

## **Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung**

*Burkhard Peter*

### **Wie können wir Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit messen?**

In einem ersten Beitrag (Peter, 2023a) wurden schon Geschichte und Theorie der Konstrukte Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit beschrieben. In diesem Folgeartikel werden nun die praktischen Aspekte ihrer Messung dargestellt.

Es gibt verschiedene Messinstrumente für *nicht-hypnotische* Suggestibilität, die z.B. in Gheorghiu et al. (1989) ausführlich besprochen sind. Im Folgenden interessieren nur die Messinstrumente für *hypnotische* Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit, von denen die wichtigsten vorgestellt werden – mit Ausnahme der folgenden: In der Literatur findet man kaum noch Anwendungen der *Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale* (CURSS) von Spanos et al. (1983), sie wird deshalb nicht näher besprochen. Das *Hypnotic Induction Profile* (HIP) von Herbert Spiegel (1976) wird hauptsächlich von David Spiegel und dessen Arbeitsgruppe benutzt. Ein großer Vorteil des HIP ist die Kürze seiner Anwendung, nämlich 5 bis 10 Minuten, sowie die kürzlich vorgestellte Möglichkeit der Erhebung via Telefon (Kittle et al., 2021). Auf weitere, seltener benutzte Skalen wird auch nicht näher eingegangen wie z.B. auf die *Revised Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility: Forms I and II* (Weitzenhoffer & Hilgard, 1967) oder die *Phenomenology of Consciousness - Hypnotic Assessment Procedure* (PCI-HAP) (Pekala, 1995), obwohl die PCI in der Forschung durchaus Anwendung findet, nicht jedoch in der hypnotherapeutischen Praxis, weil für diesen Kontext viel zu aufwendig (für einen allgemeinen Überblick über die Skalen vgl. Champigny & Raz, 2015; Peter & Roberts, 2022). Und schließlich gehe ich nicht auf Hypnotisierbarkeitstests für Kinder ein wie z.B. die *Childrens Hypnotic Susceptibility Scale* von London (1963) oder *The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children* von Morgan and Hilgard (1978b). Diese sind ausführlich behandelt worden im Lehrbuch von Olness and Kohen (2001).

Burkhard Peter  
MEG-Stiftung

### **Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung**

*Die wichtigsten Instrumente zur Bestimmung von Hypnotisierbarkeit werden beschrieben. Sie unterscheiden sich praktisch hinsichtlich Anwendungsdauer – von 20 Minuten bis über eine Stunde –, v.a. aber inhaltlich hinsichtlich dessen, was sie ausweislich ihrer einleitenden Induktion vorgeben zu messen: Imagination oder Hypnose. Die auf die Induktion folgenden Testaufgaben der meisten Skalen bestehen aus den gleichen oder ähnlichen motorisch-kinästhetischen, sensorisch-affektiven und kognitiven hypnotischen Phänomenen. Sinn und Zweck von Hypnotisierbarkeitstests wird diskutiert: Hypnotisierbarkeitsmessungen in experimentellen Untersuchungen sind selbstverständlich; in vielen klinischen Studien wird jedoch darauf verzichtet. Das ist zu bedauern, weil so nicht mehr nachgewiesen werden kann, welchen Einfluss Hypnose auf den Effekt der Intervention gehabt hat. Für die hypnotherapeutische Praxis wird eine situationsangemessene Testung vorgeschlagen, die in der Anwendung von hypnotischen Phänomenen besteht – was aber voraussetzt, dass man in der klinischen Praxis überhaupt versucht, hypnotische Tranceinduktionen und klassische hypnotische Rituale anzuwenden, um den „Mehrwert“ zu nutzen, den unbewusste Ressourcen bieten. In einer Übersichtstabelle werden die Skalen nebeneinander gestellt, um sie besser vergleichen zu können.*

*Schlüsselwörter:* Hypnotisierbarkeit, hypnotische Suggestibilität, Messung, Hypnoseskalen

### **Suggestibility and Hypnotizability: Measurement**

*The most important instruments for determining hypnotizability are described. They differ in terms of duration of application – from 20 minutes to over an hour – but above all in terms of what they purport to measure according to their introductory induction: imagination or hypnosis. The subsequent test items of most scales consist of the same or similar motor-kinesthetic, sensory-affective and cognitive hypnotic phenomena. The purpose of hypnotizability tests is discussed: The use of hypnotizability measurement in experimental studies is self-evident, however, in many clinical studies is waived. This is unfortunate because it is not possible to determine what influence hypnosis has had on the effect of the intervention. For hypnotherapeutic practice, a situation-appropriate testing is suggested – which, however, presupposes that in clinical practice one attempts to apply trance inductions and classical hypnotic rituals at all in order to utilise the ‘surplus value’ offered by unconscious resources. In an overview table, the scales presented are placed next to each other to make them comparable.*

*Keywords:* hypnotisability, hypnotic suggestibility, measurement, hypnosis scales

Dr. Burkhard Peter  
MEG-Stiftung  
Konradstr. 16  
80801 München  
Burkhard-Peter@t-online.de  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0375-7335>

eingereicht: 4.3.25

rev. Version akzeptiert: 15.4.25

## Inhalt

Wie können wir Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit messen?

*Messung von Hypnose-Tiefe*

*Messung von „hypnotischer“ Imagination: Die Creative Imagination Scale (CIS)*

*Messung von Hypnotisierbarkeit I: Die Stanford Hypnotic Susceptibility Scales (SHSS) zur Einzeltestung*

*Messung von Hypnotisierbarkeit II: Die Harvard (HGSHS), Walterloo-Stanford (WSGC) und die Sussex-Waterloo Scales of Hypnotic Susceptibility (SWASH) zur Gruppentestung*

*Messung von Hypnotisierbarkeit III: Die Elkins Hypnotizability Scale (EHS)*

*Messung von Hypnotisierbarkeit IV: Die kürzeren Skalen SHCS und HGSHS-5*

Die einleitenden Hypnose-Induktionen

Imagination oder Halluzination?

Einfaches Testen der Hypnotisierbarkeit in der hypnotherapeutischen Praxis

Phänomene von Identitäts-Delusionen

Sinn und Zweck der Feststellung von Hypnotisierbarkeit

Ähnlich der Feststellung von Intelligenz oder Musikalität wird Hypnotisierbarkeit gemessen, indem man hypnosetypische Aufgaben stellt und – zumindest bei den älteren Skalen – deren tatsächliche, objektive Erfüllung erwartet. Die bloße Imagination einer Armlevitation z.B. genügt nicht, der Arm muss sich sichtbar heben. Diese Einschränkung auf sichtbares Verhalten wurde allerdings schon von Kirsch et al. (1990) und später von Elkins (2014; s.u.) durch erfahrungsbezogene, subjektive Angaben aufgehoben. Ob eine Person die hypnotischen Aufgaben als genuin unwillkürlich erleben muss oder ob sie nur im Sinne einer aufgabenbezogenen Compliance reagieren kann, war Thema des ausgedehnten Diskurses, der im vorausgegangenen Beitrag (Peter, 2023a) schon dargestellt wurde. Die verschiedenen Hypnoseaufgaben sind hypnotische Phänomene zunehmenden Schwierigkeitsgrads, d.h. sie werden im Verlauf einer Testung von immer weniger Personen gezeigt. Hieraus wird das Ausmaß der Hypnotisierbarkeit errechnet, indem man die maximal erreichbare Punktzahl in drei Gruppen einteilt. Bei einer 12-Punkte Skala beispielsweise bedeuten 0-4 Punkte niedrig-hypnotisierbar, 5-8 Punkte mittel-hypnotisierbar und 9-12 Punkte hoch-hypnotisierbar, bei einer 5-Punkte Skala entsprechend 0-1, 2-3, 4-5.

### ***Messung von Hypnose-Tiefe***

In der bei Peter (2023a) diskutierten Form von Hypnotisierbarkeit als „Tiefe der Hypnose“ ist es nicht nur in der Forschung, sondern auch für die hypnotherapeutische Praxis durchaus relevant, diese „Tiefe“ zumindest subjektiv erfahrbar zu machen, weil es für den Patienten entscheidend sein kann, dass er sich als hypnotisiert erlebt, was

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

wiederum Einfluss auf seine Erwartung haben kann (Kirsch, 1994). Für diese Tiefe-Messung gibt es seit langem die „Hypnose-Tiefe-Skala“ von Field (1965). Sie besteht aus 38 subjektiven Aussagen über einen zuvor erlebten Hypnosezustand (z.B. „Die Zeit stand still“). Obwohl eine hohe Korrelation mit der Trancetiefe-Skala der HGSHS in der deutschen Version von Bongartz (1982; engl. 1985 ohne Trancetiefe-Skala) und eine mittlere Korrelation mit deren Hypnotisierbarkeitswert vorliegt (Riegel et al., 2018), wird dieses Instrument zur Messung der Hypnotie sehr selten benutzt. Für die alltägliche hypnotherapeutische Praxis muss keine explizite Messung vorgenommen werden, denn hier genügt die allgemeine subjektive Äußerung des Patienten, die dann aber auch explizit erfragt werden sollte, damit der Patient „seine“ persönliche Hypnose ratifizieren kann. (Unsere amerikanischen Hypnose-Ausbilder in den 1970er Jahren sahen es gerade beim Gebrauch indirekter Ericksonscher Hypnosetechniken als wichtig an, die hypnotische Trance jeweils zu „ratifizieren“.)

Bei vielen der folgenden Skalen werden ebenfalls subjektive Empfindungen erfragt. Der Schwerpunkt liegt aber auf objektivierbaren äußereren Reaktionen der Probanden oder Patienten, die bei Einzeltestung durch Fremdbeurteilung und bei Gruppentestung durch Eigenbeurteilung erhoben werden. Beides erfolgt traditionellerweise in Präsenz, obschon erste Versuche zur Telefon- und Online-Testung vorliegen (Kittle et al., 2021; Palfi et al., 2019).

### *Messung von „hypnotischer“ Imagination: Die Creative Imagination Scale (CIS)*

Die *Creative Imagination Scale* (CIS) wurde von T.X. Barber und Wilson (1978) aus der Barber Suggestibility Scale (BSS) deshalb weiterentwickelt, weil es ihnen schien, „dass in der heutigen klinischen Praxis Testsuggestionen benötigt werden, die konsequent in einer permissiven Art und Weise formuliert sind, und es im Sinne des Hypnotiseurs ist, der die Klienten anleitet, dass diese ihre eigene ‚kreative Vorstellungskraft‘ nutzen, um die suggerierten Phänomene zu erzeugen“ (ebd. S. 90; übers. BP).

Die CIS kann in klinischem wie experimentellem Kontext, in Einzel- oder Gruppensetting angewandt werden. Sie ist in Untersuchungen oder auch in Praxen immer dann zu finden, wenn aus epistemologischen oder anderen Gründen das Wort „Hypnose“ vermieden bzw. durch „Imagination“ ersetzt werden soll. Barber schrieb das Wort „Hypnose“ bekanntlich in Anführungszeichen; ähnlich setzte er auch den Begriff „Halluzination“ in Anführungszeichen, denn es ging ihm nicht um tatsächlich halluzinierte Erfahrungen, sondern nur um vorgestellte, imaginative. Er und seine Mitarbeiter haben in verschiedenen Untersuchungen festgestellt (z.B. Barber & Calverley, 1962), dass „aufgabenmotivierende Instruktionen“ genauso effektiv seien wie „hypnotische Suggestionen“. Die CIS beinhaltet zwar teilweise die gleichen und einige ähnliche Aufgaben wie die unten besprochenen Stanford- und Harvard-Skalen, wird aber explizit als „Kreative Imaginationsskala“ bezeichnet. Entsprechend gibt es keine einleitenden Suggestionen zur Hypnose-Induktion, sondern eine sehr kurze Instruktion zur Fokussierung auf die Aufgabe (Barber & Wilson, 1978, p. 84). Nach dieser

Einleitung folgt im Manual unmittelbar die Instruktion zur Imagination der ersten Aufgabe „Armschwere“:

„Nun stellen Sie sich vor, dass ein sehr schweres Wörterbuch auf Ihre linke Handfläche gelegt wird. Empfinden Sie die Schwere. In Gedanken lassen Sie das Gefühl entstehen, dass ein schweres Wörterbuch auf Ihrer Hand liegt. Sie entwickeln das Gefühl von Schwere in Ihrer Hand, wenn Sie an ein großes, schweres Buch denken. Jetzt denken Sie an ein zweites schweres Wörterbuch, welches auf das erste schwere Buch auf Ihrer linken Hand gelegt wird. Empfinden Sie, wie schwer sich Ihr Arm zu fühlen beginnt, wenn Sie ...“ (Barber & Wilson, 1978, p. 102)

Im Einzelnen werden in der CIS 10 Imaginations-Aufgaben präsentiert. Es könne in der klinischen Praxis aber sehr sinnvoll sein, die 10 Items so anzuordnen, dass die leichtesten Items zuerst präsentiert werden, um die Motivation und Erwartung der Klienten zu maximieren (vgl. Tabelle 1; für eine Gesamtübersicht aller hier besprochenen Skalen vgl. Tabelle 5).

#### ***Messung von Hypnotisierbarkeit I: Die Stanford Hypnotic Susceptibility Skalen zur Einzeltestung***

Die in der Forschung in Einzeltestungen bislang am häufigsten benutzten Messinstrumente für Hypnotisierbarkeit gehen auf die originalen Stanford-Skalen zurück, die *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*, Forms A and B (SHSS:A, B) (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959) sowie die Form C (SHSS:C) (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962; deutsche Version von Bongartz, 1999, 2000).

Ähnlich wie Barber und Wilson für die klinische Praxis eine Anordnung der CIS-Items nach ihrem Schwierigkeitsgrad vorgeschlagen haben, können auch die Stanford-Skalen in etwa nach Schwierigkeitsgrad der Aufgaben hierarchisch dargeboten

---

*Tabelle 1: Die 10 Aufgaben der Creative Imagination Scale (CIS) in einer von Barber und Wilson (1978, p. 91) vorgeschlagenen Reihenfolge von der einfachsten bis zur schwierigsten Aufgabe (in Klammer; die nachfolgenden Zahlen ohne Klammer bezeichnen die im Artikel von 1978, p. 92 angegebene originale Reihenfolge).*

- (1) 10. Entspannung von Körper und Geist
- (2) 9. Altersregression
- (3) 6. Musik-„Halluzination“
- (4) 1. Armschwere
- (5) 5. Olfaktorische-gustatorische „Halluzination“
- (6) 4. Wasser-„Halluzination“
- (7) 8. Zeitverzerrung
- (8) 7. Temperatur-„Halluzination“
- (9) 2. Handlevitation
- (10) 3. Finger-Anästhesie

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

*Tabelle 2: Die Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C (SHSS:C) (Hilgard, 1965, pp. 238, Table 63) nach Itemschwierigkeit geordnet. (Die Prozentzahlen rechts stellen den Schwierigkeitsgrad dar: von 92% gelöst bedeutet sehr leicht, nur von 9% gelöst bedeutet sehr schwer.)*

	gelöst von
1. Senken des ausgestreckten rechten Armes	92%
2. Bewegung der Hände auseinander	88%
3. Halluzination ("Mücke")	48%
4. Geschmackshalluzination (süß, sauer)	46%
5. Armrigidität (rechts)	45%
6. Traum	44%
7. Altersregression	43%
9. Unbeweglichkeit des linken Arms	36%
12. Posthypnotische Amnesie	27%
8. Geruchsunempfindlichkeit (Ammoniak)	19%
10. Halluzinierte Stimme	9%
11. Negative visuelle Halluzination (Spielkarten, Bälle)	9%

werden, wie die SHSS:C in Tabelle 2 beispielhaft zeigt, bei der nach Hilgard (1965, p. 238) rechts angegeben ist, wieviel Prozent der Probanden die jeweilige Aufgabe gelöst haben. Sie beginnen mit einfacheren ideomotorischen Aufgaben wie z.B. „Senken des ausgestreckten rechten Arms“ (*Arm lowering*) oder „Bewegung der Hände auseinander“ (*Moving hands apart*), denn die werden von etwa 90% erfüllt. Ähnliche Zahlen liegen auch für die leichteren ideomotorischen Aufgaben der SHSS:A und SHSS:B vor (Hilgard, 1965, pp. 216, Table 56; Lang & Lazovik, 1962). Diese einführenden Aufgaben wurden unterschiedlich bezeichnet, von Piesbergen und Peter (2005) beispielsweise als „Einführung in die Unwillkürlichkeit“. Die folgenden motorischen Challenge-Aufgaben der SHSS:C sind schon schwieriger und entsprechen dem „Verlust der willkürlichen Kontrolle“. Ähnlich schwierig sind die einfacheren olfaktorischen süß/sauer-Halluzination sowie die Traum- und Altersregression-Items. Und noch schwieriger ist das Amnesie-Item als einzige rein „kognitive“ Aufgabe sowie die negativ-halluzinatorischen (nicht riechen, nicht sehen) und die positiv-halluzinatorischen Aufgaben (etwas ohne objektiven akustischen Stimulus hören), die nur noch von wenigen erfüllt werden (vgl. Tab. 2)

### *Messung von Hypnotisierbarkeit II: Die Harvard (HGSHS), Walterloo-Stanford (WSGC) und die Sussex-Waterloo Scales of Hypnotic Susceptibility (SWASH) zur Gruppentestung*

Für die Testung in Gruppen wurden aus der SHSS:A die *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*, Form A (HGSHS:A) (Shor & Ome, 1962) und aus der SHSS:C die *Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility*, Form C

(WSGC) entwickelt (Bowers, 1998). Die weltweit am häufigsten in andere Sprachen übersetzte und normierte Skala ist die HGSHS (mit mindestens 20 Normierungs-Studien, gefolgt von der SHSS:C mit mindestens 11 Normierungs-Studien) (Peter & Roberts, 2022).<sup>1</sup> Die WSGC entspricht der SHSS:C mit der Ausnahme, dass das Ammoniak-Item durch eine posthypnotische Suggestion ersetzt worden ist. Die HGSHS enthält ebenfalls 12 Aufgaben, von denen aber nur eine dem sensorischen (Wahrnehmung einer Fliege) und zwei dem kognitiven Bereich entstammen (posthypnotische Suggestion und Amnesie). Alle anderen Items stammen aus dem motorisch-kinästhetischen Bereich, von denen wiederum nur 4 herausfordernden (*challenge*) Charakter haben (z.B. Augenkatalepsie), die anderen 4 nur ideo-motorischen Charakter im Sinne von „Einführung in die Unwillkürlichkeit“ (z.B. Kopf fallen lassen). Weil die originale HGSHS in der Durchführung mit mehr als eine Stunde sehr lang dauert, haben Riegel et al. (2021) im Zuge einer Normierungsstudie der deutschen Version der HGSHS:A (Bongartz, 1982) über eine Faktorenanalyse eine reduzierte Version HGSHS-5:G vorgeschlagen, die nurmehr die 5 motorisch-kinästhetischen herausfordernden Aufgaben enthält und deshalb die Durchführungszeit auf die Hälfte verkürzt. Diese HGSHS-5:G ist im vorletzten Heft dieser Zeitschrift ausführlich vorgestellt worden (Riegel, 2023) (vgl. auch die Übersicht-Tabelle 5 im Anhang).

SHSS:C galt lange als „Gold-Standard“ zur Messung von Hypnotisierbarkeit. Für deren genaue Feststellung wurde früher häufig über Gruppentestung mit der HGSHS zunächst ein grobes Screening vorgenommen und danach über Einzeltestung mit der SHSS weiter differenziert. Es gibt inzwischen aber genügend Studien, die sich mit einer HGSHS-Gruppentestung begnügen (z.B. Cordi et al., 2015, 2020; Rasch & Cordi, 2024).

Beide Skalen sind verschiedentlich wegen ihrer Nachteile kritisiert worden: Die Bearbeitung dauert über eine Stunde, Ihr Scoring ist mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ dichotom und lässt keine Zwischenwerte zu. Die SHSS:C beinhaltet zudem mit dem Ammoniak-Item eine unangenehme und mit dem Altersregressions-Item eine problematische Aufgabe (Cardeña & Terhune, 2009). Die hohe Rate von i.d.R. leichten negativen Nachwirkungen (Benommenheit, Desorientierung, Kopfweh oder Übelkeit) bei bis zu 15% der Teilnehmenden (Hilgard, 1974; Crawford et al., 1982) ist bemerkenswert, könnte aber mit rigorosen Ausleseverfahren hinsichtlich Kontraindikationen (Revenstorf und Peter, 2023) reduziert werden.

Die *Sussex-Waterloo Scale of Hypnotizability* (SWASH) wurde von Lush et al. (2018) entwickelt, um die Nachteile der WSGC auszugleichen. Bei ihrer Entwicklung wurden drei Ziele verfolgt: die Verkürzung der Screeningzeit, die Bereitstellung einer Induktion, die das aktuelle theoretische Verständnis von Hypnose besser widerspiegelt, und die Ergänzung der objektiven Bewertung durch eine erfahrungsbezogene Bewertung. Die Screeningzeit wurde verkürzt, indem die Induktion verkürzt und jene beiden Suggestionen gestrichen wurden, die Stress verursachen könnten (Traum und Altersregression) (vgl. Tab. 3).

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

*Tabelle 3: Die Items der Sussex-Waterloo Scale of Hypnotizability (SWASH) (Lush et al., 2018)*

1. Senken der ausgestreckten Hand
2. Bewegung der Hände zueinander
3. Halluzination („Mücke“)
4. Geschmack-Halluzination
5. Armrigidität
6. Unbeweglichkeit des Arms
7. Musik-Halluzination
8. Negative visuelle Halluzination
9. Amnesie
10. Posthypnotische Suggestion

### ***Messung von Hypnotisierbarkeit III: Die Elkins Hypnotizability Scale (EHS)***

Als neuere Skala suchte auch die *Elkins Hypnotizability Scale* (EHS) (Elkins, 2014) diese Nachteile auszugleichen. Statt der Ammoniak- und Altersregressionsitems gibt es hier Suggestionen zu Blumengarten und Rosenduft, sodass die Durchführung als ausgesprochen positiv erlebt wird (Kekecs et al., 2016). Auch in der EHS sind die einzelnen Aufgaben nach Schwierigkeitsgrad geordnet und hinsichtlich Item-Kategorie von den leichteren motorischen (sowohl ideo-motorische als auch herausfordernde) über verschiedene sensorisch-kognitive Items bis hin zu dem rein kognitiven Amnesie-Item gut ausgeglichen (vgl. Table 4).

Das Scoring ist nicht mehr dichotom sondern ordinal, d.h. es werden zu den meisten Items sowohl behaviorale Reaktionen als auch subjektive Erfahrungen abgefragt. Es wird z.B. gefragt, ob die Schwere (bzw. Leichtigkeit) des Arms nicht nur subjektiv empfunden wurde, sondern ob der Arm tatsächlich auch kataleptisch war (bzw. tatsächlich nach oben ging), ob der Rosenduft nur vage imaginiert oder deutlich halluziniert wurde. Die subjektive Empfindung (z.B. der Leichtigkeit im Arm) wird also auch gezählt, wenn auch nur mit einem Punkt; die objektive behaviorale Reaktion der Handlevitation zählt mit 2 Punkten, und 3 Punkte werden vergeben, wenn auch der Ellbogen sich unwillkürlich hebt. Die psychometrischen Gütekriterien der EHS sind (ähnlich denen der Stanford-/Harvard-Skalen) sehr gut ( $\alpha = .78 - .85$ ; retest  $r = .93$ ), ebenso die Korrelationen mit der SHSS:C ( $r = .82 - .91$ ) (Kekecs et al., 2016).

Eine Skala zu Erhebung von subjektiven Hypnotisierbarkeits-Werten für die originale 12-Item Version der HGSHS-A war zwar schon von Kirsch et al. (1990) entwickelt worden, wurde aber selten angewandt. Im Unterschied zu dem dichotomen Scoring der Originalversion ist die Einschätzung bei dieser subjektiven Version auf einer 5-stufigen Ordinalskala möglich; beide Versionen zeigten eine hohe Korrelation von  $r = .85$ .

Tabelle 4: Die Elkins Hypnotizability Scale (EHS) (Elkins, 2014)

- EHS 1 (subjektives Schweregefühl im Arm)
- EHS 2 (Unbeweglichkeit des Arms)
- EHS 3 (subjektive Leichtigkeit im Arm)
- EHS 4 (Armlevitation)
- EHS 5 (Levitation des Ellbogens)
- EHS 6 (klare Imagination)
- EHS 7 (Dissoziationserfahrung)
- EHS 8 (schwacher Rosenduft)
- EHS 9 (deutlicher Rosenduft)
- EHS 10 (posthypnotische Amnesie)
- EHS 11 (vage visuelle Halluzination)
- EHS 12 (deutliche visuelle Halluzinationen)

#### **Messung von Hypnotisierbarkeit IV: Die kürzeren Skalen SHCS und HGSHS-5**

Weil die originalen Stanford- und Harvard-Skalen „too long, too uninteresting, or too tiring“ (Morgan & Hilgard, 1978a, p. 134) sind, hatten Morgan und Hilgard die *Stanford Hypnotic Clinical Scales* (SHCS) für Erwachsene (Morgan & Hilgard, 1978a) und Kinder (Morgan & Hilgard, 1978b) speziell für die Anwendung in klinischen Studien entwickelt. Sie dauern nur etwa 20 Minuten und bestehen aus 5 Aufgaben: Bewegung der Hände zueinander, Traum in Hypnose (bzw. bei Kindern: Sinken der Hände sowie halluziniertes Fernsehen), Altersregression, posthypnotische Suggestion und posthypnotische Amnesie. Im Überblick von Montgomery et al. (2011) wurde die SHCS in 8 klinischen Studien benutzt, in zweien kam das HIP zur Anwendung.

In einigen deutschen Studien kam bislang die oben schon kurz besprochene HGSHS-5:G zur Anwendung, die Riegel et al. (2021) mit Hilfe einer Faktorenanalyse entwickelt haben. Sie enthält nurmehr die fünf herausfordernd-motorischen Aufgaben der ursprünglichen HGSHS:A und dauert etwa 30 Minuten (Riegel, 2023).

#### **Die einleitenden Hypnose-Induktionen**

Mit T.X. Barbers CIS soll kein Hypnosezustand induziert werden, um danach „hypnotische“ Phänomene zu testen – Barber schrieb das Wort „Hypnose“ fast immer in Anführungszeichen –, sondern es soll die Compliance der Probanden getestet werden, sich auf die Imagination solcher Phänomene einzulassen. Statt wie bei der SHSS und HGSHS zunächst ca. 20 Minuten lang Suggestionen zur Induktion einer Hypnose zu präsentieren, beginnt die CIS als Einleitung mit der folgenden kurzen Instruktion zur Fokussierung auf die Aufgabe:

„Der folgende Test stellt für Sie eine Möglichkeit dar zu überprüfen, wie lebhaft Sie sich Dinge vorstellen können. Hören Sie einfach auf das, was ich sage, und versuchen Sie, sich das Gesagte vorzustellen.“ (Krause, 2016)

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

Die originalen Hypnose-Induktions-Texte der Stanford-Skalen (SHSS:A, B, C und ihre Gruppenversionen WSGC oder HGSHS sowie HGSHS-5:G) hingegen sind sehr ausführlich und dauern 15 bis 20 Minuten (die der SWASH allerdings ist schon verkürzt). Die Schlüsselbegriffe in diesen Texten, die mit dem Begriff Hypnose assoziativ verknüpft werden und damit den Zustand der Hypnose einleiten sollen, sind Entspannung, Schwere und Schlaf. Nach einigen instruktiven Sätzen und der Bitte zur Blickfixation beginnt z.B. der SHSS:C-Text mit Suggestionen zur Entspannung und ersten Hinweisen zum Schlafen:

„Ich werde Ihnen helfen, sich zu *entspannen* und gebe Ihnen dabei einige Instruktionen, die Ihnen helfen werden, nach und nach in einen hypnotischen Zustand zu gelangen. [...] Die *Entspannung* in Hypnose ähnelt sehr dem Zustand kurz vorm *Einschlafen*, aber Sie werden nicht im üblichen Sinne *schlafen*, weil Sie weiterhin meine Stimme hören werden und in der Lage sein werden, Ihre Gedanken auf das zu richten, was ich Ihnen sage. Hypnose ist ein wenig wie *Schlafwandeln*, weil man nicht ganz wach ist und doch viele Dinge tun kann, die man tut, wenn man wach ist. [...]“ (nach Bongartz, 1999; meine Hervorhebungen)

Es folgen weitere Suggestionen bis zum Lidschluss und danach:

„Sie fühlen sich nun sehr *entspannt*, aber Sie werden sich noch viel mehr *entspannen*. Es ist jetzt leichter, sich zu *entspannen*, jetzt, wo Ihre Augen geschlossen sind. [...] Sie werden noch viel *müder* und *schläfriger*. Bald werden Sie *tief schlafen* [...]“

Nach vielen ähnlichen Suggestionen für Entspannung und Schlaf, wie z.B.:

„Bald beginne ich von 1 - 20 zu zählen. Während ich zähle, werden Sie *tiefer und tiefer in einen tiefen, angenehmen Schlaf* fallen, aber Sie werden in der Lage sein, all die Dinge zu tun, die ich Ihnen sage, ohne aufzuwachen [...]“

folgen schließlich die einzelnen zu testenden hypnotischen Phänomene, beginnend mit dem ersten, dem Sinken der rechten Hand.

Mit diesen ausgesprochen zeitkonsumierenden Suggestionen zu Entspannung und Schlaf wird der traditionelle Bezug im Verständnis von Hypnose als eine Art Schlaf („künstlicher Schlaf“) sehr deutlich hergestellt, wie Bernheim (1888, p. 190) es beschrieben hatte: „Der Kranke wird durch Suggestionen eingeschläfert, indem man die Vorstellung des Schlafes in sein Gehirn einträgt“. Dass Hypnose aber nicht identisch mit dem Nachtschlaf ist, sondern eher einem somnambulen oder dem Zustand beim Einschlafen entspricht, wird in diesen Texten auch ausdrücklich erklärt.

Die einleitende Hypnoseinduktion der EHS ist nicht ganz so kurz wie die aufgabenbezogene Instruktion der CIS, aber auch nicht so „ermüdend“ lang wie bei den Stanford-/Harvard-/Waterloo-Skalen; u.a. auch deshalb beträgt die Dauer der Durchführung nur etwa 25 Minuten. In dieser Hypnose-Induktion der ESH fehlen Begriffe zum Schlafen, dafür sind die Suggestionen nach der Aufforderung zur Augenfixation primär auf eine systematische Entspannung aller Muskeln des Körpers ausgerichtet mit Hinweisen, dass dies zu einem Zustand der Hypnose führe:

„Rollen Sie jetzt bitte Ihre Augen nach oben und konzentrieren Sie sich auf einen Punkt an der Decke. So ist es richtig. Konzentrieren Sie sich jetzt so sehr auf diesen Punkt, dass alles

andere in den Hintergrund tritt ... mehr und mehr. Gut. Jetzt atmen Sie ein und halten Sie die Luft einen Moment lang an ... und während Sie ausatmen, erlauben Sie Ihren Augenlidern, sich normal und natürlich zu schließen ... Gut ... Erlauben Sie nun Ihrem Körper, sich zu entspannen ... Nehmen Sie eine Welle der Entspannung wahr, die sich von Ihrem Kopf bis zu Ihren Füßen ausbreitet ... Lassen Sie die ganze Spannung los ... Kopf, Nacken, Schultern ... entspannen sich ... Arme und Beine ... entspannen sich ... Wenn Sie in einen hypnotischen Zustand eintreten, finden Sie ein ruhiges ... entspanntes Gefühl. Sie werden ruhiger und gelassener, fühlen sich wohl und ruhig ... Jetzt zähle ich von zehn bis eins und Sie gehen mit jeder Zahl, die ich zähle, in einen noch tieferen Zustand der Hypnose:

10. Eine Welle der Entspannung breite sich über Ihre Stirn, Ihren Nacken und Ihre Schultern aus.
9. Noch entspannter ... der Kiefer wird locker ... die Schultern sacken ab ... und die Arme werden sehr entspannt. [...]
7. Eine tiefere Ebene der Hypnose, während Ihre Beine sehr entspannt werden, lassen Sie alle Spannungen los ... sich ruhiger fühlen ... sich friedlicher fühlen.
6. Sie befinden sich jetzt auf einer so tiefen Ebene der Hypnose, dass Sie vielleicht ein Gefühl des sich Treiben-lassens oder Schwebens bemerken ... sich einfach treiben lassen oder schweben ... immer tiefer in diesen hypnotischen Zustand hinein ... [...]
1. Den ganzen Weg dorthin ... tief hypnotisiert ... ruhig und friedlich ...“ (Elkins, 2014)

Als theoretischen Hintergrund der EHS nach Elkins kann man annehmen, dass sich durch eine zunehmende muskuläre Entspannung die Propriozeption verändert, so dass sich das Körper-Ich zunehmend auflöst und damit die „minimale phänomenale Selbstheit (MPS)“ einer Person (Blanke & Metzinger, 2009). Damit wiederum wird die Autorschaft zumindest in Bezug auf das Körper-Ich verändert. Solche oder ähnliche „Entspannungs-Induktionen“ setzen jedoch Entspannungsfähigkeit voraus. Die Bedeutungszuschreibung für „Hypnose“ erfolgt durch die kontextuelle und semantische Assoziation zwischen Entspannung und Hypnose.

In Bezug auf Barber (1969) kann man fragen, welchen Sinn eine Hypnose-Induktion hat, wenn durch sie kein Hypnosezustand erzielt werden kann oder wenn dieser erst gar nicht erzielt werden soll?<sup>2</sup> Wenn aber schon Braffman and Kirsch (1999) bei fast 50% der Probanden ihrer Stichprobe eine Erhöhung der Hypnotisierbarkeit nach einer Hypnose-Induktion gefunden haben und Connors et al. (2012) sogar bei 70%, welchen Sinn hat es dann, ein solches Ritual nicht durchzuführen? Die Antwort ergibt sich aus dem Tenor des in Peter (2023a) schon Gesagten: Durch eine Hypnose-Induktion soll eine Person zur Konstruktion einer „alternativen Wirklichkeit“ (Peter, 2015a, b) angeleitet werden: Sie soll sich vorübergehend von ihrer aktuellen Realitätsorientierung verabschieden, ihre gegenwartsbezogene und ortsgebundene Wirklichkeit verlassen, die sie (üblicherweise) mit wachen Sinnen wahrnimmt, bewusst er-

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

kennt und in der sie handelt im Wissen um die eigene Autorschaft. Eine explizite Hypnose-Induktion zu Beginn einer Hypnotherapie soll zu einem Zustand *motorischer Restriktion* und *sensorischer Deprivation* (Peter, 2024) führen als Hilfe oder sogar Voraussetzung für die temporäre Lockerung der allgemeinen Realitätsorientierung (Fromm et al., 1981). Motorische Restriktion und sensorische Deprivation sind Voraussetzung für klassisches Konditionieren à la Pawlow, d.h. Lernen außerhalb bewusster oder willkürlicher Kontrolle. Das ist ein wichtiges Anliegen der Hypnotherapie – im Unterschied beispielsweise zur Verhaltenstherapie.

### **Imagination oder Halluzination?**

In Bezug auf Hypnose kann man zwischen Imagination und Halluzination unterscheiden anhand der Kriterien „Evidenz“ und „Autorschaft“ (Peter, 1994, 2015b; Polito et al., 2018; Oakley et al., 2021). Eine solche Unterscheidung ist u.a. deshalb sinnvoll, weil sich Hypnotherapie nur anhand dieser Kriterien von anderen Psychotherapieverfahren wie z.B. der kognitiven Verhaltenstherapie abgrenzen lässt, die ja ebenfalls von Imaginationen reichlich Gebrauch machen, ohne das als „hypnotisch“ zu bezeichnen oder deswegen eigens eine Hypnose zu induzieren. Bei der Imagination – so kann man definieren – gibt es strenggenommen immer noch ein handelndes Ich bzw. eine aktive Autorschaft (*ich stelle mir vor*), und die Vorstellung hat einen geringeren oder gar keinen Realitätscharakter wie bei einer Halluzination (vgl. Lanfranco et al., 2021), wo das Ich passiv ist oder rezeptiv (Fromm, 1972) oder das Autorschafts-Gefühl ganz verschwunden ist (*es geschieht*) und das halluzinierte Objekt Evidenzcharakter besitzt (*ich sehe/höre/fühle es, statt ich stelle mir vor*) (Apelian et al., 2022; Apelian et al., 2023).<sup>3</sup> Natürlich kann sich eine Imagination in eine Halluzination verwandeln und das Erleben bekommt dann „hypnotische“ Qualitäten. Ob und unter welchen Bedingungen das spontan geschieht, ist noch unerforscht. Hypnose und Hypnotisierbarkeit jedoch sind dabei wesentliche Faktoren (Fontanelli et al., 2022; Rosati et al., 2021; Ruggirello et al., 2019), denn nur die mittel und hoch Hypnotisierbaren sind dazu fähig. Ob aber Hochhypnotisierbare tatsächlich bei Imaginationsanweisungen in eine hypnotische Trance rutschen, oder ob sie die Instruktion zum bloßen Imaginieren wörtlich nehmen und so ihre Autorschaft behalten, müsste noch weiter erforscht werden. Wenn man hingegen – im Sinne der definitorischen Unterscheidung zwischen Imagination und Halluzination – die CIS als Messinstrument für die Imaginationsfähigkeit eines aktiven Autors versteht und die Stanford-/Harvard-/Waterloo-bzw. Sussex-Skalen als Messinstrument für Unwillkürlichkeit (bzw. Weitzenhoffers [1974] „klassischen Suggestionseffekt“), dann stünde die EHS etwa dazwischen und würde den ganzen Bereich dessen abdecken, was heute unter Hypnose verstanden wird.

In der hypnotherapeutischen Praxis sollte man aber versuchen, die Hypnotisierbarkeit der Patienten so weit wie möglich zu erkunden – von der Imagination zur Halluzination, von der aufgabenbezogenen Compliance zu hypnotischen Dissoziationsphänomenen, von der Ich-Autorschaft im Alltagsbewusstsein zur dissoziierten

Autorschaft des „Unbewussten“ –, denn nur so eröffnet man den Mittel- bis Hoch-Hypnotisierbaren die Möglichkeit, in Hypnose ihre hypnotischen Fähigkeiten voll auszuschöpfen (Polit et al., 2025). Andernfalls würde man diesen Personen etwas vorenthalten, was zu ihrem Vorteil wäre. Nur dann zeigt sich auch der „Mehrwert“ der Hypnose, der von Kirsch et al. (1995; Kirsch, 1996) schon festgestellt wurde. Es gibt Hinweise, dass Hochhypnotisierbare die Suggestionen wörtlich nehmen und beispielsweise auf eine Entspannungsinduktion nur mit Entspannung, nicht aber mit Hypnose reagieren (Gandhi & Oakley, 2005). Ist man indessen in der Testung der Hypnotisierbarkeit einen Schritt zu weit gegangen und der Patient kann den „hypnotischen“ Aufgaben nicht mehr folgen, ist dieser Schritt leicht wieder zurückzunehmen und man kann mit der „imaginativen“ Form der meisten dieser Aufgaben fortfahren. Das lässt sich in der Praxis ganz unkompliziert gestalten.

### **Einfaches Testen der Hypnotisierbarkeit in der hypnotherapeutischen Praxis**

In experimentellen wissenschaftlichen Untersuchungen der Hypnose ist es nötig, die Hypnotisierbarkeit der Probanden zu testen, denn nur so kann man feststellen, ob die Interventionen etwas mit Hypnose zu tun haben. Auch in der hypnotherapeutischen Praxis könnten jene Kolleginnen und Kollegen, die explizit mit Hypnose arbeiten und deshalb eine formale Hypnoseinduktion durchführen wollen, den einen oder anderen hier beschriebenen Hypnotisierbarkeitstest durchführen, um die Hypnosefähigkeit ihrer Patienten im Vorhinein festzustellen. Die meisten werden aber eine solche explizite Testung nur en passant vornehmen und dafür eigene Rituale entwickelt haben, die sie der Situation angemessen und passend für ihre Patienten durchführen. Das Folgende ist nur ein Beispiel dafür (ausführlich dargestellt in Peter, 2006):

Nach muskulärer Entspannung, womit die meisten Hypnotisierbarkeitstest beginnen, und sensorischer Fokussierung (beispielsweise durch Augenfixation; Peter, 2006) kann man zur Induktion einer Armlevitation mit Hinweisen zur Achtsamkeit für den gefühlten Unterschied zwischen der einen und der anderen Hand beginnen, denn eine Hand fühlt sich fast immer etwas leichter an als die andere. Dieses Gefühl der Leichtigkeit kann unterstützt werden durch die aktive Imagination eines Luftkissens unter der Hand, das aufgeblasen wird und die Hand hochdrückt. Parallel dazu kann auch die Vorstellung eines imaginierten Heliumballons die Hand am Handgelenk nach oben ziehen. Diese kinästhetisch-motorischen Suggestionen für Leichtigkeit und Steifheit zur Erhöhung des Haltetonus der Muskulatur sollten kontingent zum Einatmen des Patienten gesprochen werden. Sie entsprechen den Imaginationsaufgaben von T.X. Barber's CIS oder Elkins' EHS – und haben in meiner oben genannten Definition noch nichts mit Hypnose im eigentlichen, dissoziativen Sinne zu tun. Falls ein Patient auf diese verbalen Suggestionen nach ca. 2 bis 3 Minuten nicht reagiert, kann man mit taktiler Unterstützung fortfahren (Peter et al., 2012; Erickson & Rossi, 2004,

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

p. 49ff): Man fragt den Patienten, ob seine Hand berührt werden darf. Wenn ja, fasst man das Handgelenk mit zwei Fingern lateral beim Ulnar- und Radius-Köpfchen, zieht dort die Haut nach oben und hält diesen taktilen Reiz so lange aufrecht, bis man spürt, dass der Patient darauf mit Levitationsimpulsen reagiert, welche dann verbal durch bildhafte Suggestionen weiter unterstützt werden so lange, bis der Patient fähig ist, autosuggestiv von alleine weiterzumachen (Peter, 2023b).

Reagiert der Patient darauf nicht, sollte das entsprechend verbalisiert werden. Wenn kein Muskeltonus spürbar oder die Hand schwer und warm ist (wie im Autogenen Training), kann man auf Suggestionen zur Vertiefung der Entspannung („Entspannungshypnose“) wechseln. Wenn die Hand nur kataleptisch starr geworden ist, sollte ev. in Richtung eines „Widerstandes“, aber ganz offen nachgefragt werden, z.B. „wie geht es Ihnen?“. Sollte nach mehrfachem Probieren keinerlei motorisch-kinästhetische Reaktion zu erzielen sein, kann auf zu geringe Hypnotisierbarkeit geschlossen werden, entweder allgemein oder nur in Bezug auf die Kinästhetik (oder die aktuelle Situation, den Rapport, etc.). Man kann dann immer noch versuchen, mit bloßen visuellen „Imaginationen“ à la Barber's CIS weiterzuarbeiten.<sup>4</sup>

Falls aber – ganz ohne oder mit taktiler Unterstützung – ideomotorische Armlevitation problemlos möglich ist, kann man einen Schritt weiter in Richtung hypnotischer Dissoziation à la Elkins's EHS bzw. den Stanford-/Harvard-Skalen gehen. Hypnotische Dissoziation bei der Armlevitation beinhaltet Unwillkürlichkeit und somit erste Erfahrung in „Fremdkontrolle“ (Blakemore et al., 2003). Weil dabei das Gefühl der „Autorschaft“ über eine Handlung verloren gehen kann, muss ein anderer „Autor“ als verantwortlicher Verursacher eingeführt werden. Während der Zeit der direktiven Suggestivhypnose Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts war es die Autorität des Hypnose-Arztes, welche diese Rolle übernommen hat. (Bühnenhypnotiseure machen das heute immer noch.) Für die zeitgenössische Hypnotherapie bietet sich als passendes „therapeutisches Tertium“ (Peter, 2000) die Metapher des „Unbewussten“ à la Milton Erickson an. Die Kontaktaufnahme mit dieser Gestalt des Unbewussten als Metapher für unbewusste Ressourcen kann auf verschiedene Weise eingeleitet werden je nach dem, wie empfänglich für die folgenden Suggestionen man den Patienten zu diesem Zeitpunkt einschätzt; z.B. ganz direkt:

„Jetzt können sich Ihre inneren Augen öffnen und Sie können vielleicht eine Treppe sehen. Und Sie gehen nun auf dieser Treppe Stufe um Stufe immer weiter und weiter (die Richtung offenlassen) und merken: Sie kommen mehr und mehr in Kontakt mit Ihrem Unbewussten. Sie spüren das vielleicht daran, dass auch die andere Hand beginnt sich zu verändern, sie wird immer leichter und leichter. Sie brauchen sich nicht darum kümmern, es geschieht ganz von allein, überlassen Sie das nun völlig Ihrem Unbewussten. Gehen Sie ruhig und sicher Stufe für Stufe die Treppe immer weiter und weiter, bis Sie merken, Ihr Unbewusstes übernimmt nun mehr und mehr die Kontrolle in dem Maße, wie – diese andere Hand geht höher und höher ...“

Wenn man vorsichtiger vorgehen will, dann ist ein graduiertes „pädagogisches“ Vorgehen zu empfehlen. Vorausgesetzt, die erste Hand (ob die linke oder rechte ist

nicht relevant) hat sich (mit oder ohne taktile Hilfe) ideomotorisch, d.h. mit aktiver Imagination gehoben, dann sind etwa folgende Suggestionen möglich:

„Sehr schön. Sie haben nun bemerkt, wie Sie mit Hilfe geeigneter Vorstellungen Ihr Verhalten beeinflussen können. Nun können Sie neugierig sein, wie gut das Bewusstsein Ihres Körpers in dieser kurzen Zeit schon alles gelernt hat. Diese andere Hand hat zugeschaut und zugehört, sie hat empathisch mitgemacht und weiß nun, wie es geht. So können Sie sich innerlich zurücklehnen und müssen überhaupt nichts mehr tun, sondern ganz entspannt wahrnehmen, wie das Bewusstsein Ihres Körpers – das ist ein großer Teil Ihres Unbewussten – sich darum kümmert, dass die andere Hand beginnt sich zu verändern, geht ganz von allein (oder ist schon) in diesem Zustand der leichten Steifigkeit oder steifen Leichtigkeit und geht ganz von selbst höher und höher ... Überlassen Sie es ganz Ihrer Hand. Je höher sie geht, umso mehr kommen Sie in Kontakt mit Ihrem Unbewussten, das sich mehr und mehr kümmert ...“

Sollte auf solche „*idio*-motorische“ (Peter & Revenstorf, 2018) Suggestionen keine Reaktion erfolgen, d.h. nach der *ideo*-motorischen Reaktion der ersten Hand erfolgt überhaupt keine dissoziierte, autonome Bewegung der zweiten Hand, wäre folgende Intervention möglicherweise sinnvoll:

„Benutzen Sie ruhig wieder Ihre Vorstellungskraft wie bei der ersten Hand und erleben Sie, wie Sie mit Hilfe Ihrer Vorstellung Ihr Verhalten beeinflussen können.“

Oder, falls schon bei der ersten Hand eine taktile Unterstützung hilfreich war:

„Oh, bitte entschuldigen Sie meine Unaufmerksamkeit. Ich habe die eine Hand unterstützt, natürlich muss ich das auch bei der anderen tun.“

Mit solchen und ähnlichen Sätzen kann man leicht zur imaginativen Version einer Hypnoseinduktion zurückkehren. Die „Metapher des Unbewussten“ sollte in solchen Fällen dann (noch) nicht benutzt werden, denn die Autorschaft des handelnden Subjektes bleibt in solchen Fällen gewahrt. Für den Fall jedoch, dass die zweite Hand völlig autonom bzw. dissoziativ nach oben gegangen ist, erlaubt es diese „Metapher des Unbewussten“, dem Patienten eine Erweiterung seiner Selbstkontrolloptionen zu demonstrieren. *Das stellt den Mehrwert dar; den explizite Hypnose der Psychotherapie bieten kann, denn die Möglichkeiten des „Unbewussten“ reichen über die des „Bewussten“ hinaus.* Die „Metapher des Unbewussten“ kann im Verlauf der Therapie für weitere hypnotische Phänomene benutzt werden, abhängig von den intendierten therapeutischen Aufgaben; beispielsweise kann gleich zu Beginn der Therapie das Unbewusste über ideomotorisches Signalisieren nach weiteren symptomrelevanten Informationen gefragt werden, die in der vorausgegangenen Exploration nicht berichtet worden sind (Erickson, 1961; Peter, 2023b). Für die Nutzung der anderen hypnotischen Phänomene der sensorisch-affektiven und kognitiven Modalität (Peter, 2023c) im weiteren Verlauf der Therapie hängt es davon ab, ob sie im Sinne von Imaginations mit einer hohen Ich-Beteiligung durchgeführt oder im Sinne von Halluzinationen mit einer hohen Beteiligung des „Unbewussten“ erlebt werden. Letzteres sollte das Ziel sein, denn die Evidenz, d.h. die Wirklichkeit des Erlebens wird in hyp-

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

notischer Trance gesteigert und erhöht so die Wahrscheinlichkeit, dass das Erlebte in den Alltag transferiert werden kann.

## **Phänomene von Identitäts-Delusionen**

Bei keinem der vorhandenen Instrumente zur Messung der Hypnotisierbarkeit finden sich Aufgaben zu Phänomenen von Identitäts-Delusionen. Diese werden gelegentlich in Bühnenhypnosen gezeigt, wenn die passende hoch-hypnotisierbare Person dafür gefunden ist. Beispiele dafür werden in Peter (2023c) geschildert. Identitäts-Delusionen wurden von der australischen Forschergruppe um Barnier, Connors und Cox ausgiebig erforscht (Connors et al., 2014; Cox et al., 2014). Es handelt sich dabei um hypnotische Analoga klinischer Symptome von Wahrnehmungstäuschungen, wie sie in der Psychopathologie bei neurologischen oder psychotischen Störungen vorkommen. Hoch-Hypnotisierbare (Barnier et al., 2014) können dazu gebracht werden zu glauben, eine bestimmte Person sei in Wirklichkeit eine andere Person (Fregoli-Illusion) (Elliott et al., 2016), im Spiegel sehe man nicht das eigene Spiegelbild sondern das eines Anderen (Spiegelbild-Misidentifikation) (Connors et al., 2013), ein Körperteil gehöre nicht zum eigenem sondern zum Körper eines anderen Menschen (Somatoparaphrenie) (Rahmanovic et al., 2011), eine öffentlich bekannte Person ist in mich verliebt, muss das aber geheim halten (Erotomania) (Attewell et al., 2012), das eigene Verhalten sei nicht selbst- sondern fremdgesteuert, oder eine nahestehende Person sei durch einen identischen Doppelgänger ausgetauscht worden (Doppelgänger-Illusion oder Capgras-Syndrom) (für einen Überblick vgl. Connors, 2015). Da mit Hilfe von Hypnose erzeugt, sind solche Phänomene temporär und reversibel und können zum Verständnis solcher Störungen beitragen. Wenn sie allerdings in Bühnenhypnosen hervorgerufen werden, ohne dass die Teilnehmer nach Kriterien der Kontraindikation (Revenstorf & Peter, 2023) ausgewählt wurden, kann es zu erheblichen Problemen kommen (Kleinhauz, 1991; Gruzelier, 2004; Peter, 2023c).

In der Hypnotherapie können solche Phänomene in gewissem Sinne durchaus eine Rolle spielen, nämlich immer dann, wenn es nötig ist, Patienten zu umfangreicherem Perspektivwechseln zu veranlassen, die ihr Selbstbild betreffen. Das ist dann der Fall, wenn in hypnotherapeutischen Traumatherapien (Peter, 2018; Janet, 1925), in Altersregressionen (Erickson & Rossi, 1991) oder in Zukunftsprogressionen (Peter, 2023b) Patienten in Hypnose dazu gebracht werden sollen, die „imaginativen Um- oder Überschreibungen“ („Imagery Rescripting“; Arntz, 2011) bzw. „Neukonstruktionen der Vergangenheit“ (Janet, 1889) als Halluzinationen statt Imaginationen zu erleben, um den Transfer in die Wirklichkeit des Alltags zu erhöhen (Peter, 2015b; Peter & Revenstorf, 2018).<sup>6</sup> Solche Perspektivwechsel beinhalten selbst-referenzielle Prozesse, die wahrscheinlich den posterioren Teilen des Default Mode Netzwerks (DMN) (Raichle, 2015), dem posterioren zingulären Cortex und dem Präcuneus (PCC/Pcu) zugeordnet werden können. Wissenschaftlich gibt es dafür bislang keine Beweise und nur wenige Hinweise, z.B. die Ergebnisse von Cojan et al. (2009) und

Pyka et al. (2011), die eine Aktivierung dieser posterioren Teile des DMN bei speziellen hypnotischen Aufgaben zeigen: Hypnotische Lähmung z.B. würde durch den Präcuneus vermittelt und würde damit möglicherweise auf eine weitergehende Veränderung der Selbstrepräsentation der hypnotisierten Person zurückzuführen sein. Die unkritische Annahme solcher identitätsverzerrenden Suggestionen könnte ermöglicht sein durch die vorausgehende Deaktivierung der medial präfrontalen Anteile des DMN durch die Induktion einer Hypnose (McGeown et al., 2009; Deeley et al., 2012). Phänomene von Identitäts-Delusionen beinhalten natürlich auch die schwierigeren sensorischen und kognitiven hypnotischen Aufgaben wie Halluzinationen sowie Amnesie und posthypnotische Suggestionen.

### Sinn und Zweck der Feststellung von Hypnotisierbarkeit

Die Feststellung von Hypnotisierbarkeit ist in fast allen experimentellen Untersuchungen Standard. Fast immer wurde hierbei die eine oder andere der besprochenen Skalen benutzt. Im Gegensatz dazu stehen klinische Untersuchungen, von denen bei nur wenigen auch die Hypnotisierbarkeit gemessen wurde, wie schon von Barnier and McConkey (2004) festgestellt. Diese Situation hat sich inzwischen leider nicht wesentlich verändert. Die in den Jahren 2018 bis 2021 publizierten insgesamt 48 RCTs zur klinischen Anwendung von Hypnose/Hypnotherapie (Hagl, 2018, 2020, 2021, 2022) habe ich nach den Begriffen Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Suszeptibilität überprüft und zusätzlich noch die Beschreibungen der angewandten Messinstrumente in den Methodensektionen gelesen mit folgendem Ergebnis: Nur in 7 dieser 48 Studien wurde Hypnotisierbarkeit gemessen, also nur in 14,6%. Von den restlichen 41 Studien findet Hypnotisierbarkeit in 28 überhaupt keine Erwähnung – das sind mehr als zwei Drittel. Nur in 13 wurde explizit gesagt, dass Hypnotisierbarkeit keine Anwendung fand. Als Begründungen wurden u.a. angegeben, dass diese Messung eine zusätzliche Belastung für die Patient\*innen hätte sein können oder dass sie nach Meinung der Autoren (und/oder nach den Ergebnissen von Montgomery et al., 2011; s.u.) ohnehin nur wenig zur Varianzaufklärung beigetragen hätte. In einigen wenigen wurde das Fehlen der Hypnotisierbarkeitsmessung aber auch als Limitation beschrieben. In der aktuellsten Übersicht von Palsson et al. (2023) gaben fast 80% der befragten Kliniker an, dass sie die Hypnotisierbarkeit ihrer Patientinnen und Patienten nicht messen.<sup>7</sup> Das ist durchaus verständlich: in experimentellen Untersuchungen zeigen sich in der Regel Ergebnisse im Sinne positiver Korrelationen, also wird entsprechend den allgemeinen Lerngesetzen des operanten Konditionierens (Hilgard & Bower, 1970) dieses „Verhalten“, die Hypnotisierbarkeit zu messen, offensichtlich „verstärkt“; in klinischen Untersuchungen hingegen, und speziell in Untersuchungen von Psychotherapie-Patientinnen und Patienten, sind die Korrelationen niedrig oder gar nicht vorhanden, wie sich kürzlich wieder in der RCT-Untersuchung des Vergleichs von Hypnotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressionen zeigte (Fuhr et al., 2021); also unterbleibt die Messung der Hypnoti-

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

sierbarkeit. Nach der Meta-Analyse von Montgomery et al. (2011) über 10 klinische Studien erklärt Hypnose tatsächlich nur 6% der Varianz des Behandlungseffektes. Etwas besser ist die Situation in medizinischen Untersuchungen, speziell bei Schmerzsymptomen (Montgomery et al., 2000; Milling et al., 2021).

Aus diesen geringen oder Null-Korrelationen wird häufig gefolgert, dass Hypnotisierbarkeit für die klinische Praxis irrelevant sei. Hierbei wird nicht bedacht, dass in experimentellen Studien in der Regel eine strikte Auswahl getroffen wird und nur die beiden Extremgruppen der Hoch- und Niedrighypnotisierbaren verglichen werden unter Vernachlässigung der großen Gruppe der Mittelhypnotisierbaren, was zu einseitigen Ergebnissen führt und deren Generalisierbarkeit erheblich einschränkt (Perri, 2021). Eine solche Vor-Selektion wird in klinischen Studien i.d.R. nicht durchgeführt. Häufig wird die Messung der Hypnotisierbarkeit auch erst nach Abschluss der Intervention vorgenommen und so beinhalten die Interventionsgruppen die volle Bandbreite an Hypnotisierbarkeit, d.h. mit einem sehr großen Anteil an Mittelhypnotisierbaren, welche die Ergebnisse in Bezug auf Hypnotisierbarkeit ausmitteln. Wollte man in klinischen Studien hypnotisierbarkeits-relevante Ergebnisse erhalten, müsste man die statistische Power erhöhen, indem man, ähnlich wie in experimentellen Studien, nur die Extremgruppen in die Behandlung einbezieht, d.h. auch hier die Mittelhypnotisierbaren auslässt, oder die Anzahl der zu Behandelnden soweit erhöht, dass ein Unterschied in Bezug auf Hypnotisierbarkeit (z.B. nach Mediansplit) überhaupt sichtbar würde. Die erste Option (Extremgruppenvergleich) hat u.a. auch berufspolitische Implikationen: Wollen wir der professionellen Öffentlichkeit mitteilen, dass Hypnose nur für einen Teil der Patientinnen und Patienten sinnvollerweise, d.h. effektiv, angewandt werden kann – ein „Eingeständnis“, das sich kein anderes psychotherapeutisches Verfahren z. Z. zumutet, auch wenn erste Ansätze dazu vorhanden sind (z.B. Wampold et al., 2018). Die zweite Option (hohe Anzahl der zu Behandelnden) ist bei klinischen Studien speziell im psychotherapeutischen Bereich schwierig umzusetzen, denn diese sind ohnehin um ein Vielfaches komplexer als medizinische oder experimentelle Studien, in denen wenige unabhängige Variablen gut kontrolliert werden können. Zu bedenken ist auch noch folgender Umstand: Hypnotherapie hat noch nicht den Status eines eigenständigen psychotherapeutischen Verfahrens. Also wird Hypnose – wenn überhaupt – in anderen psychotherapeutischen Verfahren eingesetzt. Die Effektivität einer Behandlung hängt aber von sehr vielen Faktoren ab, und Hypnotisierbarkeit ist nur einer davon. Es ist deshalb leicht verständlich, dass unter diesen Umständen Hypnotisierbarkeit nur einen geringen Varianzanteil hat. Lynn und Kollegen haben das wie folgt thematisiert:

“Still, if a treatment that includes hypnosis is ineffective or misapplied, it will not ‘work’ regardless of how suggestible the patient appears to be. Conversely, if a treatment is highly effective, or a patient is highly motivated to make life changes, hypnosis may play a negligible role in moderating treatment outcome. In evaluating the effects of suggestibility on the course of treatment, the effects of suggestibility are often if not inevitably confounded with

the effectiveness of the treatment that is employed, and patient-therapist variables, including motivation and the therapeutic alliance." (Lynn et al., 2008, p. 162)

Das Argument der Irrelevanz von Hypnotisierbarkeitstests in der klinischen Praxis wird manchmal sogar auf Hypnose allgemein ausgedehnt und als Begründung dafür genommen, auf Hypnose-Rituale insgesamt verzichten zu können.<sup>8</sup> Neben der großen Anzahl von Therapeuten- und Kontext-Variablen in klinischen Studien steht aber auch die wichtige Frage, was als Interventions-Variable definiert wird. Was wird als Hypnose bezeichnet: Instruktionen zur Entspannung, geführte Imaginations, das Erzählen von therapeutischen Geschichten und Metaphern, oder sog. Konversations-Tranzen? Wird die so erzielte hypnotische „Trance“ dann auch explizit ratifiziert, indem im Verlauf der Anwendung, wie beim PCI-HAP (Pekala, 1995), oder nach Ende der Intervention eine Testung durchgeführt wird?<sup>9</sup> Unter den angeführten Skalen scheinen hierfür das PCI-HAP (Pekala, 1995) und die EHS (Elkins, 2014) geeignet, weil sie die nötigen Differenzierungen aufweisen und z.B. zwischen Imagination und Halluzination, Compliance und Dissoziation noch am ehesten differenzieren können. Für die Anwendung in der Einzelpraxis ist das PCI jedoch zu umfänglich, die EHS hingegen gut praktikabel, sie liegt auf Deutsch leider noch nicht vor. Wenn aber klassische Hypnose-Rituale angeboten werden, welche von den Patienten selbst als solche erkennbar sind (wie oben unter *Einfaches Testen der Hypnotisierbarkeit* beschrieben), so führt das gerade im Einzelsetting zu einer natürlichen Messung von Hypnotisierbarkeit, die flexibel und patientenzentriert angewandt werden kann. Falls eine standardisierte Messung vorgenommen werden soll, ist die oben beschriebene, auf 5 Aufgaben verkürzte HGSHS-5:G (Riegel, 2023; Riegel et. al., 2021) geeignet, da sie nur 30 Minuten benötigt.

Fred Frankel (1978, p. 210) nannte mehrere Gründe, gerade auch im klinischen Kontext Hypnotisierbarkeit zu messen. Der erste Grund sei eine „sinnvolle Kommunikation“ untereinander – damit wir wissen, wovon wir reden, wenn wir den Begriff Hypnose benutzen. Davon ist unsere Gemeinschaft leider immer noch ein großes Stück entfernt – allein schon im internen Dialog. Im externen Dialog mit Professionellen anderer Fachrichtungen und v.a. anderer psychotherapeutischer Verfahren erschwert der Dissens die professionelle Positionierung der Hypnose. Es gibt heute gut etablierte Techniken zur Entspannung wie z.B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training oder Achtsamkeits-Meditation, ebenso gut bekannte Methoden der Imagination, die von anerkannten verhaltenstherapeutischen, psychodynamischen und systemischen Verfahren ausgiebig genutzt werden. Wenn Hypnose nicht mehr ist als diese Techniken und Methoden, steht ihre Daseinsberechtigung auf dem Spiel. Dann befinden wir uns in der gleichen Situation wie Mesmer 1784, als ihm wissenschaftliche Kommissionen (Bailly, 1784a) nachwiesen, dass die gezeigten Phänomene nichts mit dem von ihm behaupteten animalischen Magnetismus zu tun hätten, sondern einfach das Ergebnis von Imagination waren – und damit wissenschaftlich wertlos und therapeutisch ohne Nutzen (und zudem gefährlich: Bailly, 1784b). Vor den

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

Gefahren einer aus der Geschichte gut bekannten Form der „Säkularisierung“ der Hypnose, die auch in den 1970er Jahren durch die Nicht-Zustandstheoretiker stattgefunden hatte und in ihren Grundzügen der heutigen Diskussion in der MEG gleicht (Peter, 2023e), hatte schon Hilgard gewarnt:

„it thus fails to support the sense of wonder and bafflement out of which scientific discoveries grow.“ (Hilgard, 1971, p. 568)

Die Anwendung von Hypnotisierbarkeitstests trägt dazu bei nachzuweisen, dass die Effekte in klinischen Studien zu Hypnose und Hypnotherapie tatsächlich auf Hypnose zurückzuführen sind und damit über die Effekte von bloßer Entspannung und Imagination hinausgehen, welche als „Techniken“ ja auch in anderen Therapieverfahren angewandt werden. Das Gleiche gilt für die hypnotherapeutische Praxis. Der Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (2006, p. 171) hatte Hypnotherapie nur als „zusätzliche psychotherapeutische Methode“ anerkannt und im Vergütungssystem der Krankenkassen steht Hypnose als Entspannungs-technik (in der Richtlinie „übende und suggestive Interventionen“ genannt) auf der gleichen Stufe wie Progressive Muskelrelaxation und Autogenes Training. Das zu ändern benötigt weitergehende intensive Anstrengungen.<sup>10</sup> Hierzu gehört meiner Meinung nach auch eine klare Definition von Hypnose, zu der u.a. auch Hypnotisierbarkeitstests beitragen können.

### *Anmerkungen*

1 Auf die Problematik, die Hypnotisierbarkeitsskalen einfach in andere Sprachen zu übersetzen und anzuwenden, ohne die kulturellen Besonderheiten dieser Länder zu berücksichtigen, haben Champigny and Raz (2015) hingewiesen.

2 Schmidt (2016, p. 20) beispielsweise meint, „dass es keineswegs nötig ist, ja oft sogar als hinderlich angesehen wird, eine offizielle, den traditionellen Vorstellungen entsprechende Tranceinduktion durchzuführen. Vielmehr wird in der Erickson'schen Hypnotherapie gerne auf so genannte Konversationstranceprozesse zurückgegriffen.“

3 Diese Phänomene von Unwillkürlichkeit und Evidenz können bei allen Verfahren auftreten, die mit imaginativen oder Entspannungs-Techniken arbeiten, werden dort aber nicht absichtlich induziert und möglicherweise gar nicht bemerkt.

4 In zwei Untersuchungen haben wir ideomotorische Armlevitation getestet. In Peter et al. (2012) fanden wir, dass während der hypnotischen, „unwillkürlichen“ Armlevitation die Gesamtmuskelaktivität im Arm um 13% ( $p<.008$ ), die Aktivität des Deltoides um 27% ( $p<.001$ ) niedriger war als beim „willkürlichen“ Halten des Armes ohne Hypnose. Die Differenz in der Muskelaktivität des Deltoides zwischen „willkürlich“ und „unwillkürlich“ steigt im Verlauf der gemessenen drei Minuten des aus dem Schultergelenk heraus waagrecht gehaltenen Arms um ca. 62% an ( $p<.012$ ). Ohne Hypnose korrelierte die subjektiv empfundene Anstrengung mit der elektromyographisch gemessenen Muskelspannung ( $r=.31$ ,  $p<.006$ ), nicht jedoch in Hypnose ( $r=.08$ ). Wenn nach ca 2 Minuten verbaler Suggestionen noch keine Reaktion in Richtung auf Armlevitation sichtbar war, erfolgte eine taktile Unterstützung, welche die Levitation initiiert und beschleunigt, jedoch keinen Einfluss auf die spätere Muskelaktivität beim Halten des Arms hatte. Die 16 Probanden, die diese Unterstützung erhalten hatten, waren um fast zwei Punkte weniger suggestibel als jene 17, die diese Hilfestellung nicht gebraucht hatten.

In Peter et al. (2014) wurden 30 mittelsuggestible studentische Vpn wurden in drei nacheinander folgenden

Durchgängen daraufhin getestet, ob sie nach einer Hypnoseinduktion eine Armlevitation allein auf eine verbale Suggestion hin realisieren können oder ob sie taktile Unterstützung benötigen. Bei jenen Vpn, welche die Levitation selbständig realisieren konnten, erfolgte danach ein Wechsel in der verbalen Suggestion: statt aktiv einen Heliumballon zu imaginieren, sollten sie nun ganz passiv sein und die Aufgabe der Levitation ihrem „Unbewussten“ überlassen. Gut die Hälfte benötigte keinerlei taktile Unterstützung, die restlichen – bis auf 2 – konnten nach kurzer taktiler Unterstützung die Armlevitation ebenfalls selbständig, wenn auch mehr oder weniger gut, realisieren. Jene ohne taktile Unterstützung gingen schneller in Hypnose, schätzten diese tiefer ein und erlebten dabei mehr Unwillkürlichkeit. Die Werte ihrer elektrodermalen Aktivität (EDA) waren höher als die EDA-Werte jener Vpn, die manchmal oder immer taktile Unterstützung benötigten. Die höhere EDA haben wir als größere physiologische Aktivierung gedeutet, welche für hypnotische Armlevitation in einer Art „Achtsamkeitshypnose“ nötig ist im Gegensatz zu einer reinen Entspannungshypnose.

5 Bugmann (2015) hat das sehr ausführlich anhand von August Forel als Leiter der Zürcher Psychiatrieanstalt „Burghölzli“ beschrieben.

6 Es wäre interessant festzustellen, ob Hypnotisierbarkeit für die Effektivität des heute so populären Verfahrens des Imagery Rescripting in der kognitiven Verhaltenstherapie eine Rolle spielt.

7 Von den 20,8% (n = 144), die angaben, eine solche Einschätzung vorzunehmen, wurden als häufigste Methoden die Stanford Hypnotic Clinical Scale (Morgan & Hilgard, 1978), der Spiegel Eye Roll Test und das Hypnotic Induction Profile (Stern et al. 1978) genannt.

8 Was zu semantisch nicht sehr sinnvollen Ankündigungen führt wie „Hypnotherapie ohne Tranceinduktion“ auf der 4. Hypnosystemischen Tagung, 14.-17.6.22 in Zürich – was aber, wie dargestellt, durchaus seine Vorläufer in der Geschichte der Hypnose hat.

9 Gerade dann, wenn Hypnose mit einer anderen Intervention verglichen wird, ist es aus zwei Gründen wichtig, die Hypnosetestung nach der Intervention durchzuführen, um Erwartungseffekte zu vermeiden. Die Probanden oder Patienten der nicht-hypnotischen Vergleichs- oder Kontrollgruppe könnten vermuten, es handle sich um eine Hypnoseintervention (vgl. die Ergebnisse von Council et al., 1986), und die weniger oder nicht hypnotisierbaren Probanden oder Patienten könnten annehmen, dass die Hypnose-Intervention bei ihnen ohnehin keinen Erfolg haben wird.

10 die mittlerweile auch Erfolg hatten: der 45. Deutsche Psychotherapeutentag hat die Weiterbildungskommission der BPtK beauftragt, die Vorlage für eine Bereichsweiterbildung Hypnotherapie zu erarbeiten; siehe hierzu den Bericht in der Rubrik Information in diesem Heft.

## Literatur

- Apelian, C., De Vignemont, F., & Terhun, D. B. (2023). Comparative effects of hypnotic suggestion and imagery instruction on bodily awareness. *Consciousness and Cognition*, 108, 103473. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2023.103473>
- Apelian, C., Terhun, D. B., & De Vignemont, F. (2022). Hypnotic suggestion versus sensory modulation of bodily awareness. preprint. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hnmxg>
- Arntz, A. (2011). Imagery Rescripting for Personality Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 466-481. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.006>
- Attewell, J. E., Cox, R. E., Barnier, A. J., & Langdon, R. (2012). Modeling erotomania delusion in the laboratory with hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(1), 1-30. [10.1080/00207144.2011.621863](https://doi.org/10.1080/00207144.2011.621863)
- Bailly, J. S. (1784a). Exposé zu den Erfahrungen, die zur Untersuchung des animalischen Magnetismus gesammelt worden sind. *Hypnose und Kognition*, 2000, 17(1+2), 107-114.
- Bailly, J.-S. (1784b). Secret report on mesmerism or animal magnetism. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(4), 364-368. [10.1080/00207140208410110](https://doi.org/10.1080/00207140208410110)

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

- Barber, T. X. (1969). An empirically-based formulation of hypnotism. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(2), 100-130.
- Barber, T. X., & Calverley, D. S. (1962). „Hypnotic behavior“ as a function of task motivation. *Journal of Psychology*, 54, 363-389.
- Barber, T. X., & Wilson, S. C. (1978). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(2-sup-3), 84-108.
- Barnier, A., & McConkey, K. M. (2004). Defining and identifying the highly hypnotizable person. In M. Heap, R. J. Brown, & D. A. Oakley (Eds.), *The highly hypnotizable person* (pp. 30-60). Brunner-Routledge.
- Barnier, A. J., Cox, R. E., & McConkey, K. M. (2014). The province of ‚highs‘: The high hypnotizable person in the science of hypnosis and in psychological science. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 168-183. <https://doi.org/10.1037/cns0000018>
- Bernheim, H. (1888). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (übers. von Sigmund Freud). Franz Deuticke (fotomechanischer Nachdruck durch Edition Diskord, Tübingen, 1985).
- Blakemore, S. J., Oakley, D. A., & Frith, C. D. (2003). Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia*, 41(8), 1058-1067.
- Blanke, O., & Metzinger, T. (2009). Full-body illusions and minimal phenomenal selfhood. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(1), 7-13. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2008.10.003>
- Bongartz, W. (1982). Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Form A. [Deutsche Übersetzung, Universität Konstanz].
- Bongartz, W. (1985). German norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 131-139. <https://doi.org/10.1080/00207148508406643>
- Bongartz, W. (1999). Stanford Hypnotic Susceptibility Scale: Form C, [Deutsche Fassung nach André M. Weitzenhoffer und Ernest R. Hilgard, 1962. Universität Konstanz]. Retrieved 2022-09-21 (Original 1982).
- Bongartz, W. (2000). Deutsche Normen für die Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 16(2), 123-133.
- Bowers, K. S. (1998). Waterloo-Stanford group scale of hypnotic susceptibility, Form C. Manual and response booklet. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(3), 250-268.
- Braffman, W., & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 578-587.
- Bugmann, M. (2015). *Hypnosepolitik. Der Psychiater August Forel, das Gehirn und die Gesellschaft (1879-1920)*. Böhlau.
- Cardeña, E., & Terhune, D. B. (2009). A note of caution on the Waterloo-Stanford Group Scale of hypnotic susceptibility: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 222-226. <https://doi.org/10.1080/00207140802665484>
- Champigny, C. M., & Raz, A. (2015). Transcultural factors in hypnotizability scales: limits and prospects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(2), 171-194. [10.1080/00029157.2015.1061473](https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1061473)
- Cojan, Y., Waber, L., Schwarz, S., Rossier, L., Forster, A., & Vulleumier, P. (2009). The brain under self-control: Modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron*, 62, 862-875.
- Connors, M. H., Barnier, A. J., Coltheart, C., Rochelle, E., Cox, R. E., & Langdon, R. (2012). Mirrored-self misidentification in the hypnosis laboratory: Recreating the delusion from its component factors. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(2), 151-176. <https://doi.org/10.1080/13546805.2011.582287>
- Connors, M. H. (2015). Hypnosis and belief: A review of hypnotic delusions. *Consciousness and Cognition*, 36, 27-43. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.05.015>

- Connors, M. H., Barnier, A. J., Langdon, R., Cox, R. E., Polito, V., & Coltheart, M. (2013). A laboratory analogue of mirrored-self misidentification delusion: The role of hypnosis, suggestion, and demand characteristics. *Consciousness and Cognition*, 22(4), 1510-1522. <https://doi.org/10.1016/j.conc.2013.10.006>
- Connors, M. H., Barnier, A. J., Langdon, R., Cox, R. E., Polito, V., & Coltheart, M. (2014). Delusions in the hypnosis laboratory: Modeling different pathways to mirrored-self misidentification. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 184-198. <https://doi.org/10.1037/css0000001>
- Cordi, M. J., Hirsiger, S., Mérillat, S., & Rasch, B. (2015). Hypnotherapeutische Suggestionen vertiefen den Schlaf und verbessern die Kognition bei älteren Erwachsenen: Eine EEG-Studie im Schlaflabor. *Hypnose-ZHH*, 10(1+2), 81-94.
- Cordi, M. J., Rossier, L., & Rasch, B. (2020). Hypnotic suggestions given before nighttime sleep extend slow-wave sleep as compared to a control text in highly hypnotizable subjects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(1), 105-129. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1687260>
- Council, J. R., Kirsch, I., & Hafner, L. P. (1986). Expectancy versus absorption in the prediction of hypnotic responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 182-189. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.1.182>
- Cox, R. E., Barnier, A. J., & Scott, A. (2014). An hypnotic analogue of alien control: Modeling the delusion and testing its impact on behavior and self monitoring. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(4), 407-430. <https://doi.org/10.1037/cns0000028>
- Crawford, H. J., Hilgard, J. R., & Macdonald, H. (1982). Transient experiences following hypnotic testing and special termination procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30(2), 117-126.
- Deeley, Q., Oakley, D. A., Toon, B., Giampietro, V., Brammer, M., Williams, S. C. R., & Halligan, P. W. (2012). Modulating the default mode network using hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(2), 206-228. <http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2012.648070>
- Elkins, G. R. (2014). Hypnotic relaxation therapy: Principles and applications. Springer Publishing.
- Elliott, J. M., Cox, R. E., & Barnier, A. J. (2016). Using hypnosis to model Fregoli delusion and the impact of challenges on belief revision. *Consciousness and Cognition*, 46, 36-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2016.09.011>
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1991). *Der Februar Mann. Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung in Hypnose*. Paderborn.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (2004). Hypnose erleben. Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen (A. Iost-Peter, Trans.). Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Erickson, M. H. (1961). Historische Anmerkungen zur Handlevitation und anderen ideomotorischen Techniken. In E. L. Rossi (Ed.), *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson* (Vol. 1, pp. 198-203). Carl Auer.
- Field, P. B. (1965). An inventory scale of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13(4), 238-249.
- Fontanelli, L., Spina, V., Chisari, C., Siciliano, G., & Santarcangelo, E. L. (2022). Is hypnotic assessment relevant to neurology? *Neurological Sciences*. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06122-8>
- Frankel, F. H. (1978). Scales measuring hypnotic responsivity: A clinical perspective. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(2-3), 208-218. <https://doi.org/10.1080/00029157.1978.10403972>
- Fromm, E. (1972). Ego activity and ego passivity in hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20(4), 238-251.
- Fromm, E., Brown, D. P., Hurt, S. W., Oberlander, J. Z., Boxer, A. M., & Pfeifer, G. (1981). The phenomena and characteristics of self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 189-246.

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cyryny, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression - Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 286, 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.069>
- Gandhi, B., & Oakley, D. A. (2005). Does „hypnosis“ by any other name smell as sweet? The efficacy of „hypnotic“ inductions depends on the label „hypnosis“. *Conscious and Cognition*, 14, 304-315. [10.1016/j.concog.2004.12.004](https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.12.004)
- Gheorghiu, V. A., Netter, P., Eysenck, H. J., & Rosenthal, R. (Eds.). (1989). *Suggestion and suggestibility: Theory and research*. Springer.
- Gruzelier, J. H. (2004). Neurophysiologische Erörterung der ungünstigen Aspekte der Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Bühnenhypnose [Neurophysiological considerations about the unwanted effects of hypnosis with particular reference to stage hypnosis]. *HyKog*, 21(1-2), 225-259.
- Hagl, M. (2018). Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahre 2017. *Hypnose-ZHH*, 13(1+2), 193-209.
- Hagl, M. (2020). Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahre 2019. *Hypnose-ZHH*, 15(1+2), 89-107.
- Hagl, M. (2021). Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahre 2020. *Hypnose-ZHH*, 16(1+2), 107-126.
- Hagl, M. (2022). Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahre 2021. *Hypnose-ZHH*, 17(1+2), 89-108.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. R., & Bower, G. H. (1970). *Theorien des Lernens*. Klett.
- Hilgard, E. R. (1971). Hypnotic phenomena: The struggle for scientific acceptance. Modern experiments are bringing hypnotic phenomena out of the fringe area of pseudoscience into the domain of normal psychological scienc. *American Scientist*, 59(5), 567-577.
- Hilgard, J. R. (1974). Sequelae to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22(4), 281-298.
- Janet, P. (1889). „Les Possessions“. Der Fall „Marie“ (1889) als frühes Beispiel einer „imaginativen Überschreibung“ unter Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 13(2), 81-88; Original in: *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimental sur les formes inférieures de l'activité humaine* (S. 435).
- Janet, P. (1925). *Psychological healing: A historical and clinical study*. MacMillan.
- Jensen, M. P. (2024). Überlegungen zum Stand der Wissenschaft der Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 19(1+2), 99-122. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Kekecs, Z., Bowers, J., Johnson, A., Kendrick, C., & Elkins, G. (2016). The Elkins Hypnotizability Scale: Assessment of Reliability and Validity. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(3), 285-304. <https://doi.org/10.1080/00207144.2016.1171089>
- Kirsch, I. (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95-106.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments - Another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 517-519.
- Kirsch, I., Council, J. R., & Wickless, C. (1990). Subjective scoring for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(2), 112-124. <https://doi.org/10.1080/00207149008414506>
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Kittle, J., Zhao, E., Stimpson, K., Weng, Y., & Spiegel, D. (2021). Testing hypnotizability by phone: development and validation of the remote Hypnotic Induction Profile (rHIP). *International Journal of*

- Clinical and Experimental Hypnosis, 69(1), 94-111. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1827937>
- Kleinhauz, M. (1991). Negative Reaktionen bei der Anwendung von Hypnose: Handhabung, Vorsichtsmaßnahmen und das israelische Hypnosegesetz. Hypnose und Kognition, 8(1), 1-12.
- Krause, C. (2016). Einschätzung von Suggestibilität und Trancetiefe: Handwerkszeug für Hypnotherapeuten [Assessment of suggestibility and trance depth]. [https://www.tuebingen-psychotherapie.de/Downloads/Erhebung\\_Hypnotisierbarkeit\\_Suggestibilitat\\_Trancetiefe.pdf](https://www.tuebingen-psychotherapie.de/Downloads/Erhebung_Hypnotisierbarkeit_Suggestibilitat_Trancetiefe.pdf)
- Lanfranco, R. C., Rivera-Rei, Á., Huepe, D., Ibáñez, A., & Canales-Johnson, A. (2021). Beyond imagination: Hypnotic visual hallucination induces greater lateralised brain activity than visual mental imagery. NeuroImage 239 (2021), 239, 118282. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118282>
- Lang, P. J., & Lazovik, D. (1962). Personality and hypnotic susceptibility. Journal of Consulting Psychology, 26(4), 317-322.
- London, P. (1963). Children's Hypnotic Susceptibility Scale. Consulting Psychologists Press.
- Lush, P., Moga, G., McLatchie, & Dienes, Z. (2018). The Sussex-Waterloo Scale of Hypnotizability (SWASH): measuring capacity for altering conscious experience. Neuroscience of Consciousness, 4(1), niy006. <https://doi.org/10.1093/nc/niy006>
- Lynn, S. J., Boycheva, E., & Barnes, S. (2008). To assess or not assess hypnotic suggestibility? That is the question. American Journal of Clinical Hypnosis, 51(2), 161-165. <https://doi.org/10.1080/00029157.2008.10401658>
- McGeown, W. J., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsch, I. (2009). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. Consciousness and Cognition, 18, 848-855.
- Milling, L. S., Valentine, K. E., LoStimolo, L. M., Nett, A. M., & McCarley, H. S. (2021). Hypnosis and the alleviation of clinical pain: A comprehensive meta-analysis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 69(3), 297-322. [10.1080/00207144.2021.1920330](https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1920330)
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48(2), 138-153.
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & David, D. (2011). The Impact of hypnotic suggestibility in clinical care settings. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 59(3), 294-309. [10.1080/00207144.2011.570656](https://doi.org/10.1080/00207144.2011.570656)
- Morgan, A. H., & Hilgard, J. R. (1978a). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. American Journal of Clinical Hypnosis, 21(2-3), 134-147. <https://doi.org/10.1080/00029157.1978.10403968>
- Morgan, A. H., & Hilgard, J. R. (1978b). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children. American Journal of Clinical Hypnosis, 21(2-3), 148-169. <https://doi.org/10.1080/00029157.1978.10403969>
- Oakley, D. A., Walsh, E., Mehta, M. A., Halligan, P. W., & Deeley, Q. (2021). Direct verbal suggestibility: Measurement and significance. Consciousness and Cognition, 89. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2020.103036>
- Olness, K., & Kohen, D. P. (2001). Lehrbuch der Kinderhypnose und -psychotherapie. Carl Auer.
- Palfi, B., Moga, G., Lush, P., Scott, R. B., & Dienes, Z. (2019). Can hypnotic suggestibility be measured online? Psychological Research. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01162-w>
- Palsson, O. S., Kekecs, Z., De Benedittis, G., Moss, D., Elkins, G. R., Terhune, D. B., Varga, K., Shenefelt, P. D., & Whorwell, P. J. (2023). Current practices, experiences, and views in clinical hypnosis: Findings of an international survey. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 71(2). <https://doi.org/10.1080/00207144.2023.2183862>
- Pekala, R. J. (1995). A short, unobtrusive hypnotic-assessment procedure for assessing hypnotizability level: I. Development and research. American Journal of Clinical Hypnosis, 37(4), 271-283. <https://doi.org/10.1080/00029157.1995.10403156>
- Perri, R. L. (2021). In medio stat virtus: The importance of studying mediums in hypnosis research.

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

- American Journal of Clinical Hypnosis, 64(1), 4-11. <https://doi.org/10.1080/00029157.2020.1859980>
- Peter, B. (1994). Zur Relevanz hypnotischer Trance und hypnotischer Phänomene in Psychotherapie und Psychosomatik. Verhaltenstherapie, 4(4), 276-284.
- Peter, B. (2000). Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des „Therapeutischen Tertiuns“. Psychotherapie, 5(1), 6-21.
- Peter, B. (2006). Einführung in die Hypnotherapie. Carl Auer.
- Peter, B. (2015a). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. (3 ed., pp. 37-45). Springer.
- Peter, B. (2015b). Hypnosis. In J. D. Wright (Ed.), International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) (pp. 458-464). Elsevier. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.21069-6>
- Peter, B. (2018). Hypnotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung vom Typ I. Hypnose-ZHH, 13(2), 57-80. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Peter, B. (2023a). Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit. Geschichte und Theorie. Hypnose-ZHH, 18(1+2), 119–144. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Peter, B. (2023b). Altersregression, Zukunftsprogression und Amnesie. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis (4 ed.). Springer.
- Peter, B. (2023c). Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer.
- Peter, B. (2023d). Ideomotorische Hypnoserituale. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis (4 ed.). Springer.
- Peter, B. (2023e). Alles Hypnose oder was? Kritische Nachbetrachtungen. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin (4 ed., pp. 803-815). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64968-8>
- Peter, B. (2024). Hypnosis in psychotherapy, psychosomatics and medicine. A brief overview. Frontiers in Psychology, 15:1377900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1377900>
- Peter, B., Piesbergen, C., Lucic, T., Staudacher, M., & Hagl, M. (2014). Zur Rolle der taktilen Unterstützung bei der Armlevitation. Hypnose-ZHH, 9(1+2), 83-116. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Peter, B., & Revenstorf, D. (2018). Hypnotherapie. Kohlhammer.
- Peter, B., & Roberts, L. (2022). Hypnotizability norms may not be representative of the general population: Potential sample and self-selection bias considerations. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 70(1), 49-67. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.2003694>
- Peter, B., Schiebler, P., Piesbergen, C., & Hagl, M. (2012). Elektromyographische Untersuchungen zur hypnotischen Armlevitation. Unterschiede zwischen willkürlichen Armheben und unwillkürlicher Armlevitation. Hypnose-ZHH, 7(1+2), 99-124. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenanalyse der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). Hypnose-ZHH, 0(1+2), 139-159. [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Polito, V., Barnier, A. J., & Connors, M. H. (2018). Hypnotic clever hands: Agency and automatic responding. Journal of Experimental Psychology: General, 147(6), 815–828. <https://doi.org/10.1037/xge0000451>
- Polito, V., Roberts, A. J., Connors, M. H., & Barnier, A. J. (2025). Can hypnosis make you ticklish? Using suggestion to modulate agency. Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 12(1), 45–67. <https://doi.org/10.1037/cns0000392>
- Pyka, M., Burgmer, M., Lenzen, T., Pioch, R., Dannlowski, U., Pfleiderer, B., Ewert, A. W., Heuft, G., Arolt, V., & Konrads, C. (2011). Brain correlates of hypnotic paralysis - a resting state fMRI study.

- NeuroImage, 56(4), 2173-2182.
- Rahmanovic, A., Barnier, A. J., Cox, R. E., Langdon, R. A., & Coltheart, M. (2011). „That's not my arm“: A hypnotic analogue of somatoparaphrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(1), 36-63. <https://doi.org/10.1080/13546805.2011.564925>
- Raichle, M. E. (2015). The brain's default mode network. *Annual Review of Neuroscience*, 8(38), 433-447. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030>
- Rasch, B., & Cordi, M. J. (2024). The influence of experience and modality of presentation (online vs. off-line) on hypnotizability. *Frontiers in Psychology*, 14:1293070. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1293070>
- Revenstorf, D., & Peter, B. (2023). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf, B. Peter, & B. Rasch (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (3 ed.). Springer.
- Riegel, B. (2023). Die Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility 5 (HGSHS-5:G). Anwendung, Auswertung und Interpretation der deutschen Kurzfassung der HGSHS:A. *Hypnose-ZHH*, 18(1+2). [www.MEG-Stiftung.de](http://www.MEG-Stiftung.de)
- Riegel, B., Isernhagen, J., Torlopp, C., & Ritterbusch, M. (2018). Messung der Trancetiefe mit der deutschen Version der Inventory Scale of Hypnotic Depth. *Verhaltenstherapie*, 28, 1-3.
- Riegel, B., Tönnies, S., Hansen, E., Zech, N., Eck, S., Batra, A., & Peter, B. (2021). German norms of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS-A) and proposal of a 5-Item short-version (HGSHS 5:G). *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(1), 112-123. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1836645>
- Rosati, A., Belcari, I., Santarcangelo, E. L., & Sebastiani, L. (2021). Interoceptive accuracy as a function of hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 69(4), 441-452. <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1954859>
- Ruggirello, S., Campioni, L., Piermanni, S., Sebastiani, L., & Santarcangelo, E. L. (2019). Does hypnotic assessment predict the functional equivalence between motor imagery and action? *Brain and Cognition*, 136, 103598. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2019.103598>
- Schmidt, G. (2016). *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung* (3 ed.). Carl-Auer.
- Shor, R. E., & Ome, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Form A*. Consulting Psychologists Press.
- Spanos, N. P., Radtke, H. L., Hodgins, D. C., Stam, H. J., & Bertrand, L. D. (1983). The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties. *Psychological Reports*, 53, 523-535.
- Spiegel, H., Aronson, M., Fleiss, J. L., & Haber, J. (1976). Psychometric analysis of the Hypnotic Induction Profile. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24(3-4), 300-315. [10.1080/00207147608416210](https://doi.org/10.1080/00207147608416210)
- Stern, D. B., Spiegel, H., & Nee, J. C. (1978). The hypnotic induction profile: Normative observations, reliability, and validity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21(2-3), 109-133. <https://doi.org/10.1080/00029157.1978.10403967>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.
- WBP Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 165-172.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale Form C*. Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1967). *Revised Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility: Forms I and II*. Consulting Psychologists Press.

## Anhang

### *Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit: Messung*

CIS (20 - 45 min)	SHSS (ca 50 min)	erfüllt von % (ca 40 min)	SWASH	EHS (20 - 30 min)	HGSHS:A (ca 60 min)	HGSHS:G (ca 30 min)
<b>Motorisch-kinästhetische Suggestionen</b>						
<i>passiv</i>						
	1. Senken des Armes**	92%	1. Senken der Hand**	1. subjektives Schwergefühl im Arm im Arm	1. Kopf fallen lassen 2. Augenschluss (unwillkürlich)	
	** Den ausgestreckten Arm/die Hand nicht hindern können, nach unten zu gehen.				3. Senken der Hand**	
<i>aktiv</i>						
2. Armlevitation	2. Bewegung der Hände auseinander	88%	2. Bewegung der Hände zueinander	2. Armlevitation 5. Levitation des Ellbogens	7. Bewegung der Hände zueinander	
<i>„challenge“</i>						
1. Armschwere*	5. Armrigidität*** 9. Unbeweglichkeit des Arms*	45% 36%	5. Armrigidität 6. Unbeweglichkeit des Arms	2. Unbeweglichkeit des Arms	4. Unbeweglichkeit des Arms 5. Fingerschluss#	1. Unbeweglichkeit des Arms
*	*** Den ausgestreckten Arm nicht beugen können			# Die ineinander verschränkten Finger nicht lösen können / den Kopf (zum „Nein“) nicht schütteln können / die Augen nicht öffnen können	6. Armrigidität 8. Kommunikations-inhibition# 10. Augenkatalepsie#	2. Fingerschluss 3. Armrigidität 4. Kommunikations-inhibition 5. Augenkatalepsie
<b>Sensorisch-affektive Suggestionen</b>						
3. Finger-Anästhesie	3. Halluzination "Mücke"	48%	3. Halluzination "Mücke"	6. klare Imagination	9. Halluzination "Fliege"	
4. Wasser-Halluzination"	4. Geschmackshalluzination süß, sauer	46%	4. „Mücke“	8. schwacher Rosenduft		
5. Olfaktorisches-gustatorische Halluzination"	8. Geruchsunempfindlichkeit Ammoniak	19%	4. Geschmack-Halluzination	9. deutlicher Rosenduft		
6. Musik-Halluzination"	10. Halluzinierte Stimme		7. Musik-Halluzination	11. vage visuelle Halluzination		
7. Temperatur-Halluzination"	11. Negative visuelle Halluzination: Spielkarten, Bälle	9%	8. Negative visuelle Halluzination	12. deutliche visuelle Halluzinationen		

Rein kognitive und „sonstige“ Suggestionen (Altersregression und Traum z.B. beinhalten auch sensorisch-affektive Elemente)					
	12. Posthypnotische Amnesie	27%	9. Posthypnotische Amnesie	10. Posthypnotische Amnesie	11. Posthypnotische Amnesie
8. Zeitverzerrung			10. Posthypnotische Suggestion		12. Posthypnotische Suggestion
9. Altersregression	6. Traum	44%			
10. Entspannung von Körper und Geist	7. Altersregression	43%		7. Dissoziationserfahrung	

**Tabelle 5:** Übersicht über die Hypnotisierbarkeitskalen in der von Peter (z.B. 2023c) vorgenommenen kategorialen Einteilung in motorisch-kinästhetische, sensorisch-affektive und kognitive Aufgaben. Die vierte Kategorie der Identitäts-Delusionen kommt in keiner der bekannten Skalen vor. Die Bezeichnungen der einzelnen Aufgaben variieren teilweise von Skala zu Skala; sie sind hier zum Zweck der Vergleichbarkeit einheitlich benannt. Die Zahlen links bezeichnen jeweils die Rangnummer der jeweiligen Aufgaben im Verlauf der Testpräsentation. Prozentzahlen für die von den Teilnehmern gelösten Aufgaben liegen nur für die SHSS vor.)

**Psychotherapie kompakt**

Hrsg. von Freyberger, Rosner, Seidler, Stieglitz, Strauß

Burkhard Peter, Dirk Revenstorf

# Hypnotherapie

**Kohlhammer**