Gremien verbessern, eine regionale Intervision wieder beleben und die Vereinzelung von Weiterbildern verhindern.

2. 9. Arbeitstagung vom 20. bis 22. Juni 2003 der DGÄHAT in Königswinter/Rhein
Als Auftakt war die Schiffstour auf dem Rhein ein voller Erfolg und gelungene Einstimmung in die Tagung.
Die Kurse waren wie immer am Tagungsthema orientiert und gut gebucht.
Nachstehend sind die Vorträge von Dres. Staats und Derra abgedruckt:

2.1 Vorträge

2.1.1 Vortrag PD Dr. med. Hermann Staats, Göttingen

PSYCHOANALYTISCHE DIAGNOSTIK IN SUGGESTIVEN BEHANDLUNGEN

Aus der Praxis ist Ihnen vermutlich eine Situation wie die folgende gut vertraut: Eine Frau kommt zu Ihnen in die Sprechstunde und erzählt Ihnen - nach Schilderung einiger körperlicher Beschwerden - von Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Mann. Sie gibt dazu ein Beispiel und erzählt eine Geschichte. Sie sagt:

"Mein Mann und ich saßen beim Frühstück und er las die Zeitung. Ich fragte ihn: "Warum unterhalten wir uns nicht?" und er antwortete: "Schlag ein Thema vor." Ich dachte dann, was ist er nur für ein Ekel .....".

So eine Erzählung lädt ein, sich mit der Erzählerin oder auch mit ihrem Ehemann, von dem sie erzählt, zu identifizieren und damit etwas von der Welt der Patientin mitzuerleben. Sie ist ein Mittel in der Gestaltung der Beziehung zwischen Patientin und Arzt.
Der Vortrag erklärt Grundzüge eines Verfahrens zum Erkennen der latenten, nicht offen sichtbaren Muster in diesen Narrativen. Mit dem "Zentralen Beziehungskonfliktthema "ZBKT" können Übertragungen beschrieben und erfasst werden. Es ist ein klares, gut lehrbares Verfahren, das für wissenschaftliche Untersuchungen und in der Praxis eingesetzt wird (Luborksy 1988). Mit einem Hören auf solche "latenten Muster" können dann zielgenaue suggestive Interventionen geprägt werden.

Das Zentrale Beziehungskonfliktthema ZBKT und seine Methodik werden vorgestellt an
" einem Beispiel für die Bestimmung eines ZBKT,
" Forschungsergebnissen mit der ZBKT-Methode und
" einer eigenen Studie zur Qualität der Erfassung von Übertragungen.

Dabei geht es um das Herausarbeiten von Verbindungen zwischen suggestiven Methoden und psychoanalytischen Konzepten. Erwartungen an Beziehungen werden analytisch als Übertragungen beschrieben: Wir ordnen neue Erfahrungen ein auf dem Hintergrund dessen, was wir über uns in der Beziehung zu anderen schon erlebt haben.

Möglicherweise fragen Sie sich jetzt, ob sich solche Beziehungserwartungen oder Übertragungen überhaupt empirisch erfassen lassen. Das ist in der Tat nicht einfach. Erste Versuche arbeiten mit Fragebögen, in denen z.B. nach Ähnlichkeiten zwischen Elternfiguren und dem Psychotherapeuten gesucht wurde. Andere Fragebögen suchten Erwartungen an den Therapeuten und das Bild von einer "idealen Person" zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren wenig befriedigend. Übertragungen sind weitgehend unbewusst, nur eingeschränkt der eigenen Reflexion zugänglich und mit Hilfe von Fragebögen nicht gut abbildbar.

U.a. auf diesem Hintergrund sind ein Reihe von Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt worden. Eines dieser Verfahren arbeitet mit Transskriptionen von Therapiestunden, die sehr detailliert Satz

für Satz durchgegangen werden. Diese "Structural Analysis of Social Behaviour (SASB)" gibt detaillierte Ergebnisse, ist aber aufwändig durchzuführen.

Das ZBKT- Verfahren bezieht als Datengrundlage nur Erzählungen über Interaktionserlebnisse ein. Untersucht werden also mittelgroße Texteinheiten und nur Teile von Transskripten oder Videoaufzeichnungen. Dies macht das Verfahren vergleichsweise ökonomisch durchführbar. Noch größere Untersuchungseinheiten - ganze Therapiesitzungen - werden in der Plandiagnose nach Weiß und Simson ausgewertet, Hier wird analysiert, welche unbewussten "Pläne" Patienten in ihrem Gespräch mit dem Therapeuten verfolgen.

Ohne die Vorzüge dieser einzelnen Verfahren vorzustellen, wird hier das am weitesten verbreitete, die Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas ZBKT vorgestellt. Ausgangsmaterial sind Narrative, Beziehungsepisoden, kurze Erzählungen über Interaktionen mit anderen Menschen, wie sie in einer allgemeinärztlichen oder therapeutischen Praxis regelmäßig spontan vorkommen. So eine Beziehungsepisode zu einem gemeinsamen Frühstück steht am Anfang dieser Arbeit. Geschichten über Interaktionen enthalten in der Regel drei Komponenten: Es gibt fast immer einen Wunsch des Erzählers, die so genannte W-Komponente, die Schilderung einer real eingetretenen oder erwarteten Reaktion anderer Menschen, die RO-Komponente, und eine eigene Reaktion darauf, häufig eine Gefühl des Erzählers, die RS-Komponente.

Solche Narrative werden nicht willkürlich erzählt, sie dienen dazu, dem Zuhörer etwas zu vermitteln. Der Adressat ist unbewusster Organisator der Einfälle.
Wenn Sie sich unser Eingangsbeispiel mit der Frühstückszene vor Augen halten und sich in die Position des Therapeuten begeben, dem die Geschichte erzählt wird, könnten Sie sich fragen: Erlebt die Patientin das Gespräch hier wie das Frühstücke mit ihrem Mann? Bin ich ihr zu zurückhaltend, wenn ich will, dass sie das Thema vorschlägt? Ist sie auf dem Weg, sich deshalb innerlich zurückzuziehen und mich als "ekelhaft" wahrzunehmen?

Wenn Sie eine solche Vermutung haben, wie können Sie sie überprüfen?

Innerhalb der ZBKT-Methode wird auf Wiederholungen von Themen geachtet: Hören Sie ähnliche Wünsche "andere sollen auf mich zugehen", entsprechende Reaktionen "andere weisen mich zurück und lassen mir die Arbeit", und wiederholt eigene Reaktionen wie "ich ziehe mich enttäuscht und angeekelt zurück" häufig wiederholt, so ist dies das Zentrale Thema und der therapeutische Fokus.
Übertragung wird damit als ein sich wiederholendes Muster angesehen und als "falsche Verknüpfung" von Wünschen und Erwartung mit der Person des Therapeuten.

Ein Beispiel für die Bestimmung eines Zentralen Beziehungskonfliktthemas soll diese Auffassung von Übertragung verdeutlichen: Die Patientin, die Sie schon ein wenig aus der Frühstücksszene kennen, ist eine 40-jährige aus Spanien stammende Universitätsdozentin und Mutter von 4 Kindern. Sie kam mit einer depressiven Symptomatik, die sie selbst auf Schwierigkeiten in der die Beziehung zu ihrem Ehemann zurückführte und erzählte im Erstgespräch folgende Beziehungsepisoden:

Zunächst berichtete sie (1), dass sie von ihren Eltern in einer strengen Nonnenschule untergebracht wurde. Dort habe sie sich von Anfang an nicht an die Regeln halten wollen und bald erreicht, dass die Nonnen "die Nase voll" von ihr hatten. Ihr Verhalten habe ihr aber auch Leid getan wegen eines Lehrers, in den sie sich
verliebt habe.

Sie erzählt dann (2), dass sie sich gewünscht habe, dass ihre Eltern sie abholen sollten, und dass

die Eltern sie tatsächlich aus der Schule mit dem Auto abgeholt und wieder mit nach Hause genommen haben. Dies sei ein Sieg gewesen, den sie mit einem Gefühl des Triumphes ausgekostet habe.

Die Patientin kommt dann auf ihre aktuelle Situation zu sprechen. In dem Haus, in dem sie lebt, wohne ein anderer Mann (3), den sie gelegentlich "auf der Treppe" treffe. Sie habe den Wunsch, mit ihm zu schlafen. Er sei korrekt und charmant. Sie fühle sich ihm gegenüber wie ein kleines Kind und habe Angst, sich nicht zu beherrschen.
Direkt von dieser Episode kommt sie auf eine Schilderung aus der Zeit zu sprechen, in der sie ihren Mann kennen lernte (4). Der lebte damals als "Hippie" am Strand. Trotz einer in der Familie vorhandenen Idealisierung des "Deutschen" noch aus der Zeit des spanischen Bürgerkriegs war die Wahl eines solchen Partners für den Vater eine Provokation. Vater habe ihr den Umgang mit ihrem Mann verboten, sei streng gewesen, sie habe jedoch die Freiheit und Erotik des Lebens am Strande angesichts der Strenge ihres Vaters noch mehr geschätzt.
Eigentlich habe der Vater für sie schon einen Mann ausgesucht gehabt (5). Sie habe auch versucht, diesen Mann zu lieben. Er sei witzig, intelligent und liebevoll gewesen; sie habe sich jedoch im Kontakt rasch erstickt und gelangweilt gefühlt und ihn dann betrogen.

Aus diesen einzelnen Episoden kann ein Zentrales Beziehungskonfliktthema bestimmt werden. So findet sich beispielsweise der Wunsch "selbst bestimmen" in den Episoden 1 und 2 und vielleicht auch 4, die Reaktion "die anderen sind streng und dominant" in den Episoden 1, 4 und möglicherweise 3. Werden die insgesamt 12 Episoden dieses Erstgespräches auf die Häufigkeit der Komponenten hin ausgewertet, erhält man ein Zentrales Beziehungskonfliktthema: "Ich möchte lustvoll selbst bestimmen - andere weisen mich zurecht - ich verliebe mich unglücklich".

An dieser Bestimmung eines Zentralen Konfliktthemas wird deutlich, dass das Ergebnis nicht unbedingt der Logik einer einzelnen Beziehungsepisode folgt, aber dennoch eine psychologische Plausibilität aufweist. Sie bekommen vielleicht eine Vorstellung davon, dass ein solches Muster nicht vollständig bewusst ist, aber dem Bewusstsein relativ nah. Aus analytischer Sicht könnte man berechtigt einwenden, dass der Wunsch, "ich möchte lustvoll selbst bestimmen" nur eine Seite einer Medaille darstellt: In dem provokativen Verhalten der Erzählerin, in ihren Narrativen und in der Symptomatik ist auch die Kehrseite dieses Themas spürbar, der Wunsch etwa: "Ich möchte bezwungen werden". Die Patientin erlebt Wünsche im Bereich von "Willkür" als konfliktträchtig; der Wunsch danach, bezwungen zu werden, ist die unbewusste, abgewehrte Kehrseite der eigenen lustvoll gelebten "Willkür".

Das ZBKT-Verfahren kann eingesetzt werden zur Erfassung von Übertragung. Es ist Grundlage einer manualisierten psychodynamischen Psychotherapie und verschiedener störungsspezifischer Therapieansätze, z.B. bei generalisierter Angststörung oder Depression. Und es ist ein Verfahren, das in der Forschung eingesetzt wird. Einige Forschungsergebnisse, die mit dem ZBKT -Verfahren gewonnen wurden, sind für
Hypnotherapeuten von Interesse:
Treffende Interventionen der W- und RO- Komponente hingen mit einen gutem Ergebnis von Psychotherapien zusammen, nicht aber treffende Interventionen der RS-Komponente (Crits-Christoph et al 1988). Mit dem Zentralen Beziehungskonfliktthema liegt also ein Verfahren vor, das es gestattet, die "Richtigkeit" oder "Treffsicherheit" von Interventionen zu messen. Damit ist nicht alles über die Kunst des Therapeuten gesagt: Timing und Takt spielen ebenfalls eine große Rolle. Ein genaues Erfassen der Beziehungswünsche und der Reaktion anderer Menschen scheint aber Behandlungsergebnisse günstig zu beeinflussen. Dies ist interessanterweise bei der Beschreibung der RS-Komponenten, also der Gefühle der Erzähler, nicht der Fall. Eine falsch verstandene "Empathie", in der sich Therapeuten überwiegend auf die affektiven Reaktionen ihrer Patienten konzentrieren, wirkt sich auch bei hoher Treffsicherheit nicht günstig aus.

Auch die Entwicklung der therapeutischen Beziehung zu Behandlungsbeginn hängt zusammen mit der Treffsicherheit von Interaktionen, wie sie mit dem ZBKT bestimmt werden (Crits-Christoph et al 1993). Es scheint also günstig zu sein, die relativ oberflächennahen Formulierungen zu benutzen, wie sie die ZBKT-Methodik hergibt. Vermutlich würde sich die therapeutische Beziehung weniger gut entwickeln, wenn bereits in der Anfangsphase tiefer unbewusste Motive angesprochen werden - etwa: "da möchten Sie bezwungen werden".

Inhalte von Zentralen Beziehungskonfliktthemen ermöglichen bessere Voraussagen des Behandlungsergebnisses als andere Parameter wie die Symptomatik oder ICD-Diagnose (McMullen & Conway 1997). Dies ist ein Argument gegen ein Verfolgen rein störungsspezifischer Ansätze: Wir behandeln nicht Krankheiten sondern kranke Patienten. Deren Erwartungen, deren Sicht auf das Leben sind entscheidende Parameter für Indikation und Behandlungsverlauf.

Übertragungen, zentrale Beziehungserwartungen an andere Menschen, bleiben auch im Verlauf langer Therapien inhaltlich im wesentlichen gleich. Gibt es dann etwas, das sich in den Zentralen Beziehungskonfliktthemen von Patienten im Behandlungsverlauf verändert? Ja, die Sichtbarkeit des einen, zu Behandlungsbeginn "zentralen" Musters lässt im Laufe einer erfolgreichen Therapie nach (Luborsky et al.1992). Alternativen werden deutlicher, Beziehungsmuster bunter und vielseitiger. Für die Diskussion mit lösungsorientierten, systemischen Therapieansätzen ist wichtig, dass über die Zeit nicht so sehr die manifesten Interaktionen in den einzelnen Beziehungsepisoden konstant bleiben, sondern latente Muster, wie sie mit der ZBKT-Methode erfasst werden können.

Diese Untersuchung hat für Hypnotherapeuten Bedeutung, weil sie beschreibt, wie solche latenten Muster erkennbar werden. Dies hängt mit der Frage der Wahrnehmungseinstellung des Untersuchers - oder entsprechend hier - mit der Art der Auswertung zusammen, aber auch mit dem Bewusstseinszustand des Erzählers, der milden Form von Trance, die sich im Gespräch einstellt, in dem ich dem Adressaten meiner Erzählungen etwas für mich Wichtiges vermitteln will. Dieses Gefühl kennen Sie
vermutlich alle aus intensiveren Gesprächen.

Ziel unserer Untersuchung war es, die Qualität des ZBKT-Verfahrens unter systematisch variierten Bedingungen zu prüfen, also zu fragen, wie sich Übertragungen sicher erfassen lassen. Die Qualität der Erfassung wurde operationalisiert als Re-Test-Stabilität der Ergebnisse über die Zeit. Sie haben schon gehört, dass zentrale Übertragungsmuster in ihren Inhalten sehr stabil sind, so dass die Ähnlichkeit bei wiederholen Bestimmungen im Abstand von 6 bis 9 Monaten ein Kriterium der Qualität der Erfassung von "Zentralem" ist.

Untersucht wurden 65 Probanden und 36 Patienten von Beginn einer Gruppentherapie. Probanden und Patienten wurden nach 6 bis 9 Monaten erneut untersucht, so dass insgesamt 2400 Beziehungsepisoden ausgewertet werden konnten.

Die Patienten hatten alle die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung oder deutliche maladaptiver Persönlichkeitszüge und zusätzlich weitere Diagnosen wie Angsterkrankung, Sucht, Somatisierungsstörung, Depression u.a..
Sie zeigten in diesem ersten Teil einer insgesamt 1 bis 3 Jahre dauernden Gruppentherapie bereits eine deutliche Besserung ihrer Symptomatik.

Aus dieser größeren Untersuchung wird hier etwas über die Qualität unterschiedlicher Auswertungsverfahren berichtet. Verglichen wird die Bestimmungen des zentralen Beziehungskonfliktthemas durch ein Auszählen der Inhaltskategorien, die in den einzelnen manifesten Episoden genannt werden, mit einer zunächst qualitativen Bestimmung des zentralen

Beziehungskonfliktthemas, der "maßgeschneiderten Auswertung" oder "tailor -made = tm" - Auswertung. Hier ist die Aufmerksamkeit auf Gemeinsamkeiten der einzelnen innerhalb eines Interviews genannten Komponenten gerichtet. "Latente" Muster werden so besser erfasst. Beide Verfahren werden auf zwei unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Erhebung von Interviews angewandt:
- Interviews, in denen die Erzähler frei waren, von irgendwelchen Personen ihres Lebens zu erzählen (das klassische Verfahren zum Bestimmen von Übertragungen) und - Interviews, in denen die Erzähler gebeten wurden, Episoden aus ihrer Partnerschaft zu erzählen. In der Liebe spielen Übertragungen eine große Rolle!

Die Interviews wurden teils von Forschungsassistenten durchgeführt, die die Erzähler kaum kannten und teils vom Gruppentherapeuten der Patienten: Dieses Design ermöglichte es, den Einfluss des Adressaten der Erzählungen bestimmen zu können.

Die beiden Auswertungsverfahren können zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen führen. So ergibt sich bei einer Analyse der einzelnen Beziehungseposoden in unserem Beispiel ein zentraler Wunsch nach "Nähe", bei einer "maßgeschneiderten Auswertung" dagegen der zentrale Wunsch des "Selbstbestimmen". Vielleicht kennen Sie solche divergierenden Meinungen aus klinischen Diskussionen. Mit diesen beiden unterschiedlichen Auswertungsverfahren lässt sich zeigen, wie man aufgrund unterschiedlicher Denkweisen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen zu einem Patienten kommen kann.

Zunächst zu den Ergebnisse der Probanden in den Interviews mit Forschungsassistenten: die Übereinstimmungen zwischen den Messzeitpunkten im Auszählverfahren sind gering (23% bis 42 % Übereinstimmung, kappa-Werte unzureichend) und auch in der maßgeschneiderten Auswertung nur dort ausreichend gut (53% bis knapp 70 %, kappa mäßig bis gut) wo explizit auf Beziehungsepisoden in Partnerschaft Bezug genommen wurde - im Paarbeziehungsinterview PBI.

Auch für Patienten in Interviews mit ihrem persönlichen Therapeuten fanden wird im Auszählverfahren nur eine unzureichende Stabilität der Ergebnisse. Hier fanden sich gute bis sehr gute Übereinstimmungen für das klassische Beziehungsepisodeninterview in der maßgeschneiderten Auswertung (72% bis knapp 90 % Übereinstimmung, kappa gut bis sehr gut). Patienten in Interviews mit ihrem persönlichen Therapeuten, die von ihrer Partnerschaft erzählen sollten, zeigten hier schlechtere Resultate: Wir vermuten, es kommt hier zu divergierenden Einflüssen der Wirkung des Objekts der Erzählungen (Muster in der Beziehung zum Partner) und der Wirkung des Adressaten (Übertragungsmuster in der Beziehung zum Therapeuten).

Für die beiden geeigneten Erhebungsverfahren lässt sich die Überlegenheit der tm-Auswertung statistisch sichern (für einzelne Komponenten $p < .001$). Sowohl die Probanden in Paarbeziehungsinterview als auch die Patienten in Beziehungsepisodeninterview mit ihren Therapeuten zeigen in der maßgeschneiderten Auswertung gegenüber dem Auszählverfahren die deutlich konstanteren Ergebnisse.

Sie sehen, dass Interviews, die von Forschungsassistenten mit Probanden durchgeführt werden, für eine Bestimmung von Übertragungen nicht geeignet sind. Es kommt in diesen "Testsituationen" nicht zu einer Übertragung auf den Adressaten, damit auch nicht zu dem, was Freud als "indirekte Suggestion" oder Hypnotherapeuten wie de Shazer als leichte Trance bezeichnen.

Dagegen sind Interviews mit Patienten und ihren Therapeuten als Interviewer zur Erfassung von Übertragung bei einer maßgeschneiderten Auswertung gut geeignet. So eine Erfassung latenter

Muster, wie sie in Therapien mit dem Konzept der "gleichschwebenden Aufmerksamkeit" des Therapeuten gefördert werden soll, ist in Hinsicht auf eine Bestimmung zentraler Beziehungserwartungen überlegen.

Gibt es Verbindungen zwischen diesen wissenschaftlichen Ergebnissen und der praktischen klinischen Arbeit? Die Techniken der Auswertung (Auszählen oder maßgeschneidertes Suchen nach einem "roten Faden") entsprechen unterschiedlichen Haltungen des Zuhörens in der Praxis. Für Therapeuten ist es hilfreich, zwischen einem mehr lösungsorientierten Arbeiten am Konkreten und einer latente Muster erfassenden Haltung je nach Anforderung wechseln zu können.

Sind aber nun Interventionen, die diese Beziehungsmuster berücksichtigen, besonders erfolgreich? Wie komme ich zu solchen Formulierungen mit dem zentralen Beziehungskonfliktthema als Fokus?
Untersuchungen zu günstigen Auswirkungen "treffender" Interventionen an kürzeren psychodynamischen Therapien sind oben aufgeführt (aktuell auch: Götze et al. 2003). Ergebnisse aus spezifisch hypnotherapeutischen Behandlungen sind mir dazu nicht bekannt. Ich denke aber, diese Ergebnisse aus psychodynanischen Therapien lassen sich mit Vorsicht auch auf hypnotherapeutische Interventionen übertragen:

Hypnotherapeutisch wird der Unterschied zwischen direkter und indirekter Suggestion in erster Linie in einem behandlungstechnischen Sinn verstanden: Direkte Suggestion findet sich in der klassischen, "autoritären" Hypnose, indirekte Suggestion z.B. in der Hypnotherapie Milton Eriksons.

Beide Formen von Suggestion sind von Freud, der lange mit Hypnose gearbeitet hat, der "direkten" Suggestion zugeordnet worden. Er beschreibt sie mit einem mehrdeutigen Werturteil (1919) - in der Massenanwendung der Psychoanalyse werde man das "reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion legieren" müssen. Reines Gold der Analyse - mit reinem Gold ist selten sehr viel anzufangen. Es sind die Legierungen, die Gold nützlich und schön machen. Und selbst das "reine Gold der Analyse" ohne direkte Suggestion ist zu einem nicht unbeträchtlichen Teil indirekte Suggestion, ein implizites Nutzen positiver Übertragungen. Patienten glauben ihren Therapeuten nicht wegen des überzeugenden intellektuellen Gehalts ihrer Interventionen (Freud 1926), sondern auch weil sie sie als hilfreich, wohlwollend, als mütterlich oder als väterlich erleben und in der Regel auch so erleben wollen.

Es geht also in erfolgreichen Therapien häufig um ein Herstellen regressiver Bewusstseinzustände, in denen Übertragungserwartungen besonders gut sichtbar werden. Hier sind auch Interventionen besonders wirksam. Solche, sich im Arzt-Patient Kontakt spontan herstellenden regressiven Bewusstseinszustände können durch aktive Vorgabe von Mustern (direkte Suggestionen) durch den Therapeuten genutzt werden. Sie können genutzt werden, indem der Therapeut mit "gekonnter Vagheit" bestimmte Themen anspricht (indirekte Suggestionen im hypnotherapeutischen Sinn) und dem Patienten damit die Möglichkeit lässt, sie für sich individuell treffend auszugestalten. Und sie können genutzt werden, indem der Therapeut individuelle,
spezifische Übertragungen gezielt anspricht.

Um Spezifisches vom Unspezifischem unterscheiden zu können, ist es zunächst noch einmal notwendig, unspezifische Übertragungen in der Hypnotherapie zu betrachten: Welche allgemeinen Beziehungsaspekte kennzeichnen Suggestion und Übertragung?
Der empirische Forscher, Hypnotherapeut und Analytiker A. Mason (1994) hat pointiert Interaktionen zwischen Patient und Therapeut in hypnotherapeutischen Behandlungen beschrieben:

Zur Suggestion gehört für ihn der Glaube des Patienten, sein Behandler sei ein "Gott". Mason spricht damit das Element des Glaubens an die Worte des Therapeuten an.
Tiefe hypnotische Trance, die über Suggestion hinausgeht, sieht er dadurch hervorgerufen, dass der Therapeut diese Zuschreibung des Patienten annimmt, selbst glaubt er sei ein "Gott" und die Erwartung seines Patienten damit bestätigt. Es komme bei einer solchen Begegnung zu einem Austausch wechselseitiger Projektionen und Identifizierungen, die besondere, spektakuläre Heilerfolge möglich mache.

Unabhängig von diesen allgemeinen Übertragungsaspekten in der Hypnotherapie gibt es individuelle spezifische Übertragungen, die für Interventionen Bedeutung haben. De Shazer (1990) betont die Wichtigkeit des Unterbrechens solcher Muster: "What does not work, is to be avoided at all costs". Er betont, es sei nicht nötig sich genau vorstellen zu können, wie die Situation aussehe, wodurch die beklagte Situation hervorgerufen oder am Leben gehalten wird. Ein beliebiges Verhalten könne ausreichen, um eine Lösung herbeizuführen, wenn es nur wirklich ein anderes als das gewohnte Verhalten sei. Für mich sind viele dieser so sehr an machbaren orientierten Ansätze unbehaglich, wenn sie den Charakter eines "technischen Tricks" annehmen. Sie haben dann etwas Respektloses. Es scheint mir so, als werde hier die von Mason für einige Hypnoseformen beschriebene Position eines "Gottes" eingenommen, ohne dies ausreichend zu reflektieren.

Ausgesprochen hilfreich finde ich aber ein Unterbrechen vom Mustern als Versuch einer Begegnung jenseits der Konventionen. Hier verbinden sich wieder hypnotherapeutische und beziehungsorientierte, analytische Konzepte. Möglicherweise kennen Sie die Geschichte von Jesus und der Ehebrecherin? Jesus wird gefragt, ob eine Frau, die beim Ehebruch gesehen worden ist, entsprechend dem Gesetz bestraft werden soll. Er ist damit in einer Falle: Antwortet er: "Nein, steinigt sie nicht!" stellt er sich gegen das Gesetz und gegen Gott. Sagt er aber, "Ja, steinigt sie!" stellt er sich in Gegensatz zu dem, was er lehrt und tut. Was nun?
Beschrieben wird, wie Jesus einen Stock nimmt und mit ihm beginnt, Figuren in den Sand zu malen - er lenkt die Aufmerksamkeit der Zuhörer auf ein nicht eindeutig identifizierbares Geschehen, führt einen leichten Trancezustand herbei und unterbricht das bisher dominierende Muster einer Entscheidung zwischen "ja" oder "nein".
Und dann sagt er wie nebenbei: " Wer unter Euch ohne Sünde ist, der werfe den ersten Stein".

Eine solche Unterbrechung von Mustern ist alltägliche Arbeit in ärztlicher und psychotherapeutischer Praxis. Verletze ich die an mich gerichteten Beziehungserwartungen und werde persönlich ("wer unter Euch ohne Sünde ist, ...) so ist dies in der Regel eine Grenzüberschreitung - wie sie eigentlich nur in Notwehr oder mit Einverständnis eines Patienten gestattet ist. Aus solchen Unterbrechungen von Mustern können dann erfolgreiche Behandlungen entstehen: Ein Freund erzählt mir, wie er zu Beginn seiner Psychotherapie einem Analytiker lang und breit von seinem schrecklichen Eltern erzählte und die für ihn entscheidende Intervention nach einer Zeit des Zuhörers die Frage des Therapeuten war: " Macht Ihnen das Freude, so zu sprechen ?"
Ein älterer Kollege erzählte mir, dass eine Frau sich bei ihm im Erstgespräch beklagte, dass ihr Mann sie wegen einer jüngeren Frau verlassen habe. Seine Intervention auf das breit vorgetragenen Klagen hin war dann: "Ja, das habe ich auch gemacht".

Ein solches Unterbrechen von "Beziehungserwartungsmustern" (Übertragungen), eine solche Grenzverletzung kann als Mittel einer Kontaktaufnahme ausgesprochen hilfreich sein. Sie ist dies besonders dann, wenn Elemente des zentralen Konflikts der Erzähler angesprochen werden. Dazu gehört es, zentrale Wünsche und erwartete Reaktionen anderer zu identifizieren und repetitive Muster in diesen Beziehungserwartungen zu enttäuschen - oder das intuitive Handeln an einer solchen Analyse zu überprüfen.

Kommen wir noch einmal auf die anfängliche Frühstücksszene zurück. Wie könnte hier ein "Durchbrechen" dieses interpersonellen Beziehungsmusters aussehen?
Eine hypnotherapeutische Intervention, die sich auf ein Unterbrechen von Mustern konzentriert, könnte lauten: " Frühstücken Sie im Stehen!"
Ein solches Verhalten kann Unruhe und Bewegung in eine eingefahrene Paardynamik bringen. Möglicherweise finden die Beteiligten dann eine bessere Lösung als die derzeitige.
Als Therapeut oder Therapeutin könnten Sie aber auch versuchen, diese Intervention auszubauen und sich auf die zentralen Beziehungserwartungen der Patientin hin zu orientieren. Die haben Sie in einem ausführlicheren Gespräch kennen gelernt:
Den Wunsch, lustvoll selbst zu bestimmen; die erwartete Reaktion zurechtgewiesen zu werden, und die eigene Reaktion des sich unglücklich Verliebens.

Ein Durchbrechen eines solchen Musters mit Bezug auf zentrale Wunsch- und RO-Komponenten könnte dann lauten: " Frühstücken Sie im Stehen - vielleicht stellen Sie sich vor, Sie frühstücken in einem Cafe - und der Mann ihnen gegenüber ist Ihnen fremd. Sie können versuchen, seine Aufmerksamkeit zu erregen - und vielleicht gelingt Ihnen da ein schüchterner Kontakt. Sie können auch für sich allein lustvoll mit ihm frühstücken. Sie sind da frei."

Diese Form von Interventionen ist kurzfristig oft hilfreich und geeignet, einen neuen Blick auf ein vertrautes Geschehen zu wagen. Diese Patientin gewann die Möglichkeit, sich immer wieder von ihrem unglücklich machenden Beziehungsmuster zu distanzieren, allerdings erst in einer längeren Gruppentherapie. Sie verliebte sich in ihren Gruppentherapeuten und löste sich aus dieser unerfüllten Liebe zu einem väterlich erlebten Mann mit einer größer gewordenen Freiheit.
Vielleicht haben Sie diesen Behandlungsverlauf beim Hören der Episoden mit dem Lehrer und dem korrekt-charmanten Mann auf der Treppe schon erahnen können - Geschichten, die sie im Erstinterview erzählte, und mit denen sie ihren Therapeuten in Hinsicht auf den Verlauf der Behandlung "vorwarnte".

Sie haben jetzt einiges über Geschichten gehört, die Patienten erzählen und als Mittel der Gestaltung der Arzt-Patient Beziehung nutzen. Diese Narrative können für die Arbeit mit Übertragungen sensibilisieren. Sie können diagnostisch und zum Gestalten suggestiver Intervention genutzt werden - z. B. mit einem Verfahren zum Erkennen der latenten Muster in diesen Narrativen vorgestellt, dem Zentralen Beziehungskonfliktthema ZBKT.

Vieles über die Wirkung unserer Interventionen wissen wir nicht. Es bleibt daher manchmal nur, sorgfältig auf das zu achten, was Patienten uns erzählen. Sie geben uns so Hinweise, ob wir mit dem, was wir tun, einigermaßen richtig liegen.

Literatur:

Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L (1988): The accuracy of therapists´ interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. J Consul Clin Psychol 56, 490 - 495

Crits-Christoph P, Barber JP, Kurcias JS (1993): The accuracy of therapists´interpretations and the development of the therapeutic alliance. Psychother Res 3, 25 - 35

De Shazer (1990): Wege der erfolgreichen Kurztherapie, Stuttgart

Freud S. (1926): Die Frage der Laienanalyse. GW 14, 255ff

Freud S. (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW 12, 193.

Götze et al (2003): Fokaltherapie. Was trägt zum Therapieerfolg bei? Psychotherapeut 48,122-128

Luborsky L (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer Verlag, Berlin

Luborsky L, Barber J.,Diguer L (1992): The meanings of the narratives told during psychotherapy. The fruits of a new observational unit. Psychother Res 2, 277 - 290

Mason A. (1994): A Psychoanalyst looks at a Hypnotist: A Study of folie a deux. Psychoanalytic Quarterly 63, 641-679.

McMullen LM, Conway JB (1997): Dominance and nurturance in the narratives told by clients in psychotherapy. Psychother Res 7, 83 - 98

Schauenburg und Cierpka (1994): Methoden der Fremdbeurteilung interpersoneller Beziehungsmuster. Psychotherapeut 39. 135-145

PD Dr. med. Hermann Staats
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität Göttingen

2.1.2 Aus dem Vortrag von Dr. med. Dipl.-Psych. Claus Derra, Bad Mergentheim

Wie das Gehirn die Entspannung macht ..... etwas zum Schmunzeln.

Limbisches System an Frontalhirn:
Ich bekomme gerade vom Zentralspeicher eine Menge Infos über Afferenzen aus dem peripheren System ... der Körper scheint total verspannt ..... außerdem wird die Konzentration schlechter ..... die Arbeit wächst uns über den Kopf ... es muss unbedingt was passieren .... es wäre schön jetzt etwas zu relaxen ....

Hippocampus (etwas vorlaut aus der area entorhinalis):
Zu der Anfrage kann ich nur sagen: nach Dr. Derra soll man mindestens dreimal täglich AT machen ... jetzt ist`s schon 11.30 Uhr und ihr habt noch keine Übung gemacht ...

Frontalhirn an posterioren Cortex und Auge:
O.K. ... sucht doch mal einen schönen Platz, wo wir jetzt gleich eine Übung machen können ....

Posteriorer Cortex an Frontalhirn und Assoziationsfelder:
Da drüben steht ein Stuhl mit Kopflehne, der ist aus unserer Erfahrung bequemer als der Schreibtischstuhl, auf dem wir gerade sitzen ...

Frontalhirn an limbisches System:
Wär Dir der Platz da drüben recht ??

Limbisches System an Frontalhirn:
Ne, ich bin viel zu gestresst und unkonzentriert, um jetzt gleich AT machen zu können. Ich fänd`s gut, wenn Du erst die Muskeln etwas lockern würdest und unseren Zentralspeicher erstmal etwas auf andere Gedanken bringen könntest.

Frontalhirn an Gyrus präzentralis:
Ich hab` hier ein paar total gute Bewegungsschemata, die ich vom Kleinhirn abrufen kann ....

Gyrus präzentralis und Assoziationsfelder an Bewegungsapparat:
Auf geht's zur Lockerungsgymnastik ....

Muskelspindeln an Gyrus postzentralis und Assoziationsfelder:
Sagt mal dem limbischen System, das war ne gute Idee, wir fühlen uns schon wesentlich besser ....

Amygdala (ungeduldig):
Was wird denn nun mit der AT-Übung??

Hypothalamus:
Der Zustand der Vitalfunktionen wie sie mir von der Formatio gemeldet werden zeigt mir Kaffeedurst und Blasendruck an. Ist eine AT-Übung jetzt vital notwendig??

Frontalhirn:
Der Hippo muss auch immer querschiessen ...

Raphekerne:
Leute, könnt Ihr Euch jetzt mal einigen? Ich brauch klare Botschaften, sonst läuft bei mir nix ...

Frontalhirn an alle:
Beruhigt Euch Leute, ich hab mich gerade mit dem Zentralspeicher kurzgeschlossen:
Entspannung geht jetzt vor, alles ist gut organisiert ...

über Gyrus präzentralis an Muskulatur:
O.K. wir fangen jetzt an .... setzt Euch mal hin, macht`s Euch bequem, nehmt einen tiefen Atemzur zur Einleitung

Kleinhirn:
Diesen Ablauf kenne ich, Ihr wollt doch nicht etwa AT machen ??

Frontalhirn:
Klar doch, wird Zeit, dass Du das auch endlich checkst.

an Locus coeruleus und Raphekerne:
Sympi runterfahren, den Para aktivieren ....
schaltet den Organismus auf Entspannung ....

Thalamus:
Ich kriege jede Menge Signale von Schwere- und Wärmegefühlen .... lieg ich da richtig, wenn ich Euch sage, dass die Übung wohl ganz gut läuft.

Frontalhirn:
Das klingt gut ... ich glaube, der Cortex kann jetzt etwas runterfahren und den Amygdala das weitere überlassen.

Hippocampus:
Ist ja schön, wenn`s Euch allen gut geht .... denkt aber bitte rechtzeitig an die Rücknahme !!!

Alle: Spielverderber !!!!! Wir entspannen aber trotzdem weiter !!!

2.1.3. Vortrag Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Dieter Vaitl,
Justus-Liebig-Universität Gießen

Der Vortrag über Veränderte Bewusstseinszustände von Dieter Vaitl ist im Franz Steiner Verlag Stuttgart 2003 imBand XLI, Nr. 2 ISBN: 3-515-08388-X veröffentlicht worden.

2.2 Ergebnisbericht der Mitgliederversammlung der
DGÄHAT am 21. Juni 2003 im Adam-Stegerwald-Haus in Königswinter/Rhein um 20.00 Uhr

Anwesende: 34 Mitglieder und 5 Gäste haben sich in die Anwesenheitsliste eingetragen.
Vorstand: Dr. G. R. Clausen, Neuss, Dr. S. Stephan, Mainz, Prof. Dr. F. Stetter, Porta Westfalica, Dr. C. Derra, Bad Mergentheim, Dr. W.-R. Krause, Blankenburg

Top 1: Begrüßung und Jahresbericht
Dr. G. R. Clausen (1. Vorsitzender) begrüßt die Anwesenden und bittet sie um ein Gedenken der verstorbenen Mitglieder. 4 neue Mitglieder sind der Gesellschaft seit der letzten Mitgliederversammlung beigetreten, 3 davon, Frau Dr. Fricke, Frau Dr. Griese und Herr Dr. Erbe nehmen an der Tagung und Mitgliederversammlung teil und werden von Dr. Clausen namentlich begrüßt.
Dr. Clausen stellt die ordnungsgemäße Einladung und die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung fest.
Dr. Clausen berichtet über die regelmäßigen Teilnahmen des Vorstands an Konferenzen (AÄGP, AWMF, STÄKO, Wissenschaftliche Beiräte u.a.m.) von Fachgesellschaften und Tagungen national und international. Solche Teilnahmen sind mit erheblichem Zeitaufwand und Kosten verbunden.
Der Mitgliederstand nimmt ab z. T. bedingt durch Praxisaufgabe oder Pensionierung. Die Mitglieder werden wiederum darauf aufmerksam gemacht, die Werbung ihrer Kursaktivitäten in den Rundbriefen und im dem ständig aktualisierten Tagungs- und Weiterbildungskalender im Internet mehr wahrzunehmen.
Die Anfragen Ratsuchender sind im Gegensatz zu den Vorjahren zurückgegangen, nicht zuletzt wohl deshalb, weil Therapeuten auf der aktuellen Therapeutenliste im Internet nachgesehen werden kann (Anfragen per E-Mail können gleich auf das Internet verwiesen werden). Dennoch verschickt Dr. Clausen auf Anfrage nach wie vor auch eine Therapeutenliste per Post.
Die Vorbereitung der Tagung ist nach wie vor ein Hauptbestandteil der Vorstandsarbeit. Die diesjährige Tagung hat nicht ganz die erwünschte Teilnehmerzahl erreicht, deshalb bittet Dr. Clausen die Mitglieder um mehr Werbung für die jährliche Arbeitstagung der Gesellschaft.
Dr. Clausen weist noch mal darauf hin, daß die Jahresaktivitäten des Vorstandes regelmäßig im Rundbrief veröffentlicht werden.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung am 8.Juni 2002
(Niederschrift im RB Oktober 2002, S. 16. ff)
Das Protokoll wird mit 28 Stimmen bei 5 Enthaltungen (Vorstandsmitglieder) genehmigt.

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters/Aufgaben für die Zukunft
Anhand einer Folie erklärt Dr. Derra die Einnahmen und Ausgaben der Gesellschaft.
Die Tagung 2001 in Schmitten erreichte keine Deckung, 2002 in Blankenburg war die Tagung finanziell mit einem kleinen Plus ausgeglichen, dieses Jahr wird ggf. ein geringes Defizit ergeben.
Die Zahl der Mitglieder geht zurück, die Neuaufnahmen können die altersbedingten Abgänge nicht ausgleichen. Der Schatzmeister bittet aus Kostengründen vom Lastschriftverfahren Gebrauch zu machen und aktiver um Mitglieder und Teilnehmer der Tagung zu werben.

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer
Frau Dr. Herma-Boeters und Herr Dr. Ullmann haben heute die Kasse geprüft und keine Beanstandungen zu vermerken.

TOP 5: Entlastung des Vorstands und des Schatzmeisters
Der Vorstand und der Schatzmeister werden mit 28 Stimmen bei 5 Enthaltungen (Vorstandsmitglieder) entlastet.

TOP 6: Wahl eines Wahlleiters
Dr. Smolenski wird zum Wahlleiter gewählt

TOP 6.1: Neuwahl des Vorstandes
Dr. Clausen wird als Kandidat zum 1. Vorsitzenden vorgeschlagen, er wünscht geheime Wahl.
Die Stimmzettelauszählung ergibt 32 Ja-Stimmen für Dr. Clausen, keine Enthaltung, keine Gegenstimme.
Damit ist Dr. Clausen als 1. Vorsitzender gewählt, er nimmt die Wahl mit Dank für das erwiesene Vertrauen an.

Dr. Derra, Dr. Krause, Dr. Stephan und Prof. Stetter kandidieren für die bisherigen Posten und wünschen eine öffentliche Abstimmung.
Dr. Derra, Dr. Krause, Dr. Stephan und Prof. Stetter werden bei 2 Enthaltungen, keiner Gegenstimme mit 30 Stimmen gewählt. Dr. Derra, Dr. Krause, Dr. Stephan und Prof. Stetter nehmen die Wahl an.

TOP 6.2: Neuwahl der Kassenprüfer
Frau Dr. Herma-Boeters und Herr Dr. Ullmann werden vorgeschlagen und sind bereit, ein weiters mal zu kandidieren.
Sie werden mit 30 Stimmen, bei 2 Enthaltungen und keiner Gegenstimme gewählt und nehmen die Wahl an.

TOP 7: Antrag auf Ehrenmitgliedschaft
Der Vorstand schlägt vor, Prof. Dr. med. habil. Gerhard Klumbies aus Jena zum Ehrenmitglied zu ernennen. Die Laudatio hält Dr. Krause, Blankenburg (siehe anl. Bericht im RB Okt/03) Aufgrund seiner jahrzehntlangen Verdienste um die Hypnose in seinen verschiedenen Wirkungsstätten, besonders aber in Jena als ordentlicher Professor für Medizin stellt Dr. Krause den Antrag, die Mitgliederversammlung möge Prof. Klumbies als Ehrenmitglied der Gesellschaft aufnehmen.
Prof. Klumbies wird einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt und nimmt die Ehrenmitgliedschaft mit freudigem Dank an.

TOP 8: 10. Arbeitstagung der DGÄHAT vom 18. - 20 Juni 2004 in Blankenburg
Die 10. Arbeitstagung wird in Blankenburg/Harz stattfinden; das Arbeitsthema/Leitthema lautet: "Psychotherapie beim älteren Mensch" oder "Der ältere Mensch" mit 3 Hauptvorträgen und dem Tagungsthema entspr. Kursen und Seminaren zu AT, Hypnose, Progressive Muskelrelaxation und weiteren verwandten Themen.
Anläßlich des "10-jährigen Jubiläums" wird vorgeschlagen, den Ablauf der Tagung etwas zu ändern, die Mitgliederversammlung schon am Freitagabend abzuhalten und den späten Samstagnachmittag zu einem Ausflug - nach Quedlingburg o.ä.) mit anschl. Abendessen zu nutzen. Damit die Tagung durch eine ausreichende Teilnehmerzahl auch erfolgreich wird, sollen Mitglieder, die einen Tagungsteilnehmer "werben" mit 30,00 € belohnt werden.
Um Grund- und Aufbaukurse für Weiterbildungsteilnehmer attraktiver zu machen, wird in der Kursausschreibung darauf hingewiesen, dass eine Fortsetzung des Kurses lokal möglich ist und

damit 8 Doppelstunden erreicht werden können.
Auch wenn grundsätzlich wechselnde Tagungsorte innerhalb der "Mitte" Deutschlands etwas für sich haben, muss die finanzielle Seite berücksichtigt werden. Der Vorschlag der letztjährigen Mitgliederversammlung, die Tagung 2005 in Potsdam durchzuführen, wird deshalb verworfen, weil die Raummiete sowie Übernachtung + Vollpension wesentlich höher sind als z.B. in Blankenburg und Königswinter. Deshalb wird vorgeschlagen 2005 die Tagung wieder in Königswinter durchzuführen.
Es wird vorgeschlagen für Studenten eine Ermäßigung von 50% zu gewähren, aber nicht explicit im Programmheft darauf hinzuweisen.

TOP 9: Verschiedenes
Neue Landesstellenleiter
Frau Dr. med. Catharina Adolphsen aus Berlin/jetzt Schwerin wird die Landestelle Mecklenburg-Vorpommern übertragen.
Herr Dr. med. Michael Ullmann aus Augsburg wird die zweite Landesstellenleitung in Bayern übertragen.
Dr. Ullmann schlägt vor, Interventionszirkel i.S. einer kollegialen Unterstützung/Supervision einzurichten. Frau Dr. W. Scheida unterstützt dieses Vorhaben.

Zur Werbung neuer Mitglieder und Tagungsteilnehmer kommen folgende Anträge zur Abstimmung:
1. Für jedes Mitglied, das ein neues Mitglied wirbt, soll es eine Gratifikation in Höhe von 30,00 € gezahlt werden.
Bei 2 Gegenstimmungen, 2 Enthaltungen stimmen 30 Mitglieder diesem Antrag zu.

2. Für jeden neuen Tagungsteilnehmer erhält ein Mitglied 30,00 €.
Mit 20 Stimmen dafür, 4 Enthaltungen und 4 Gegenstimmen wird auch dieser Antrag angenommen.

3. Für jeden neuen Tagungsteilnehmer (d.h. ein Teilnehmer, der seit mind. 3 Jahren nicht an der Tagung teilgenommen hat) erhält das Mitglied 30,00 €.
Dieser Antrag findet keine Mehrheit. 5 stimmen dafür, 8 enthalten sich, 8 sind dagegen.

TOP 10: Termine
10. Arbeitstagung der DGÄHAT mit Mitgliederversammlung vom 18. - 20. Juni 2004 in Blankenburg.
11. Arbeitstagung der DGÄHAT mit Mitgliederversammlung vom 17. -19. Juni 2005 in Königswinter.

Ende der Mitgliederversammlung: 22.15 Uhr

1. Vorsitzender Schriftführer
Dr. Clausen Dr. Krause

2.3 Ankündigung der 10. Arbeitstagung vom
18. bis 20. Juni 2004 in Blankenburg/Harz

Die 10. Arbeitstagung in Blankenburg/Harz vom 18.-20.6.2004 ist unsere erste Jubiläumsveranstaltung.

Dr. med. Wolf-Rainer Krause wird vor Ort uns mit einem kulturell-touristischen Vor- und Nachprogramm verwöhnen. Die Mitgliederversammlung diesmal am Freitag, am Samstagabend wird der Domschatz in Quedlinburg besichtigt, danach Candlelight-Dinner mit Musik.

Ich lade alle sehr herzlich zu den VAKOG Reizen ein. Visuelle, auditive, kinästhetische, olfaktorische und gustatorische Stimmulationen, jeder kommt auf seine Kosten.

Das Leitthema für Blankenburg lautet: "Der ältere Mensch-Autogenes Training und Hypnose-Psychotherapie im Alter" mit tollen Referenten und gemischten Vorträgen.

Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Flyer, mit dem Sie sich auch schon jetzt anmelden können.

GRC

3. Bericht über die Sitzung des wiss. Beirates
der AAeGP in Düsseldorf am 27. Juni 2003

Auf dem 106. Deutschen Ärztetag ist der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beschlossen worden. Die AÄGP hat wesentlich an der Entscheidungsvorbereitung mitgewirkt.
In der Musterweiterbildungsordnung ist die "Psychosomatische Grundversorgung" in den Gebieten Gynäkologie und Allgemeinmedizin verbindlich vorgesehen.
Mit bedauern wurde berichtet, dass die Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" nicht aufgenommen worden ist.
Die einzelnen Vertreter der Fachgesellschaften gaben noch einmal einen orientierenden Überblick über die inhaltliche Arbeit und die aktuellen Mitgliederzahlen.

Der Vorstand der AÄGP wird im November neu gewählt werden. Prof. Tress, Dr. Bodenstein und Frau Dr. Kielhorn stehen für eine Kandidatur nicht mehr zur Verfügung. Der bisherige Vorstand wird Frau Prof. Neises für das Amt der 1. Vorsitzenden vorschlagen.

Die aktuellen Kongresstermine wurden ausgetauscht und sind

unter www.aaegp.de

mit dem Weiterbildungs-Kalender abrufbar.

GRC

3. Bericht über die Sitzung des wiss. Beirates der deutsch-sprachigen Hypnosegesellschaften in Bad Orb am 22.03.2003

Die Beratungsinhalte sind im Protokoll wiedergegeben, bei Punkt 4. ist das Klingenberger Institut für Klinische Hypnose (KIKH) noch einzufügen.

Über die Hypnoseeingangsseite

www.hypnose.de

sind alle deutsch-sprachigen Hypnose-Fach-Gesellschaften zu erreichen.
GRC

4. Bericht über die Sitzung des wiss. Beirates der deutsch-sprachigen Hypnosegesellschaften in Bad Orb am 22.03.2003

Protokoll der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats deutsch-sprachiger Hypnosegesellschaften in Bad Orb 22.03.2003, 18:45 - 21:00 Uhr

Allgemeines

Anwesenheit und Beschlussfähigkeit wurden festgestellt (siehe Liste der Teilnehmer, die Ulrike Halsband verschickt [hat])
Eine Vorstandssitzung fand im Anschluss an diese Sitzung statt.

BEURTEILUNG DER WISSENSCHAFTLICHEN EVIDENZ DER HYPNOSE UND HYPNOTHERAPIE
Expertise an den "wiss. Beirat Psychotherapie", vorgelegt von Dirk Revenstorf (Tübingen) mit den Autoren: Walter Bongartz (Konstanz), Dohrenbusch (Bonn), Flammer (Konstanz), Habermüller (Tübingen), Halsband (Freiburg), Klein (Tübingen), Krause (Tübingen) Miltner (Jena), Peter (München), Schauer (Tübingen), Weiss (Jena): Dirk Revenstorf berichtet ausführlich über die unter seiner Leitung erstellte und von ihm im Februar 2003 vorgelegte Expertise (Anm.: sie kann gegen € 10 bei Dirk Revenstorf in Tübingen bestellt werden).
Effektivität der Hypnose - Eine meta-analytische Studie von W. Bongartz, E. Flammer und R. Schwonke (Universität Konstanz): Walter Bongartz berichtet über seine alte und eine neue bzw. erweiterte Meta-Analyse mit 57 Studien, die Erich Flammer kürzlich als Diplomarbeit abgeschlossen hat (ist auf Bongartzens website www.hypnose-kikh.de einsehbar).
Jubiläumsedition HyKog 2004 zum Thema: "Hirnmechanismen der Hypnose". Ulrike Halsband berichtet über die Zusagen folgender Autoren:
a) deutschsprachig: W. Bongartz (Konstanz), U. Halsband (Freiburg), W. Larbig (Tübingen), D. Revenstorf (Tübingen), O.B. Scholz (Bonn), H. Walther (Wien),
b) international: A. C. Chen (Aalborg, Dänemark) H. J. Crawford (Blacksburg, U.S.A.) De Pascalis (Rom, Italien), J.H. Gruzelier (London, U.K.), T. Guttmann (Triesen, Lichtenstein) A.M. Kosslyn (Harvard University, U.S.A.), P. Maquet (Liège, Belgien), A. Raz (New York, U.S.A.), J. W. Williamson (Dallas, U.S.A.), R. Zachariae (Aarhus, Dänemark), G. Zalsman (Tel Aviv, Israel).
Burkhard Peter weist darauf hin, dass es Ulrike gelungen ist, für dieses HyKog die derzeit führenden Forscher zu gewinnen.

HYPNOTHERAPIEAUSBILDUNG: AKKREDITIERUNG UND GEGENSEITIGE ANERKENNUNG VON KURSBESTANDTEILEN
Clausen berichtet, dass innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung die DGÄHAT-Weiterbildung 184 Stunden (Ruhe- und Entspannungshypnose für 845) umfasst.
Matthias Mende befürwortet Kategorien - wie im Rom-Protokoll schon vermerkt -, anhand derer z.B. die ÖBATAG-Ausbildung in Hypnotherapie (über 2000 Stunden) unterscheidbar wird von den anderen Fort-/Weiterbildungen.
Nach langer Diskussion, in der u.a. auch festgestellt wird, dass zur Akkreditierung der bestehenden Aus-/Fort- und Weiterbildungen noch keine Kriterienfestsetzung nötig ist, beschließen die Versammelten:

' "Dieses Gremium der ADHD akkreditiert einstimmig die bestehenden Aus-/Fort- und Weiterbildungen der im Gründungsprotokoll vom 5.10.00 S. 2 aufgeführten deutschsprachigen Hypnosegesellschaften:

- Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS)
- Schweizerische Ärztegesellschaft für Hypnose (SMSH)
- International Society of Research and Education in Communication-Cooperation-Liaison-Strategies (ISOREC)
- Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeittherapie (MEGA)
- Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)
- Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose (ÖGWH)
- Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT)
- Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH)
- Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)
- Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)
- Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren des BDP

Ausgenommen ist die "Deutschen Gesellschaft für medizinische Hypnose" (DGMH, Mats Mehrstedt), die sich am 25.7.02 als Mitglied abgemeldet hat." ?

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOTHERAPY (EAP) - STATEMENT ÜBER "HYPNO PSYCHOTHERAPY"
EAP: Hinsichtlich der Frage, welcher europäischen Dachgesellschaft sich die WADH anschließen soll, referiert Matthias Mende zunächst über das Grundmodell der EAP (Alfred Pritz), das auf dem allgemeinen österreichischen Modell für Psychotherapie (keine Zugangsberufe sondern Propädeutikum) beruht. Relevanter Quellentext über dren Statement über "Hypno Psychotherapy" wird von Ulrike Halsband zur Diskussion verteilt.
Es folgt eine Diskussion, ob die Hypnotherapie in der EAP wirklich gut aufgehoben ist. Es besteht Einigkeit, dass wir uns der EAP nicht anschließen wollen; stattdessen soll Kontakt zur International Federation for Psychotherapy (Wolfgang Senf) durch Burkhard Peter aufgenommen.

Zulassungskriterium: Folgende Formulierung findet nach langer ausführlicher Diskussion schließlich Zustimmung:

' "Zugelassen zur Aus- und Weiterbildung in Hypnose und Hypnotherapie sind Mediziner, Diplom-Psychologen und Zahnmediziner sowie approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Für Österreich, Liechtenstein und Schweiz gelten die nationalen gesetzlichen Zulassungsbestimmungen." ?

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT UND SEINE KOMMUNIKATION NACH AUßEN
ERWEITERUNG DER KURZDARSTELLUNG IM INTERNET, LINKS MIT KONTAKTADRESSEN FÜR INTERESSIERTE LESER: ULRIKE HALSBAND UND HENRIETTE WALTER ERKLÄREN SICH VERANTWORTLICH.

6. Verschiedenes
- Hypnose und Kognition (HyKog) wird einstimmig als Organ des WBDH akzeptiert
- Gert Hoff ist als Hypnotherapeut für Zwangsstörungen auffindbar auf der homepage der DGH
- Das Isorec-Curri wird an der Privatuniversität Liechtenstein implementiert
- Der Name "wissenschaftlicher Beirat" wird beibehalten
- Satzung soll an alle Mitglieder noch mal verschickt werden
- Anregung: Bindemappe für WBDH soll erstellt werden

' nächstes Treffen:
2. Wochenende im September 2004 auf der DGZH-Tagung in Berlin
(Albrecht Schmierer wird hierzu gesondert einladen)

Bad Orb, 22.3.03 / München, 4.4.03

Dr. Burkhard Peter

5. Bericht über den Kongress in Hamburg "Psychosoziale Versorgung in der Medizin" im September 2003

Evidenzen für die grosse Versorgungsbedeutung von AT und Hypnose

Unter dem Titel: "Der Beitrag von autogenem Training und Hypnose zur psychosozialen Versorgung" führte die DGÄHAT ein Symposium unter dem Vorsitz von Prof. Dr. F. Stetter (Porta Westfalica) und Dr. W.R. Krause (Blankenburg) im Rahmen des Kongresses Psychosoziale Versorgung in der Medizin (28.-30.9.2003) durch. Der Kongress war von den in der AWMF vertretenen und in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen psychosozialen Fachgesellschaften organisiert und im CCH in Hamburg veranstaltet worden. Prof. Stetter hatte sich als Delegierter der DGÄHAT von Anfang an bei der Vorbereitung aktiv beteiligt.
Im ersten Beitrag des Symposiums ging Frau Dr. B. Ziegert (Aachen) auf die Rolle des autogenen Trainings in der psychosomatischen Grundversorgung der hausärztlichen Praxis (gemeinsam vorbereitet mit Fr. Prof. Dr. W. Kruse) ein. Dabei stellte sie besonders plastisch das Vorgehen bei Kindern heraus und illustrierte dies anschaulich mit vielen Bildern, die die Kinder zu "ihrem" autogenen Training gemalt hatten. Dipl-Psych. W. Trittschack (gemeinsam mit W.-R. Krause und G. Oppermann, Blankenburg) sprach danach über autogenes Training und thermales Biofeedback bei gerontopsychiatrischen Patienten und versuchte anhand von Daten einer Pilotstudie zu zeigen, dass möglicherweise diese Patientengruppe mehr davon profitiert, wenn zusätzlich zum AT einige Übungen im thermalen Biofeedback angeboten werden. In der lebhaften Diskussion mit den 15 TeilnehmerInnen wurde deutlich, welche Bedeutung das autogene Training gerade für ältere Patienten haben kann und welche Erwartungen in die bevorstehende kontrollierte Haupt-Untersuchungen gesetzt werden. Prof. Dr. F. Stetter (Porta Westfalica) demonstrierte anhand seiner Meta-Analyse zu kontrollierten Ergebnis-Studien des autogenen Trainings bei welchen Störungen das autogene Training einen evidenzbasierten Beitrag zur psychosozialen Versorgung leisten kann. Zum Behandlungsende fanden sich beim Vergleich der Hauptsymptomatik zwischen den AT-Behandelten und psychotherapeutisch unbehandelten Kontrollpersonen mittelstarke Effektstärken (d: 0.59 - 0.63) zugunsten der AT-Behandlung. Die unspezifischen positive Begleiteffekte waren sogar noch ausgeprägter (d: 0.65 - 0.88). Damit liegt die gegenwärtig meta-analytisch objektivierbare Wirkstärke des autogenen Trainings in der gleichen Grössenordnung wie die anderer Entspannungsverfahren (z.B. progressive Relaxation) und übertrifft - global betrachtet - sogar leicht die meta-analytisch feststellbare Wirkstärke der (klassischen und neuen) Hypnose, wie dies Bongartz und Mitarbeiter (2002) fanden.
Mit einer erstaunlichen Fülle von soliden Daten demonstrierte zum Abschluss des Symposiums Dr. W. Häuser (Saarbrücken; gemeinsam mit Prof. Stetter), dass Hypnose eine ergänzende psychosoziale Behandlungmethode mit Empfehlungsgrad A in der somatischen Medizin ist. Dies zeigte er anhand eindrücklicher Studien mit hohem wissenschaftlichen Wert, anhand von Meta-Analysen und von Kosten-Nutzen-Analysen für die Schmerztherapie, die operative Medizin und die Gastroenterologie. Um auch den Mitgliedern, die bei diesem Kongress nicht anwesend sein konnten, einen Überblick zu geben sind anbei die Zusammenfassung abgedruckt wie sie auch dem Kongressband (S. 20-24) zu entnehmen sind:

Die Rolle des autogenen Trainings in der psychosomatischen Grundversorgung der hausärztlichen Praxis

Dr. B. Ziegert, Prof. Dr. W. Kruse, Aachen
Das Autogene Training ist ein wissenschaftlich gut belegtes Entspannungsverfahren, das als

effektive Methode im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung eingesetzt wird.
Das Wort "autogen" kommt aus dem Griechischen und bedeutet "aus dem Selbst entstehend". Der Begriff Training deutet auf die Notwendigkeit zu wiederholten, systematischen Üben hin. Ziel ist eine konzentrative Selbstentpannung.
Nach Schultz, der in den 20er Jahren das Autogene Training entwickelte, kann mit dem Autogenen Training alles erreicht werden, was "Entspannung und Versenkung leisten können". Die Bezeichnung "Basispsychotherapeutikum" veranschaulicht das breite Anwendungsspektrum der Methode.
Der Hausarzt wird zunehmend häufig mit Patienten, die an vegetativen Regulations- und Funktionsstörungen leiden, konfrontiert. Im Kindesalter sind die klassischen Kinderkrankheiten durch bessere Durchimpfung der Bevölkerung erheblich zurückgegangen, statt dessen suchen Eltern mit ihren Kindern wegen Schulschwierigkeiten, Konzentrations- und Schlafstörungen den Hausarzt auf.
Mit dem autogenen Training kann der Hausarzt seinen Patienten eine Methode vermitteln, mit der der Patient selbständig prophylaktisch arbeiten bzw. seine psychisch-physische Balance wiederherstellen kann. Voraussetzung für die Vermittlung ist die persönliche Auseinandersetzung des Arztes mit der Methode.

In diesem Vortrag wird die Rolle des autogenen Trainings in der hausärztlichen Praxis aus den Erfahrungen in eigener hausärztlicher Tätigkeit vermittelt. Einsatzmöglichkeiten, Vorgehensweise, Vermittlung der Technik und Erfolge in der Hausarztpraxis werden vorgestellt.

Autogenes Training und thermales Feedback bei gerontopsychiatrischen Patienten

W.-R. Krause, W. Trittschack, G. Oppermann, Blankenburg
Die fördernde Wärmewirkung bei Einleitung einer Hypnose wurde bereits in der klassischen Fachliteratur beschrieben und von J. H. Schultz zur Herbeiführung einer konzentrativen Selbstentspannung (Autogenes Training - AT) in Form der Wärmeübung verwandt. Mit Hilfe eines thermalen Feedbacks lässt sich dieser psychophysische Faktor objektivieren und das Erlernen des AT effektiver gestalten. Bei den rekrutierten gerontopsychiatrischen Patienten wurden drei Gruppen unterteilt. Es wurden Patienten einer Wartegruppe untersucht und solche, die das AT in herkömmlicher Weise erlernten sowie Patienten, welche das thermale Feedback in der Lernphase zur Verfügung hatten. Zusammenfassend erscheint die Wichtigkeit des zunächst örtlichen Wärmeerlebnisses und unserer Ergebnisse eine Unterstützung beim Erlernen des AT durch ein Biofeedback mit thermaler Rückkopplung angezeigt, zumal, wie Salz und Eichhorn betonen, viele Patienten beim AT scheitern, weil sie lange körperlich nichts spüren und deshalb vorzeitig das Erlernen abbrechen.
Literatur: Krause, W.-R.: Biofeedback - Anwendung in der Neuropsychiatrie. Z. gesamte Hyg. 32 (1986) 731 - 732. Staats, J. u. W.-R. Krause: Hypnotherapie in der zahnärztlichen Praxis. Hüthig Verlag, Heidelberg, 1995

Bei welchen Störungen kann das autogene Training einen evidenzbasierten Beitrag zur psychosozialen Versorgung leisten?

F. Stetter, Porta Westfalica

In einer Metaanalyse kontrollierter Studien (Stetter & Kupper 2002) zeigte sich die klinische Effektivität (mittelgrosse Effektstärken) der Therapie mit dem autogenen Training u.a. bei folgenden Störungen: leichte bis mittelschwere Depression und Dysthymie, Angst-Störungen/-Syndrome (incl. Prüfungsangst und Dysstress-Coping), funktionelle Schlafstörungen, Reduktion alkoholkonsumbezogenen Selbstwirksamkeitserwartungen bei Alkoholkranken, Neurasthenie und

zahlreichen "psychosomatischen" Störungen. Damit konnte gezeigt werden, dass eine Entspannungstherapie mit autogenem Training (ähnlich wie mit der progressiven Muskelentspannung auch) gerade bei den Störungsbildern effektiv genutzt werden kann, die in der Primärversorgung (z.B. in der hausärztlichen Praxis - vgl. WHO-Studie) besonders häufig sind. Da die Entspannungstherapie in der Bevölkerung sehr positiv besetzt ist, empfiehlt sich der Einsatz zum Beispiel zu Beginn einer stärker psychosozial ausgerichteten Behandlung, wenn beim betroffenen Patienten die Einsicht in eine psychosoziale Dimension seines Leidens noch nicht ausgeprägt ist. Weiterhin lässt sich die Entspannungstherapie mit allen Formen der Psychotherapie und auch der Pharmakotherapie kombinieren, so dass die geprüft wirksamen Entspannungstherapien (autogenes Training und progressive Relaxation) Bestandteil umfassender Therapiepläne bei den genannten Störungen sein sollten.

Literatur: Stetter F, Kupper S (2002) Autogenic training: A meta-analysis of clinical outcome studies. Applied Psychophysiology and Biofeedback 27, 45-98

Hypnose - eine psychosoziale Behandlungsmethode mit Empfehlungsgrad A in der somatischen Medizin (Schmerztherapie, operative Medizin, Gastroenterologie)

W. Häuser, Saarbrücken; F. Stetter, Porta Westfalica

Akutschmerztherapie: In einer Metaanalyse von kontrollierten Studien (Suche in PsychLit bis 1997) wurden 18 Studien mit 933 Probanden (235 Patienten mit klinischen Schmerzsyndromen[u.a. Verbrennungsschmerz, Kopfschmerz, Krebsschmerz], 698 Probanden mit experimentellem Akutschmerz) einbezogen. Die Effektstärke hypnotischer Analgesie war 0.74. Hypnotische schmerztherapeutische Interventionen zeigten einen signifikanten Effekt ($d=0.67$, $p<0.01$) im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Die Effektstärken bei experimentellem Schmerz ($d=0.70$) und klinischem Schmerz ($d=0.80$) unterschieden sich nicht bedeutsam. Die Effektstärken der hypnotischen Analgesie bei Hochsuggestiblen ($d=1.22$) unterschieden sich signifikant ($p<0.05$) von Niedrigsuggestiblen ($d=0.10$).
Operative Medizin: In einer Metaanalyse (Medline und PsychLit bis Juni 2001) von 20 kontrollierten Studien mit 1484 Patienten (u.a. Herz-, Hals- und Brustoperationen) zeigte Hypnose eine Effektstärke bzgl. der Schmerzreduktion von 1.69, bezüglich der Reduktion von Schmerzmitteln von 1.17, bezüglich der Erholungszeit von 3.61 und der Behandlungszeit 0.76. Hypnose mittels Audiokassetten unterschied sich in ihren Effekten nicht signifikant von Lifehypnose.
Reizdarmsyndrom: Mehrere kontrollierte Studien zeigten bei Patienten, welche auf eine medikamentöse Therapie nicht ausreichend ansprachen, nicht nur eine signifikante Reduktion der gastrointestinalen Beschwerden, sondern auch eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie eine Reduktion von Arztbesuchen und Krankheitstagen. Inzwischen wurde in Großbritannien durch den National Health Service an einer medizinischen Klinik eines Universitätskrankenhauses eine Hypnotherapie- Einheit eingerichtet. In einem Prä-Post-Vergleich der ersten 250 von inzwischen 700 behandelten Patienten konnten die bekannten positiven Wirkungen von Hypnose auf die gastrointestinale und sonstige Beschwerdesymptomatik bestätigt werden (alle $p<0,001$). Alle Subgruppen des RDS sprachen mit Ausnahme der diarrhoedominanten Form des RDS bei Männern gleich gut auf die Hypnotherapie an. Der Behandlungserfolg war unabhängig von Alter, Geschlecht und Ausmaß von Angst und Depressivität vor der Therapie. Ein Selektionsbias, z. B. Selektion hypnoseinteressierter Patienten, konnte ebenfalls ausgeschlossen werden.
Fazit: In der somatischen Medizin ist Hypnose als ergänzende Therapie (adjunctive therapy) die am besten wissenschaftlich gesicherte psychosoziale Behandlungsmethode.

Porta Westfalica im Oktober 2003
Prof. Dr. F. Stetter

6. Internetauftritt und Aktuelle Therapeutenliste

Die Homepage der DGÄHAT mit der jetzigen Suchfunktion nach Namen und Postleitzahlen wird weiterhin gut angenommen. Die Mitglieder und Therapeuten können so von Ratsuchenden besser gefunden werden.

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche. Der informative Wert für Ratsuchende ist sehr groß, bei Anfragen verweise ich auf die entsprechenden Stellen unserer Internetseite.

Im Fenster "Aktuelles" erbitte ich weiterhin Ihre Mitwirkung.

Ich erhalte kontinuierlich Anfragen nach ärztlichen Hypnosetherapeuten. Unsere Anschrift und Telefonnummer werden von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer an Ratsuchende weitergegeben.
Auch über die gemeinsame Eingangsseite der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften

www.hypnose.de

sind wir www.dgaehat.de erreichbar. GRC

7. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie in Lindau am 16.04.2003

Einer Tradition folgend hat die DGÄHAT wieder die anderen Vertreter der Methoden AT/Hypnose und Hypnotherapie während der Lindauer-Psychotherapie-Wochen zum Informationsaustausch zu einem Arbeitsmittagessen in den Gasthof "Stift" auf der Insel eingeladen.

Es kamen von den Anwesenden in der ersten Woche:

" Prof. Dr. med. Hartmut Amft aus Zollikon (DGÄHAT), Prof. Dr. rer. nat. Walter Bongartz aus Konstanz (past Präsident der ISH, KIKH/DGH/MEG), Dr. med. Sabine Jablonka aus Düsseldorf (DGÄHAT), Dr. med. Arno Schelper aus Schneverdingen (DGÄHAT), Dr. phil. Burkhardt Peter aus München (Vorstandsmitglied MEG), Dr. med. Claus Pingsten aus Detmold (DGÄHAT), Dr. med. Siegfried Stephan aus Mainz (1. stellvertr. Vorsitzender der DGÄHAT) und Dr. med. Günter R. Clausen aus Neuss (1. Vorsitzender der DGÄHAT).

Die Hypnosetherapie als psychotherapeutisches Verfahren stand im Gesprächsmittelpunkt. Eine Verankerung im Kassenärztlichen-System wurde nicht mehr befürwortet.

Wohin sich die Medizin und die Psychotherapie entwickeln werde, wurde sehr lebhaft diskutiert. Informationen wurden aus den Fachgesellschaften ausgetauscht.

Aus dem ärztlichen Bereich wurde von mir über die Inhalte AT/Hypnose in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit den drei Fachärzten Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Psychiatrie und Psychotherapie nebst fachgebundener Psychotherapie als Zusatzbezeichnung berichtet.

Die gemeinsame Eingangsseite www.hypnose.de und der wissenschaftliche Beirat der

deutschsprachigen Hypnosegesellschaften wurde von allen Anwesenden als gute Plattform einer gemeinsamen Entwicklung gesehen.

" Ein erneutes Treffen unter Einladung der DGÄHAT wurde für das nächste Jahr ebenfalls zu den Lindauer Psychotherapiewochen vereinbart.

Die persönliche Atmosphäre habe ich als sehr angenehm erlebt. "Wenn die Menschen miteinander können, können die unterschiedlichen Methodenansätze auch miteinander auskommen?" GRC

8. Neue Mitglieder

Dr. med. Ute Fricke, Erkelenz
Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie

Dr. med. Mechthild G. Griese, Düsseldorf
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie/Naturheilverfahren

Prof. Dr. med. habil. Gerhard Klumbies, Jena
Facharzt für Innere Medizin/Psychotherapie

Dr. med. Karlheinz Erbe, Bamberg
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

9. Zertifikate

Dr. med. Karlheinz Erbe, Bamber, AT-T
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Frau Dr. med. Kerstin Fries, Düsseldorf, H-T
Fachärztin für Psychiatrie

Reinhard Fröschlin, Lübeck, AT-D
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychotherapie/Rehabilitationswesen

10. Veröffentlichungen von Mitgliedern

11. 10.1 Veröffentlichungen von Mitgliedern

Bálint, M., Krause, M., Krause, W.-R., Kaán, B., Fejérdy, L., Gáspár, J. und T. K. Fábián: Modification of the photo-acoustic stimulation technique in the explorative therapy of oral psychosomatic patient
Fogorvosi Szemle 96 (2003) 4, 171 - 174

Kaán, B., Krause, W.-R., Krause, M., Fejérdy, L, Gáspár, J., Bálint, M. und T. K. Fábián: Effects of photo-acoustic stimulation combined with hypnotherapy on the salivary secretion. A pilot study.
Fogorvosi Szemle 96 (2003) 5, 217 - 212

Stephan, Siegfried: Hypnosetherapie in der Praxis
Leitfaden zur Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Psychotherapeuten; 2.überarb. und ergänzte Auflage 2003

10.2 Zeitungsartikel von Mitgliedern

NEUSS WZ Samstag, 8. November 2003

Kleiner Schritt in andere Welt

Der Mediziner Günter R. Clausen ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose. Mit der Therapie bekämpft er eine Reihe von Erkrankungen.

Von Inge Hüsgen

Neuss. Nur fünf bis zehn Minuten trennen uns von einer unbekannten Welt. So lange dauert es, bis der Arzt Günter R. Clausen aus Neuss seine Patienten mit Hypnose in Hypnoid (Trance) versetzt. Dieser Entspannungszustand macht besonders empfänglich für Suggestionen, und Körper wie Psyche öffnen sich für Anstöße zur Heilung. Clausen rückt mit Hypnose gleich einer ganzen Reihe von Beschwerden zu Leibe - darunter Schmerzerkrankungen, Ängste und Suchtprobleme.

Auf seinem eigentlichen Arbeitsgebiet im Alexius-Krankenhaus kommt die Methode aber nur selten zum Einsatz, die meisten seiner Hypnose-Patienten sind ambulant. Mit Showhypnose auf der Bühne hat diese Arbeit indes wenig gemeinsam, betont Clausen. „Dort werden Menschen aus dem Publikum unter anderem in ihre Kindheit zurückversetzt. Wenn sie dabei auf Misshandlungs- oder Verlusterinnerungen stoßen, sind sie diesen Gefühlen schutzlos ausgeliefert."

Deshalb bietet die DGÄHT Weiterbildungen für Ärzte an.

Anders war dies vor 20 Jahren, als Günter Clausen studierte. „Ich habe diese Methode noch bei dem Kölner Professor Reinhard Lohmann kennen gelernt - auch am eigenen Leibe," erinnert sich der 53-Jährige. „Die Wirkung hat mich enorm beeindruckt. Ich erlebte Gefühle und Fantasien, die es im Wachzustand einfach nicht gibt. Dazu gehört schwereloses Schweben ebenso wie der Eindruck, dass sich Körperteile ausdehnen. Und wie im Traum verknüpft man Gedanken, die eigentlich unvereinbar scheinen."

Vollends überzeugt haben ihn aber die therapeutischen Möglichkeiten der Hypnose. „ Sie lässt sich bei psychischen, psychosomatischen sowie körperlichen Erkrankungen einsetzen. Außerdem hilft sie beispielsweise bei der Raucherentwöhnung und kann Spitzensportler ein paar Hundertstelsekunden schneller machen." Auch einige Zahnärzte versetzen ihre Patienten vor dem schmerzhaften Bohrereinsatz in

Für Qualität in der Hypnosetherapie engagiert sich der Wahl-Neusser in der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHT), einer von mehreren Hypnose-Organisationen in Deutschland. 1996 wurde er Erster Vorsitzender der Gesellschaft. Von 23 Mitgliedern ist er der einzige im Kreis. Denn für Mediziner ist es gar nicht so einfach, Hypnose als Therapie kennen zu lernen, wird sie heute doch an keiner deutschen Universität mehr gelehrt.

Trance. Allerdings übernehmen die Krankenkassen die Kosten nur in Ausnahmefällen.

Günter R. Clausen engagiert sich seit Jahren bundesweit für die Qualität bei der Hypnose. Foto: Uli Engers

11. Laudatio zur Ehrenmitgliedschaft Prof. Klumbies

Herrn Prof. Dr. med. habil. Gerhard Klumbies wurde anlässlich unserer 9. Arbeitstagung vom 16. - 18. Juni in Königswinter die Ehrenmitgliedschaft unserer medizinischen Fachgesellschaft angetragen. Die Laudatio hielt sein Schüler, Chefarzt Dr. med. W.-R. Krause, Schriftführer der

DGÄHAT.

G. Klumbies wurde am 5. 12. 1919 in Königsberg (Ostpreußen) geboren. Sein Vater war Pastor. Unmittelbar nach seinem Abitur 1939 wurde er zum Reichsarbeitsdienst eingezogen und musste mit Kriegsbeginn am Polenfeldzug teilnehmen. Hier erhielt er auch eine Ausbildung im Sanitätsdienst, um sofort wieder militärisch 1940 in Frankreich sowie 1942 und 1943 in Russland eingesetzt zu werden. Sozusagen in den kriegsfreien Wochen begann er sein Medizinstudium und legte seine Praktika an den unterschiedlichen Fronten im Kriegseinsatz ab. 1944 wurden seine Weiterbildungsstätten ausgebombt. Auch das Labor, in dem erste wissenschaftliche Arbeiten begonnen wurden, fiel einer
Luftmine zum Opfer. Im Schicksalsjahr 1945 blieb er bei "seinen" Verwundeten in Sachsen und nahm später als Bauhilfsarbeiter am Wiederaufbau der Universität in Jena teil und konnte auch hier sein Studium beenden.

1946 legte er das Medizinische Staatsexamen ab und beendete seine Dissertation. 1947 wurde er zunächst Assistent an der Universitäts-Frauenklinik in Jena, um kurz darauf als Assistent in die Medizinische Universitätspoliklinik zu wechseln. Hier führte er im Jahre 1948 in enger Zusammenarbeit mit H. Kleinsorge Untersuchungen zur Wirkung der Hypnose auf das EKG durch.

Da, zunächst wie alle Mediziner seiner Generation völlig
somatisch geprägt, überraschten ihn die eindrucksvollen Effekte und das Interesse zur Psychotherapie wurde geweckt. Die Ergebnisse waren im Übrigen so revolutionierend, dass die "Deutsche Medizinische Wochenschrift" 1949 ihren Jahrgang mit seinem Beitrag "Herz und Seele" eröffnete.

1951 gründete er als eine der ersten spezialisierten Abteilungen die für Psychotherapie an der Medizinischen Universitätspoliklinik zu Jena. 1952 trug er die Ergebnisse der Ablationshypnose (inauguriert gemeinsam mit Kleinsorge) zur Lindauer Psychotherapiewoche vor. Diese stand ja seinerzeit unter der
Leitung des Gründers unserer Gesellschaft, J. H. Schultz und E. Kretschmer.

Ab 1953 führte er regelmäßig Psychotherapiekurse mit den Schwerpunkten Autogenes Training und Hypnose durch. Berühmt wurden seine Kurse im Schloss Reinhardsbrunn.

1954 war er der Organisator und Präsident einer DDR-Tagung zum Wesen der Hypnose. Eine Kernaussage dieser Tagung war, dass es keine Suggestivkräfte gebe, aber Suggestivreize. Diese lassen sich durch einen Signalreiz konditionieren.Hypnose basiert nicht auf cerebralen Funktionsausfällen, sondern normalen Hirnleistungen. Wachbewusstsein und Somnambulbewusstsein
gehen nahtlos ineinander über, sind nicht nur durch die aufhebbare Amnesie voneinander abgegrenzt.
Ende der 50-er Jahre konnte er auch noch Kurse in Österreich und in der Altbundesrepublik durchführen.
1958 zum Professor für Innere Medizin ernannt, gab er gemeinsam mit Kleinsorge den Klassiker "Psychotherapie in Klinik und Praxis" heraus. 1960 gründete er die Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR. Diese zählte bis zur
Wende über 1.600 Mitglieder. Hervorzuheben ist, dass bereits damals gemeinsam Ärzte und Psychologen Mitglieder werden konnten. Es gab 13 Sektionen, z. B. auch die für Autogenes Training und Hypnose, in der der Ref. später Vorstandsmitglied war. In 16 Regionalgesellschaften wurden eigene Tagungen
organisiert. Aus dieser Mitgliederschaft resultierten mindestens 2.000 wissenschaftliche Publikationen.

1961 wurde er zum Direktor der Medizinischen Universitätspoliklinik berufen. Wiederum gemeinsam mit Kleinsorge wurden die Klassiker "Technik der Hypnose für Ärzte" und "Technik der Relaxation" in mehreren Auflagen und auch in Englisch, Russisch und Japanisch publiziert. Dies waren im Übrigen Bücher, die regelmäßig in den Bibliotheken besonders wegen der beigefügten Schallplatten entwendet wurden.

1962 bearbeitete er den Hypnoseklassiker von F. Völgyesi: "Menschen- und Tierhypnose", wovon auch 2 weitere Auflagen erschienen sowie Lizenzen in Spanisch, Italienisch, Ungarisch und Englisch. Anfang der 60-er Jahre waren Teilnahmen an wissenschaftlichen Kongressen außerhalb der DDR leider verboten, aber 1965 konnte er erstmalig wieder in Freudenstadt zur Ausdruckspathologie vortragen. 1966 hielt er einen vielbeachteten Beitrag in Madrid über die Resultate der Hypertoniebehandlung mit dem Autogenen Training. 1973 wies er
beim 1. Symposium sozialistischer Länder über Psychotherapie auf die "Methodenkombination" hin. 1974 war er der Präsident des 9. Kongresses für die Innere Medizin, die ja bekanntlich auch damals noch wenig für die Psychotherapie übrig hatte. Hier stellte er seinen vielbeachteten Film zur Ablationshypnose vor. 1977 leitete er ein großes internationales Symposium zur Hypnosetherapie in Rostock. Die Teilnahme des Referenten war für diesen entscheidend, um weiter an seiner eigenen Promotion aus dem Bereich Hypnose zu arbeiten.

Auf dem 1. Europäischen Kongress für Hypnose 1978 referierte er über die Behandlung schwerster Schmerzzustände. In dieser Zeit nahm der Ref. auch an persönlichen Weiterbildungen beim Prof. K. teil, zu denen man in der Regel nur nach einer längeren Wartezeit zugelassen war.
1979 in Dubrovnik auf dem 2. Europäischen Kongress für Hypnose stellte er Ergebnisse der Hypnotherapie bei Colitis ulcerosa vor.
1984 erfolgte schließlich die Emeritierung und es begannen die späten Ehrungen wie z. B. Ehrenmitglied der Gesellschaft für Psychotherapie der DDR und Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Wissenschaftliche Hypnose.

Insgesamt kann Herr Prof. G. Klumbies auf 64 Semester Vorlesungen in Innerer Medizin und Psychotherapie verweisen. Er führte 82 Doktoranden und 6 Habilitationen zum erfolgreichen

Abschluss. Seine über 200 wissenschaftlichen Beiträge finden sich in Zeitschriften und Büchern über die Welt zerstreut und
zur spannenden Entwicklung der Hypnose in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts trug er mit 6 eigenen Büchern bei.

Zusammenfassend sehen wir, dass es auch nach gründlicher Recherche im deutschen Sprachraum keinen noch lebenden Mediziner gibt, der über einen so langen Zeitraum hinweg und mit vergleichbarer Effizienz zur Förderung und Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Hypnose beigetragen hat wie
Prof. Gerhard Klumbies.

Nach für ihn unerwarteten Ergebnissen eigener Untersuchungen unter Hypnose setzte er sich als ausgewiesener Organmediziner bereits in den Nachkriegsjahren für diesen ursprünglich verpönten Bereich ein. Anfangs, mit seinem seinerzeitigen Chef, Prof. Kleinsorge, publizierte er eine Reihe von Arbeiten zu den verschiedensten klinischen Anwendungsmöglichkeiten von Hypnose- und Suggestionsverfahren. Sein Name ist unauslöschlich mit der von ihm entwickelten Ablationshypnose verbunden. Weit über die mit dieser besonderen Hypnoseform häufig zu kurz assoziierte Schmerzkontrolle sind seine

fachübergreifenden innovativen Arbeiten zur Psychotherapie in der inneren und allgemeinen Medizin. In seinem Buch mit dem gleichen Titel bezieht er sich vielfach auf die klinische Hypnose. Es wurde in beiden Teilen Deutschlands wiederholt verlegt und zählt bereits zu den Klassikern auf diesem Gebiet.

12. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse

2003: 20.-23. Nov. DGH 24. Kongress
Bad Lippspringe

2004: 27.-29. Feb. Westdeutsches Psychotherapieseminar
Aachen

2004: 18.-21. März M.E.G. Jahrestagung
Bad Orb

2004: 31.3.-7.April Gozo/Malta, DGZH, Zahnärztl. Hypnose

2004: 25.Apr.-7.Mai Lindauer Psychotherapiewochen

2004: 16.-22. Mai Langeooger Psychotherapiewoche

2004: 18.-20. Juni 10. Arbeitstagung DGÄHAT
Blankenburg

2004: 10.-12. Sep. Berlin, DGZH, Jahrestagung

2004: 30.9.-3.Okt. Jahrestagung DGH, Bad Lippspringe

2004: 3.-8. Okt. 33. Norddeutsche Psychotherapietage

2004: 17.-22. Okt. 16th International Congress of Hypnosis
ISH Singapore

2005: 10th European Congress of Hypnosis
ESH Jerusalem

13.1 AWMF-Konditionen für Mitglieder

AWMF - Hotelpreise 2003
Die AWMF hat mit einigen einzelnen Hotels in Berlin und Düsseldorf, mit der STEIGENBERGER Hotels AG, den DORINT Hotels & Resorts, den MARITIM Hotels, den SORAT Hotels und den BLUE BAND Hotels Sonderpreise für Hotelübernachtungen (für Hotels in Deutschland und verschiedenen anderen Ländern) vereinbart, die von allen Einzelmitgliedern der AWMF-Mitgliedsgesellschaften auch individuell in Anspruch genommen werden können. Die AWMF-Sonderpreise in den STEIGENBERGER und DORINT (angegebene Preisspanne: Standard-EZ bis Premium-DZ) Hotels können nur unter Verwendung eines speziellen Buchungscodes gebucht werden, der bei korrekter Passworteingabe unten angezeigt bzw. bei den jeweiligen Geschäftsstellen der AWMF-Mitgliedsgesellschaften oder direkt in der AWMF-Geschäftsstelle erfragt werden kann. Bei den anderen Hotels sind die Sonderpreise bei Angabe des Stichworts / Buchungscodes "AWMF" verfügbar.
Die komplette Liste mit allen Preisen und mit den Buchungscodes ist für alle Mitglieder von AWMF-Fachgesellschaften bei Eingabe eines speziellen Passworts = AWMF99 zugänglich.
Weitere Informationen finden Sie unter
http://www.awmf.org