November • Novembre, Vol. XX, No 2/2010
Bulletin CH-HYPNOSE • ISSN 1660-7635

CH**HYPNOSE**

SMSH
Schweizerische Ärztegesellschaft für Hypnose
Société Médicale Suisse d'Hypnose
ghyps / shyps
Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz
Société d'Hypnose Clinique Suisse

Evidence-based hypnotherapy for depression
Assen Alladin

De l'hypnose ericksonienne à la Transe Générative – En entretien avec Stephen Gilligan
Heini Frick, traduction Laurent Rossier

Fallbeispiele • Présentations de cas
Christian E. Besimo: Wasser- und Windmühlen gegen Zähneknirschen / Mut und Selbstvertrauen dank Smiley in der Faust

Impressum CH-Hypn. ISSN 1660-7635

Das Bulletin erscheint zweimal jährlich: im April und November. Es ist für SMSH- und ghyps-Mitglieder gratis.

Abonnementsgebühr
für Nichtmitglieder Fr. 30.–/Jahr; Einzelnummern: Fr. 15.–

Abonnementsbestellung
bei Vreni Greising, Dorfhaldenstr. 5, 6052 Hergiswil,
Tel. 041 281 17 45, Fax 041 280 30 36, e-mail: info@smsh.ch

Korrespondenz
Adressänderungen bitte dem Sekretariat melden.
Alle anderen Mitteilungen (Info ghyps/SMSH, Kalender, Manuskripte in zwei Exemplaren usw.) sind dem leitenden Redaktor zuzusenden. Texte wenn möglich auf CD-rom oder per e-mail (chglauser@hispeed.ch).
Falls Sie sich mit den Autoren in Verbindung setzen wollen, bitten wir Sie, uns zu schreiben.

Redaktionsschluss
15. Januar und 15. August

Richtlinien
Unter www.hypnos.ch können Sie die Richtlinien für unsere AutorInnen herunterladen.

Le bulletin est publié deux fois par an en avril et novembre. Il est gratuit pour les membres des sociétés SMSH et shyps.

Souscription
pour les non-membres Fr. 15.–/exemplaire; Fr. 30.–/an

Les demandes de souscription
sont à adresser à Vreni Greising, Dorfhaldenstr. 5, 6052 Hergiswil,
Tel. 041 281 17 45, Fax 041 280 30 36, e-mail: info@smsh.ch

Correspondance
Les changements d'adresse sont à communiquer au secrétariat central. Toutes les autres communications (Info shyps/SMSH, calendrier, manuscripts en deux exemplaires, etc.) sont à adresser au rédacteur responsable. Textes si possible en CD-rom ou par e-mail (Laurent.Rossier@unifr.ch).
Pour contacter les auteurs, merci d'écrire à la rédaction.

Dernier délai de rédaction
15 janvier et 15 août

Guide des auteurs
Un guide des auteurs peut être téléchargé sous www.hypnos.ch

Leitende Redaktoren • Rédacteurs responsables: Christine Glauser, Dr. med., Bärenfelserstrasse 36, 4057 Basel; Laurent Rossier, Dr. psych., Institut à 2 pas du centre, Ch. des Roches 30, 1470 Estavayer le Lac
Redaktionskommission • Comité de rédaction: Edgar Kaganas, Dr. med., St. Alban-Anlage 25, 4052 Basel, Heini Frick, Dr.med., 6004 Luzern, Jürg Gartmann, Dr. med., 4054 Basel.
Layout Silvana Pasquier-Pauli, Gümligen; **Druck • Imprimeur** Basisdruck, Bern; **Herausgebende • Editeurs** SMSH + ghyps/shyps

Editorial • Éditorial
Christine Glauser **4**

Evidence-based hypnotherapy for depression
Assen Alladin **6**

De l'hypnose ericksonienne à la Transe Générative – En entretien avec Stephen Gilligan
Heini Frick, traduction Laurent Rossier **17**

Fallbeispiele • Présentations de cas
Christian E. Besimo: Wasser- und Windmühlen gegen Zähneknirschen **22**
Christian E. Besimo: Mut und Selbstvertrauen dank Smiley in der Faust **24**

Buchbesprechung • Recension
Heini Frick **27**

Neuerscheinungen **29**

Scientific Corner
Laurent Rossier **30**

SMSH-Ecke • Rubrique SMSH **32**

GHypS-Ecke • Rubrique SHypS **36**

St. Glinglin **37**

Kongressbericht • De retour de congrès **40**

Kongresskalender • Calendrier des colloques **44**

Adressen • Adresses **47**

■ Jedes Jahr höre ich von Mitgliedern, dass sie vor allem für ihr eigenes Seelenwohl an unser Balsthal-Seminar reisen – wegen der freundschaftlichen, entspannten Atmosphäre und um Hypnose als etwas zu geniessen, wo man einmal seiner kreativen, verspielten, gefühlvollen Seite freien Lauf lassen darf und erfrischt und erholt zurück kehrt. Das ist ein grosses Kompliment und ist ja auch das, was unsere PatientInnen an Hypnose so schätzen.

Dieses improvisatorische Element kann sich dann auf sicherem Boden entfalten, wenn es gleichzeitig einen soliden theoretischen Hintergrund gibt, auf den man sich als Therapeutin abstützen und an dem man sich in schwierigen Momenten orientieren kann. Auf dem Boden einer klaren Methodik können wir den PatientInnen kommunizieren, was wir machen und mit ihnen gemeinsam ein Vorgehen entwerfen. Und die Menschen, die zu uns kommen, danken es uns und wagen so viel eher, in Trance neue Wege zu erkunden.

Eine der wissenschaftlich fundierten Methoden, die sich sehr gut mit Hypnose kombinieren lassen, ist die Kognitive Verhaltenstherapie. Dieser ist ein Schwerpunkt der vorliegenden Ausgabe gewidmet. Zwei Mal kommt Assen Alladin zum Zug, der sich in seinen Forschungen dieser Kombination widmet und sie Kognitive Hypnotherapie nennt. Wir danken ihm für die Erlaubnis, seinen Artikel «Evidence-based Hypnotherapy for Depression» aus der Zeitschrift «Clinical and Experimental Hypnosis» (Ausgabe April/Juni 2010) zu publizieren. Ausserdem bespricht Heini Frick sein Buch «Cognitive Hypnotherapy – Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders» das der Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen gewidmet ist. Heinis begeisterter und anregender Kommentar wird die Verkaufszahlen dieses Buches in der Schweiz in die Höhe schnellen lassen!

Heini Fricks Interview mit Stephen Gilligan, das neue spannende Facetten von dessen Arbeit zeigt und das wir in der letzten Nummer auf Deutsch brachten, hat Laurent Rossier diesmal auf Französisch übersetzt.

In unseren Falldarstellungen kommt die zahnärztliche Anwendung der Hypnose zur Geltung. Christian Besimo zeigt an zwei Fällen, wie er bewährte, bei Katica Bloch, Fritz Trechslin und Ute Stein erlernte Vorgehensweisen umsetzt. Die klare, anschauliche Darstellung verführt dazu, es auch zu probieren.

Im «Scientific Corner» bringt Laurent Rossier wieder die Abstracts der neusten Studien auf dem Gebiet der Hypnose. Und die SMSH-Ecke wird ab jetzt ergänzt durch ein humoristisches Augenzwinkern unseres begnadeten «SMSH-Kabarettisten» Stefano Colombo, den «Clin d'oeil».

Schliesslich berichtet Marcel Bühler, unterstützt von Simone Duby, von einem Workshop mit Sidney Rosen, einem «Grand Old Man» der Erickson'schen Hypnose, im Mai 2010 in New York zum Thema «Waking Hypnosis, Hypnotic Inductions and Self-hypnosis».

Viel Vergnügen bei der Lektüre!
Christine Glauser

■ Chaque année j'entends dire d'un nombre non négligeable de nos membres qu'ils voyagent à notre séminaire de Balsthal avant tout pour leur propre bien-être intérieur, en raison de l'atmosphère amicale et décontractée et pour jouir de l'hypnose comme de quelque chose, où l'on ose une fois laisser libre passage à un côté sensible, créatif et joueur, et d'où l'on rentre rafraîchi-e et revigoré-e. C'est un grand compliment et c'est également ce que nos patient-e-s apprécient tant dans l'hypnose.

Cet élément d'improvisation ne peut s'épanouir que sur un sol sûr, lorsqu'existe un arrière-plan théorique solide, sur quoi pouvoir s'appuyer comme thérapeute et vers quoi s'orienter dans les moments difficiles. Sur le sol d'une méthodologie claire, nous pouvons communiquer aux patient-e-s ce que nous faisons et mettre au point une démarche commune avec eux. Et les personnes qui viennent à nous nous en remercient et osent bien plus tôt explorer de nouvelles voies en transe.

Une des méthodes fondées scientifiquement, qui se laisse fort bien combiner avec l'hypnose, est la thérapie cognitivo-comportementale. A celle-ci est consacrée en priorité la présente livraison de notre journal. Assen Alladin y apparaît deux fois, qui dans ses recherches use de cette combinaison et l'appelle hypnothérapie cognitive. Nous le remercions de nous autoriser à publier son article *Evidence-based hypnotherapy for depression* paru dans l'*International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* dans son édition d'avril/juin 2010. Par ailleurs, Heini Frick fait une recension de son livre *Cognitive hypnotherapy – Integrated approach to the treatment of emotionnal disorders,* consacré au traitement des troubles psychiques et psychosomatiques.

Dans nos présentations de cas, l'application en médecine dentaire de l'hypnose est cette fois mise à l'honneur. Christian Besimo montre sur deux exemples combien il fait ses preuves avec des procédures éprouvées par Katica Bloch, Fritz Trechslin et Ute Stein. La présentation claire et directe incite à s'y essayer également.

Dans le Scientific Corner, Laurent Rossier nous rapporte à nouveau les abstracts des dernières études dans le domaine. Et la Rubrique SMSH s'élargit dès à présent d'un «Clin d'œil» humoristique de notre doué «cabarettiste»-SMSH, Stefano Colombo. Finalement Marcel Bühler rend compte, avec le soutien de Simone Duby, d'un workshop de Sidney Rosen, un « Grand Old Man » de l'hypnose ericksonienne, tenu à New York sur le Thème « Waking Hypnosis, Hypnotic Inductions and Self-Hypnosis ».

Christine Glauser
(traduction: Laurent Rossier)

Evidence-based hypnotherapy for depression

Assen Alladin, University of Calgary Medical School, Alberta, Canada

Zusammenfassung ■ Kognitive Hypnotherapie (KH) stellt eine umfassende evidenzbasierte Hypnotherapieform bei klinischer Depression dar. Dieser Artikel beschreibt die Hauptkomponenten von KH, welche Hypnose und kognitive Verhaltenstherapie vereint. Dabei bietet die letztgenannte eine effektive Leittheorie für die Assimilation empirisch gestützter Therapieformen. KH erfüllt die Kriterien für ein assimilatives Modell der Psychotherapie, welches als effektives Modell der Psychotherapie-Integration gilt. Die wichtigsten Komponenten der KH bei Depression werden ausreichend detailliert beschrieben, um so Replikation, Bestätigung und Validierung zu ermöglichen. KH bei Depression kann als Vorlage angesehen werden, die Kliniker und Forscher einsetzen können, um zusätzliche Effekte von Hypnose bei der Behandlung weiterer psychologischer oder medizinischer Störungen zu untersuchen. Es wird zu evidenzbasierter Hypnotherapie und Forschung angeregt; solche Anstrengungen werden notwendig sein, um klinische Hypnose in die Hauptströmung der Psychotherapie zu integrieren. *Ralf Schmaelzle*

Résumé ■ L'hypnothérapie cognitive (HC) est une méthode exhaustive fondée sur l'expérience clinique pour traiter la dépression. Cet article décrit les principales composantes de l'HC, laquelle intègre l'hypnose et la thérapie cognitivo-comportementale, alors que celle-ci fournit une théorie de base efficace dans l'assimilation de techniques de traitement empiriquement obtenues, dérivées de divers modèles théoriques de psychothérapie et de psychopathologie. L'HC satisfait aux critères d'un modèle assimilatif de psychothérapie, lequel est considéré comme un exemple efficace d'intégration psychothérapeutique. Les principales composantes de l'HC pour traiter la dépression y sont suffisamment détaillées pour permettre la répétition, la vérification et la validation des techniques présentées. L'HC fournit un modèle de traitement que les cliniciens et les chercheurs peuvent utiliser pour étudier les effets additifs de l'hypnose dans la gestion d'autres troubles psychologiques ou médicaux. L'hypnothérapie fondée empiriquement et la recherche y sont encouragées; ce mouvement est en effet nécessaire pour que l'hypnose puisse être intégrée à la psychothérapie traditionnelle.

Johanne Reynault

■ There is no one-size-fits-all treatment for major depressive disorder (MDD) as the condition represents a complex and heterogeneous set of symptoms and patterns involving multiple etiologies. Depression, depressive disorder, major depression, or major depressive disorder (MDD) are terms used interchangeably to refer to MDD as described in the Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition, Text Revised (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Although randomized controlled trials have shown antidepressant medications, cognitive-behavior therapy (CBT), and interpersonal psychotherapy (IPT) to be effective in the management of MDD, a significant number of depressives do not respond to either medication or CBT or IPT. Thus, it is important for clinicians to continue to develop more effective treatments for MDD.

This need becomes progressively more imperative because MDD is a burdensome disorder that «takes over the whole person-emotions, bodily functions, behaviors, and thoughts» (Nolen-Hoeksema, 2004, p. 280). Major depression is a chronic condition and a very costly disorder in terms of lost productivity at work, industrial accidents, high bed occupancy in hospitals, expense of

treatment, state benefits, and personal suffering (Solomon et al., 2000). Further, MDD frequently occurs with many other medical and psychiatric disorders. From his review of the epidemiology of depression, Kessler (2002, p. 29) concluded that «comorbidity is the norm among people with depression.» The most frequent comorbid condition with depression is some form of anxiety disorder. In fact, there is considerable symptom overlap between these two conditions. In both community and clinical samples, the average comorbidity rate of major depressive disorder and various anxiety disorders is more than 50%, and the lifetime rate is 76% (see Dozois & Westra, 2004). The comorbidity of anxiety and depression is associated with an increased severity of symptoms, psychological distress, overall impairment (Roy-Byrne et al., 2000), and an increased suicide rates (Lecrubier, 1998). Anxiety has been found to be primary in 67.9% of anxiety-depression comorbid cases (Belzer & Schneier, 2004). Although there is an apparent overlap between anxiety and depression (see Lynn, Matthews, Fraioli, Rhue, & Mellinger, 2006), it is common in clinical practice to focus on treating one disorder at a time. While some experts (e.g., Barlow, 2002) argue that treatment of one condition may produce concurrent improvement in the comorbid condition, other investigators (e.g., Clayton et al., 1991; Lecrubier, 1998; Nutt, 2000) have found depressed patients with high-anxiety levels to show less response to antidepressants and poorer long-term prognosis than nonanxious depressed patients. Therefore, lack of an integrated approach to treatment may mean that a patient is treated only for depression while also suffering from anxiety. One of the rationales for combining hypnosis with CBT, as described in this article, is to address symptoms of anxiety concurrently with depression.

Until recently, hypnosis had not been widely used in the treatment of depression because of the prevailing beliefs that depression impairs hypnotic responsiveness and hypnosis may exacerbate suicidal behaviors in depressives (Alladin, 2006a). Alladin (2006a; Alladin & Heap, 1991) and Yapko (1992, 2001) challenged these beliefs and argued that hypnosis, especially when part of a sensible multimodal treatment approach, is not contraindicated with either inpatient or outpatient depressives and can, in fact, enhance treatment results.

Another reason for the lack of application of hypnosis in the management of depression can be attributed to the absence of a comprehensive description of hypnotherapy for depression in the literature. What little published literature that existed consisted mainly of case reports, describing only generally a variety of techniques. It was not clear from these reports what therapists actually did with hypnosis in the treatment of depression (Burrows & Boughton, 2001). Recently, there has been renewed interest in the application of hypnosis in the management of depression, largely due to the pioneering work of Yapko (1988, 1992, 1997, 2001, 2006). Yapko emphasized the complex phenomenological nature of depression and described in detailed how hypnosis and hypnosis combined with CBT or interpersonal methods can be effectively utilized in the management of depression. He advanced six clinical reasons for using hypnosis in treating depression: hypnosis (a) amplifies subjective experience; (b) serves as a powerful method for interrupting symptomatic patterns; (c) facilitates experiential learning; (d) helps to bridge and contextualize responses; (e) provides different and more flexible models of inner reality and (f) helps to establish focus of attention (Yapko, 1992).

The field was further expanded by other clinicians who also considered hypnosis to be a useful adjunct to mainstream psychotherapies for depression. For example, Alladin (2006a, 2007, 2008), Chapman (2006), Golden, Dowd, and Friedberg (1987), Lynn and Kirsch, (2006), Tosi and Baisden (1984), and Zarren and Eimer (2001) integrated CBT with hypnosis in treating depression. There is some empirical evidence for combining hypnosis with CBT. Clinical trials (Alladin & Alibhai, 2007; Bryant, Moulds, Gutherie, & Nixon, 2005; Dobbin, Maxwell, & Elton, 2009; Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997), meta-analysis (Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995), and detailed review (Schoenberger, 2000) have substantiated the additive value of hypnotic interventions when combined with CBT for various emotional disorders. Moreover, Alladin (1992a, 1992b, 1994, 2006a) provided a scientific rationale or a working model for combining CBT with hypnosis in the treatment of clinical depression. After reviewing the strengths and limitations of CBT and hypnotherapy with depression, Alladin (1989, 2007) concluded

that each treatment approach was lacking in several ways. For example, CBT does not encourage unconscious cognitive restructuring; instead, its main focus is on cognitive restructuring via conscious reasoning and Socratic dialogue. Hypnotherapy, on the other hand, has traditionally focused on unconscious restructuring or reframing, paying less attention to a conscious systematic restructuring of dysfunctional cognitions. Alladin (1989, 2007) argued that the shortcomings of each single treatment (i.e., hypnosis and CBT) could be overcome by integrating techniques from both treatment approaches. Schoenberger (2000) proposed that since many CBT procedures are easily conducted with hypnosis or simply relabeled as hypnosis, CBT-oriented clinicians with experience in hypnosis could easily establish a hypnotic context «as a simple, cost-effective means of enhancing treatment efficacy» (p. 244). Moreover, Golden (2006) pointed out that CBT and hypnosis share a number of commonalities such as imagery and relaxation that can make for a natural integration of the two approaches.

Alladin (1994, 2007) described a circular feedback model of nonendogenous depression (CFMD) that embraces the above rationales for combining CBT with hypnotherapy in the psychotherapy of depression. Based on this model, Alladin (1994, 2006a, 2007, 2008) developed an evidence-based multimodal approach, known as cognitive hypnotherapy (CH), for the treatment of clinical depression, which can be applied to a wide range of depressed patients. CH has been empirically validated (Alladin & Alibhai, 2007) and it represents a comprehensive version of hypnotherapy for depression (Alladin, 2007; Gantz, 2009). CH, however, remains a work in progress as more information evolves about the etiology and treatment of MDD. This article describes the major components of CH.

The mayour components of CH for MDD

CH generally consists of 16 weekly sessions that can be expanded or modified according to the patient's clinical needs, areas of concern, and presenting symptoms. The major components of CH are briefly described here. (For a more detailed description of the stages and the components of CH, see Alladin, 2007, 2008.)

Clinical Assessments

As is customary in good clinical practice, it is important for the therapist to take a detailed clinical history to formulate the diagnosis and to identify the essential psychological, physiological, and social aspects of the patient's difficulties before initiating CH. An efficient way to obtain this information within the context of CH is by taking a case formulation approach as described by Alladin (2007, 2008). A case formulation approach allows the clinician to tailor a nomothetic (general) treatment protocol derived from randomized clinical trials to the needs of the individual (idiographic) patient.

Cognitive-behavioral therapy

CBT is currently the most widely studied psychosocial treatment for depression. More than 80 controlled trials have consistently demonstrated CBT to be effective in the reduction of acute symptoms and to compare favorably with pharmacological treatment among all but the most severely depressed patients (American Psychiatric Association, 2000). CBT has also been shown to reduce relapse in depression (Hollon & Shelton, 2001) and may even prevent the initial onset of the first episode of depression or the emergence of symptoms in persons at risk who have never been depressed (Gillham, Shatte, & Freres, 2000). CBT is predicated on the notion that errors in information processing (i.e., cognitive distortions) lead to the formation of negative beliefs and distressing symptoms. Teaching patients to recognize and examine their negative beliefs and information-processing proclivities can produce relief from their symptoms and enable them to cope more effectively with life's challenges (A. T. Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

Although not making reference to dissociation or hypnosis in the CBT model, the following observation of the depressed patient's negative rumination and dysphoric response recorded by A. T. Beck et al. (1979, p. 13) can be considered analogous to the concepts of negative self-hypnosis (NSH) and trance state, respectively.

> *In milder depressions the patient is generally able to view his negative thoughts with some objectivity. As the depression worsens, his thinking becomes increasingly dominated by negative ideas … and [he or she] may find it enormously difficult to concentrate on external stimuli … or engage in voluntary activities … the idiosyncratic cognitive organization has become autonomous … [so] that the individual is unresponsive to changes in his immediate environment. (A. T. Beck et al., 1979, p. 13)*

Similarly, Yapko (1992, 1997) considered the depressive affect produced by cognitive distortions to be a form of «symptomatic trance» associated with several misapplied hypnotic phenomena such as age regression and progression, amnesia, catalepsy, dissociation, ideodynamic responses, hallucinations, sensory alterations, and time distortion.

In depression, CBT is utilized to help patients recognize and modify their idiosyncratic style of thinking, typically through the use of evidence and applications of logic. The main objectives of CBT sessions are to help patients identify and restructure dysfunctional beliefs that may trigger and maintain their depressive affect. CBT uses some very well-known and tested reason-based models for interventions such as Socratic logic-based dialogues and Aristotle's method of collecting and categorizing information about the world (Leahy, 2003). CBT therapists regularly engage their patients in scientific and rational thinking by guiding them to examine the presupposition, validity, and meaning of their beliefs that lead to their depressive affect. As CBT techniques are well described elsewhere (see J. S. Beck, 1995), they are not described in detail here. For a detailed description of the sequential progression of CBT within the CH framework, see Alladin (2007, 2008). Within the CH perspective, CBT can be seen as a conscious strategy for countering NSH in order to circumvent the depressive state or the symptomatic trance (Yapko, 1992). The CBT component of CH for this purpose can be extended over four to six sessions. However, the actual number of CBT sessions is determined by the needs of the patient and the severity of the presenting symptoms.

In the context of CH, the question may arise as to whether to apply the hypnotherapy or CBT component first. The answer is determined by the symptomatology and the clinical needs of the depressed patient.

If the patient is overly preoccupied with dysfunctional cognitions and depressive rumination, it is generally advisable to introduce CBT first. But if the depressed patient is overly preoccupied with anxious or depressive affect, hypnotherapy may sensibly be recommended first.

Hypnotherapy

The hypnotherapy component of CH is introduced to provide leverage to the psychological treatment of depression (Alladin, 2006a, 2007; Yapko, 1992, 2001) and to prevent relapses (Alladin, 2006b; Alladin & Alibhai, 2007). The hypnotherapy sessions generally focus on (a) the induction of a relaxation response; (b) the production of somatosensory changes; (c) a demonstration of the power of mind; (d) an expansion of awareness; (e) ego strengthening; (f) accessing and restructuring unconscious psychological processes; (g) teaching self-hypnosis; and (h) offering posthypnotic suggestions for modified responses.

Relaxation Training

One of the important goals for utilizing hypnosis within the CH context is to induce relaxation. Most depressed patients experience high levels of anxiety due either to comorbid anxiety (Dozois & Westra, 2004) or to a lack of confidence in their abilities to effectively handle life challenges. For these reasons, depressed patients often derive significant benefit from simply learning to relax.

Various hypnotic induction techniques can be utilized to induce relaxation. The author often uses the relaxation with counting method adapted from Gibbons (1979; see Alladin, 2007) for inducing and deepening hypnosis, because this technique is easily adapted for self-hypnosis training. Dobbin et al. (2009), in a preliminary study comparing the effects of self-hypnosis with CBT and antidepressant medication in 58 primary care depressed patients, found self-hypnosis was the preferred treatment of their sample, and the treatment effect was comparable to CBT and medication. Similarly, the majority of the depressed patients from the study reported by Alladin and Alibhai (2007) found relaxation training

empowering, because it gave them the confidence and skill to interrupt anxious and stressful episodes in their lives.

Producing Somatosensory Changes

Hypnosis is a powerful tool for producing *syncretic cognition* (Alladin, 2006a), which consists of a mixture of cognitive, somatic, perceptual, physiological, visceral, and kinesthetic changes. Hypnotic induction and modulation of syncretic cognition provides depressed patients with direct and compelling evidence that they can alter their subjective experience. Most importantly, the ability to produce novel and varied experiences can arouse in them a sense of hope that depression can be controlled or at least modified. DePiano and Salzberg (1981) considered such positive experiences to be partly responsible for the rapid and profound behavioral, emotional, cognitive, and physiological changes observed in patients experiencing hypnosis.

Demonstration of the Power of the Mind

To ratify the credibility of hypnosis and demonstrate the power of the mind to influence the body and eye, body catalepsies can be hypnotically induced. This procedure can reduce skepticism about hypnosis, can foster positive expectancy, and can instill confidence in depressed patients that they can tap on personal resources in new ways to produce substantial behavioral and emotional changes.

Expansion of Awareness

Depressives tend to be preoccupied with their symptoms and the consequences of their symptoms (Papageorgiou & Wells, 2004), resulting in the narrowing of their range of experience. Neisser (1967) considered such narrowing of the range of behaviors and self-attributions as characteristic of psychopathology in general. Hypnosis provides a powerful vehicle for expanding awareness and amplifying positive experience. Brown and Fromm (1990) described a technique called *enhancing affective experience and its expression,* which can be used to help depressed patients create, amplify and express a variety of positive feelings and experiences in hypnosis. The expansion of awareness in hypnosis is effective in (a) bringing underlying emotions into awareness; (b) creating awareness of various feelings; (c) intensifying positive affect; (d) enhancing «discovered» affect; (e) inducing positive moods; and, (f) increasing motivation (Brown & Fromm, pp. 322-324). Such a technique not only disrupts the depressive cycle but can also help develop antidepressive pathways.

Positive associations (opposite of maladaptive dissociations), produced by forward projection, can also be utilized to produce «an alternative subjective reality» that helps the depressed patient «feel better» (Yapko, 1992, p. 134). (See Yapko, pp. 144-163, and Edgette & Edgette, 1995, pp. 145-158, for detailed descriptions of hypnotically producing positive associations in depressed patients.)

Ego Strengthening

Ego-strengthening suggestions are utilized to increase self-esteem and self-efficacy. Bandura (1977) provided experimental evidence that self-efficacy, the expectation and confidence of being able to cope successfully with various situations, is one of the key elements in the effective treatment of psychological disorders. Individuals with a sense of high self-efficacy tend to perceive themselves as being in control of themselves. If depressives can be helped to view themselves as self-efficacious, they may then be able to perceive the future as more hopeful.

A popular method for increasing self-efficacy within the hypnotherapeutic context has been to provide ego-strengthening suggestions. The goals of ego-strengthening suggestions are to reduce anxiety, tension, and apprehension and to gradually restore the patient's self-confidence in his or her ability to cope effectively with problems (Hartland, 1971). Alladin (2008, pp. 247-249) provided a list of generalized ego-strengthening suggestions that can be routinely used in hypnotherapy with a variety of medical and psychological conditions. However, when working with depressives, it is important to craft the ego-strengthening suggestions in such a way that they appear credible and logical to the patients. For example, rather than globally stating «every day you will feel better,» it is advisable to suggest: «as a result of this treatment and as a result of you listening to your self-hypnosis tape/CD every day, you will learn new skills and begin to feel better.» This set of suggestions not only sounds logical but improvement becomes

contingent on continuing with the therapy and listening to the self-hypnosis tape/CD daily (Alladin, 2006a, 2007).

Posthypnotic Suggestions

When treating depression, before terminating the hypnotic session, posthypnotic suggestions are routinely given to counter problem behaviors, negative emotions, dysfunctional cognitions, negative self-hypnosis (NSH), and negative self-affirmations. Depressives are predisposed to reflexively ruminate with negative self-suggestions, particularly after experiencing a negative affect (e.g., «I will not be able to cope.»). This can be regarded as a form of NSH or posthypnotic suggestion (PHS), which maintains the depressive cycle. To break this reflexive pattern of thinking, it is important to counter the NSH. Following is an example of a PHS provided by Alladin (2006a, p. 162) for countering NSH: «While you are in an upsetting situation, you will become more aware of how to deal with it well rather than focusing on your depressed feelings.» Yapko (2003) considered posthypnotic suggestions a necessary part of the therapeutic process if the patient is to carry out new possibilities into future experiences based on the hypnosis session.

Self-Hypnosis Training

The self-hypnosis component of CH is designed to create positive affect and counter NSH via ego-strengthening and posthypnotic suggestions. At the end of the first hypnotherapy session, the patient is provided with an audiotape/CD designed to teach self-hypnosis and to cultivate relaxation. In addition, the tape/CD provides ego-strengthening and posthypnotic suggestions. The homework assignment of listening to the tape/CD daily offers a continuity of treatment between sessions and creates the setting for learning self-hypnosis. The ultimate goal of psychotherapy is to help the depressed patient establish self-reliance and independence. Alman (2001) and Yapko (2003) believe patients can achieve self-reliance, personal power, and self-correcting behaviors that give them control over their lives. These observations were confirmed in the study reported by Alladin and Alibhai (2007) and Dobbin et al. (2009).

Cognitive restructuring in hypnosis

Often in the course of CBT, a patient reports the inability to identify cognitions preceding depressive affect. Since the cognitive theory of depression assumes the primacy of affect, in the absence of conscious cognitive distortions, cognitive restructuring becomes unfeasible. This represents a major limitation of CBT (see Alladin, 2007, pp. 34-37, for a review of strengths and limitations of CBT) but one that can be easily remedied by integrating hypnosis with CBT in the management of depression. There is a variety of hypnotic strategies for accessing and restructuring conscious, semiconscious (automatic), and unconscious cognitive distortions and negative self-schemas. Three strategies for uncovering and restructuring maladaptive cognitions in hypnosis are described here, including (a) regression to recent event, (b) regression to the original trauma, and (c) editing and deleting «unconscious files.»

Regression to Activating Event

This technique is utilized to access unconscious maladaptive cognitions related to a recent event that triggered depressive affect. While in hypnosis, the patient is given suggestions to recall the situation that caused a recent upset. Then the patient is instructed to remember his or her emotional, physiological, and behavioral responses and then to become aware of the associated dysfunctional cognitions. Encouragement is given to identify or «freeze» (frame by frame, as in a movie) faulty cognitions evident in the patient's thoughts, beliefs, images, fantasies, and daydreams. Once a particular set of faulty cognitions is frozen, the patient is coached to replace them with more appropriate thinking or imagination, and then to attend to the resulting (desirable) syncretic response. This process is repeated until the set of faulty cognitions related to a specific situation is considered to be successfully restructured.

This procedure was effectively used to treat Rita, a patient who felt anxious about social situations and inhibited about sexual activities but was unable to identify the associated maladaptive cognitions. The following transcript from Alladin (2006a, pp. 164-165) describes the hypnotic procedure used

with Rita to access and restructure her non-conscious cognitive schemas.

Therapist: I would like you to go back in time and place in your mind to last Tuesday night when you felt upset and wanted to withdraw yourself from your husband. [pause] Take your time. Once you are able to remember the situation, let me know by nodding your head up and down. [Ideomotor signals of «head up and down for YES» and «shaking your head side to side for NO» were set up prior to starting the regression.]

After a short while, she nodded her head.

Therapist: Become aware of the feelings, allowing all the feelings to flow through you. Become aware of your bodily reactions. Become aware of every emotion you feel.

Her breathing and heart rate increased and the muscles in her face started to contract. It became noticeable that she was feeling upset and anxious.

Therapist: How do you feel? [pause] Take your time, and you can speak up; speaking will not disturb your trance level.

Rita: I'm scared … it's unfair … no one told me he was going to be sent away. [She started to cry.]

Rita then described two traumatic incidents that occurred when she was 10 and 12 years old, respectively. The first was when she was 10 years old when her 12-year-old brother, Ken, was sent away to live with their grandparents. Ken was considered a very troublesome child. His parents were not able to handle him, so they «got rid of him» by sending him to live with his grandparents in a different city. Rita was very distressed by this event, because she was close to Ken and was never informed of, much less prepared for, that he was going to be sent away. She cried for days when Ken left and for several nights could not sleep. One night while in her bed, the thought of a dark cave came to her mind and she saw herself in that dark cave. Although it was frightening initially, later on she felt the image provided her a sense of comfort; she felt safely «cocooned,» as if she did not have to think or feel anything. From this night, whenever she felt upset, she would go into the cave in her mind and lock herself in.

The second traumatic incident happened 2 years later. One Saturday morning, the family received the news that Ken, who was still living with his grandparents, had died from drowning in the local swimming pool. Immediately, it flashed in Rita's mind that she had lost the person she loved most. She felt very upset but only briefly, because she quickly cocooned herself in the «dark cave.» From the hypnotic regression, it became apparent that Rita retreated to the dark cave whenever she felt confronted or stressed out, and she feared getting close to anyone who loved her (including her husband) in case she were to lose that person.

Therapist: I want you to come back to Tuesday night when you felt upset. I want you to become aware of the thoughts and images that were going through your mind.

Rita: I can't deal with this. It's too painful. I'll lose him. I don't want to lose him. [She started to cry.]

Therapist: From now on you will become completely aware of all the thoughts that go through your mind when you are upset so that you can begin to see the connection between your thoughts and feelings.

This procedure helped Rita identify previously unconscious negative cognitions associated with her upset feelings and, consequently, was able to restructure her thinking and to control her emotional and behavioral reactions. Two further sessions were utilized to help Rita deal with the two uncovered traumatic events. Her negative experiences and the associated faulty cognitions were reframed by utilizing her adult ego state (she was able to reflect on the incidents utilizing her «adult ego lenses»). Following these sessions, Rita's anxiety and sexual difficulties dramatically improved. Through her revised perspective, she realized it was no longer necessary for her to retreat into the dark cave. She further came to realize that loving doesn't necessarily mean losing. Consequently, by no longer withdrawing from him, her relationship with her husband significantly improved.

Regression to the Original Trauma

Within the CH context, this strategy can be used when it becomes important to identify the origin of core beliefs. Alladin (2006a) presented the case of Rita, also described above, a 39-year-old housewife with a 10-year history of recurrent major depressive disorder. She responded well to CH yet continued to have symptoms of sexual dysfunction that often served as a trigger for her recurrent depressive

affect. Whenever her husband showed an interest in her, even in non-sexual scenarios, she would freeze and withdraw from him.

Rita was convinced there was something unpleasant hidden in her unconscious mind that was negatively affecting her sexual relationship with her husband. Hypnotic regression helped to bridge the link between her affect and cognition by helping her remember an incident from when she was 7 years old in which she was molested by her uncle. She loved and respected her uncle and became deeply confused after the incident. She incorrectly concluded that «men are bad; I will never let them come near me.» Once these core maladaptive cognitions were identified, the *Circle of Life Technique* was used to help her come to the understanding that not all men are bad. The *Circle of Life Technique* (Alladin, 2008) is a strategy commonly used in CBT to counter all-or-nothing thinking. The therapist draws a large circle on a board or sheet of paper and fills it with large dots, each dot representing an activity. Then the therapist asks the patient: «As you can see from the number of dots, we do hundreds of things daily. Do you know of anyone who does *everything* well?» (Usually the answer is «No.») «Do you know of anyone who does *everything* badly?» (Again, the usual answer is «No.») Then the therapist points out, «Therefore, no one is all good or bad. We are all a mixture of good and bad.» She was also encouraged in hypnosis to give herself permission to break the promise that she will never let a man touch her. Breaking the promise was deemed acceptable to her as she realized that the original promise was made by a frightened 7-year-old child who was confused and in a state of shock.

Editing and Deleting Unconscious Files

Another method for cognitive restructuring in hypnosis involves the computer metaphor of editing and deleting old files. This method is particularly appealing to children and adolescents. When the patient is in hypnosis, the patient is first instructed to become aware of the «good feelings» (after ego strengthening and amplification of positive feelings) and then directed to focus on personal achievements and successes (adult ego state). Here attempts are made to get the patient to focus on higher order skills of cognition, judgment, and reality testing. Once this is achieved, the patient is ready to work on modifying old learning and past experiences.

To begin, the patient in hypnosis is instructed to imagine opening an old computer file containing old beliefs or outdated behaviors or feelings that require editing or deletion. At the outset of the session, it is usually decided which file the patient would be working on during the hypnosis session. Once the patient is able to access the specific file, he or she is instructed to edit or delete it, paying particular attention to dysfunctional cognitions, maladaptive behaviors, and negative feelings «in the file.» By metaphorically editing the file, the patient is able to mitigate cognitive distortions, magical thinking, self-blaming, and other self-defeating mental scripts (i.e., NSH). Other hypnotic uncovering or restructuring procedures (such as an affect bridge, age regression, age progression, and dream induction) can also be used to explore and restructure negative self-schemas.

Symbolic imagery techniques

Symbolic imagery techniques are used for the reframing and discarding of «emotional garbage,» such as inappropriate guilt, anger, fears, doubts, or anxieties that may be triggering, exacerbating, or maintaining depressive affect. Various hypnotherapeutic techniques can be used to reframe the patient's past experiences that cause guilt or regret. Four symbolic imagery techniques for relieving unconscious guilt and self-blame are briefly described below. These techniques are typically used with depressed patients in the late phase of treatment, when the patient is sufficiently versed in both CBT and hypnotherapy. It is also advisable to use these techniques when the patient is in a fairly deep experience of hypnosis.

The Door of Forgiveness

This technique was devised by Watkins (1990) to help patients find their own self-forgiveness. The patient is asked to imagine walking down a corridor at the end of which is the door of forgiveness. While walking down the corridor, the patient notices several doors on either side of the corridor that he or she must pass before reaching the door of forgive-

ness. Some of these doors may appear familiar or meaningful to the patient. The patient is encouraged to open each door in turn and to describe to the therapist what he or she observes inside the room. The idea is for the patient to resolve any experiences or relationships from the past that cause guilt before reaching the door of forgiveness. Often when a patient enters through a door, an emotional abreaction may occur. The therapist does not provide any interpretation nor act as forgiver. The therapist's role is to provide direction and support.

Dumping the «Rubbish»

Stanton (1990) used the image of laundry for helping his depressed patients wash away their unwanted rubbish, such as fears, doubts, anxieties, and guilt. The patient is asked to imagine (a) going into an old-fashioned laundry room, consisting of a sink; (b) filling the sink with water; (c) opening a trap door from the head and dumping all the rubbish into the water; (d) seeing the water become black; and, (e) pulling the plug from the sink to let the inky water go down the drain.

Room and Fire

This technique utilizes the image of a fireplace for burning unwanted garbage (Stanton, 1990). The patient is asked to imagine going down in an elevator from the 10th floor of a hotel to the basement. In the basement there is a cozy room with a fire burning in a large stone fireplace. The patient is asked to imagine throwing into the fire, «things you may not wish to keep in your life, such as fears, doubts, anxieties, hostilities, resentments, and guilts . . . one at a time, feeling a sense of release as they are transformed into ashes» (Stanton, p. 313).

The Red Balloon Technique

Hammond (1990) finds the hot air balloon metaphor for getting rid of unwanted negative emotions (such as guilt and anger) useful with depressed patients. The patient is asked to imagine walking up the hill with a large, burdensome, heavy backpack. As the patient imagines climbing up the hill, the backpack gets heavier and heavier. The patient imagines coming across a moored hot air balloon with a gondola underneath, containing a large basket. Next the patient imagines unloading all the excessive and unwanted objects from the backpack into the large basket in the gondola. The patient then climbs into the gondola, releases the balloon and it flies away. The patient wants to fly higher but because of the heavy load in the gondola, the balloon cannot climb higher. The patient imagines throwing out the burdensome load and, as the load lightens, the balloon rises higher up. The patient feels a sense of lightness and relief for having unloaded all the unwanted garbage.

Positive mood induction

Nolen-Hoeksema (2004) and Papageorgiou and Wells (2004) found depressives to be preoccupied with repetitive catastrophic thoughts and negative images called ruminations. Ruminations can easily become obsessional in nature and further kindle the depressive neuro-pathways, thus impeding therapeutic progress (Monroe & Harkness, 2005; Post, 1992). To counter negative ruminations and to prevent the kindling of the depressive neuropathways, the positive mood induction technique may be used.

Just as the brain can be kindled to produce depressive neuro-pathways through conscious negative focusing (Schwartz, Fair, Salt, Mandel, & Klerman, 1976), the brain can also be kindled to develop antidepressive or «happy» neuropathways by focusing on positive imagery (Schwartz, 1984). There is extensive empirical evidence that directed cognition can produce neuronal changes in the brain and that associated positive affect can enhance adaptive behavior and cognitive flexibility (see Alladin, 2007). Within this theoretical and empirical context, Alladin (1994, 2006a, 2007) devised the positive mood induction technique to counter negative ruminations and depressive neuropathways and kindle antidepressive neuropathways.

The positive mood induction technique consists of five steps: (a) education; (b) making a list of positive experiences; (c) suggestions for a positive mood; (d) posthypnotic suggestions; and (e) home practice. To educate the patient, the therapist provides a scientific rationale for developing antidepressive neuropathways. Then the patient is advised to make a list of 10 to 15 pleasant or posi-

tive experiences. When in hypnosis, the patient is instructed to focus on one of the positive experiences from his or her list, which is then amplified with suggestions from the therapist. (The technique is similar to the enhancing affective experience and its expression method described earlier.) However, to develop antidepressive pathways, more emphasis is placed on producing somatosensory changes and concomitant physiological changes. The procedure is repeated with at least three positive experiences from the patient's list. Posthypnotic suggestions are provided that the patient will be able to reexperience positive mood when practicing at home with the list.

To consolidate the positive mood induction technique, the patient is encouraged to practice with the list of positive experiences at home three or more times a day. Moreover, the patient is instructed to put negative or «undesirable» experiences (negative ruminations) «out of your mind and replace them with one of the pleasant items from your list.» Apart from providing a systematic approach for developing antidepressive neuropathways, the positive mood induction technique fortifies the brain to withstand depressive symptoms, thus reducing the vulnerability to relapse and recurrence of future depressive episodes. The negative ruminative cycle can be further regulated by utilizing the attention switching exercises (see Alladin, 2007, pp. 164-171).

Behavioral activation and social skills training

As CH adopts a multimodal approach to treating depression, it also addresses behavioral and social concerns, especially when these concerns are identified in the case formulation. Lewinsohn and Gotlib (1995) proposed the behavioral theory of depression, which maintains that life stress can lead to depression by reducing positive reinforcers in a person's life. Lack of positive reinforcers causes social withdrawal, which leads to further reduction in positive reinforcers, resulting in more withdrawal, and thus self-perpetuating the cycle of depression. Alladin (2007, pp. 172-181) described several behavioral, physical, and hypnotherapeutic methods for reducing avoidance and inactive behaviors. The behavioral methods include weekly activity schedule (engages depressed patient in planned daily activities that increases access to reinforcement) and behavioral activation training (helps patients change their behaviors in such a way as to bring them into contact with positive reinforcers in their natural environment; e.g., instead of avoiding, commitment is made to go to the gym three times a week).

Physical exercise provides depressed patients an efficient means for countering avoidant behaviors. In addition, regular physical exercise is considered a cheap and effective physical treatment for depression (Patterson, 2002). Physical exercise has the capacity to prevent mental illness, to foster positive emotions, and to buffer individuals against the stresses of life (Mutrie & Faulkner, 2004). Meta-analyses, randomized controlled trials, and large-scale epidemiological surveys have provided consistent evidence that physical activity makes people feel better (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000). Based on these findings, the National Health Service in the United Kingdom has listed exercise on their Web site as one of the recommended treatments for depression (National Health Service, 2009). Patterson (2002) recommends either aerobic (such as running or swimming) or nonaerobic (such as yoga, tai chi, and walking) exercises for depression.

Hypnotherapeutic strategies such as forward projection, imaginal rehearsal, ego strengthening, and posthypnotic suggestions can be used to reduce avoidant behaviors, to augment behavioral activities, and to increase the motivation to exercise regularly. Torem (2006) offered a specific hypnotic age progression strategy called back from the future for helping depressed patients counter symptoms of hopelessness. This hypnotic technique encourages the depressed patient to «travel to a specific time in the future,» which is hypnotically enhanced by getting all the senses involved. The experience is further enhanced by ego-strengthening suggestions and instructions:

> *… to store these positive feelings, images, and sense of accomplishment and to internalize them consciously and unconsciously. Patients are told that these positive images, sensations, and feelings are a special gift that they can take with them on their trip «back from the future» into the present, and that these gifts will guide them on conscious and sub-*

conscious levels in their journey of healing and recovery. Then, the patient is guided back into present time. (Torem, p. 104)

By utilizing forward projection, imaginal rehearsal, and ego strengthening, the therapist is able to help the depressed patient increase his or her motivation and commitment to participate in behavioral and physical activities.

Youngren and Lewinsohn (1980) provided evidence that a lack of social skills may cause and maintain depression in some patients. If the case formulation identified a lack of social skills to be exacerbating or maintaining the depressive affect, then the problem should be addressed directly in therapy. There are many approaches to improving social skills in depressed patients, including training, instruction, modeling, rehearsal, role-playing, and homework assignments. Social skills training can be enhanced by hypnosis via forward projection, imaginal rehearsal, ego strengthening, and posthypnotic suggestions as described above.

Summary

Cognitive hypnotherapy provides a variety of treatment interventions for depression from which a therapist can choose the «best-fit» strategies for a particular depressed client. CH, which is based on the circular feedback model of depression (CFMD), embraces the rationale for combining CBT with hypnotherapy in the management of depression. A case formulation approach guides the clinician to select the most effective and efficient treatment strategies for his or her patient. However, the number of sessions and the sequence of the stages of CH are determined by the clinical needs of each individual patient. Although there is some empirical evidence for the effectiveness of CH (Alladin & Alibhai, 2007), further studies are required before it can achieve the APA status of a well-established treatment for depression. As CH for depression provides a template for studying the additive effect of hypnotherapy as an adjunctive therapy, CH can be applied to other psychological and medical disorders. Only through evidence-based research can hypnotherapy be integrated into the flow of mainstream psychotherapies.

Alladin, Assen (2010) *Evidence-Based Hypnotherapy for Depression,* International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58: 2, 165–185

Manuscript submitted July 3, 2009;
final revision accepted July 15, 2009.

Address correspondence to Assen Alladin, Department of Psychology, Foothills Medical Centre, 1403 29th Street NW, Calgary, AB T2N 2T9, Canada.
E-mail: assen.alladin @albertahealthservices.ca

De l'hypnose ericksonienne à la Transe Générative – En entretien avec Stephen Gilligan

Heini Frick – Interview avec Stephen Gilligan, Marah, Germany Trance Camp 3, 14.10.09 (trad. L. Rossier)

Les trois générations de transe

Stephen Gilligan: La première génération du travail hypnotique était à la base une approche traditionnelle, pour laquelle l'approche directe autoritaire servait les buts les plus concrets. Et parmi ses plus importantes prémisses figure celle selon laquelle, afin d'atteindre des changement importants, l'esprit conscient du client ou du patient[1] n'est que peu aidant, de sorte que l'hypnose doit le « mettre k.o ». Une personne devait ainsi entrer en transe et son esprit conscient s'effacer et disparaître. Pourtant à certains moments, dans la première génération, l'inconscient des patients ne fut pas tenu pour très créatif ni intelligent mais plutôt comme quelque chose qui nécessitait de se soumettre à une sorte de programmation et à des suggestions autoritaires: il fallait, pour obtenir les changements-supposés se produire, mettre l'esprit conscient puis implanter de nouvelles suggestions positives dans l'inconscient. Il y a tout un ensemble de limitations, je dirais, pratiques à cette approche – peut-être parmi les plus notablesle fait que quoi que soit qui ne repose pas sur les ressources propres des patients, leur manière propre, court typiquement le risque « de ne mener nulle part », et dès lors d'être-rejeté par ce qu'on pourrait imaginer comme le système immunitaire psychologique.

Ainsi Milton Erikson accomplit, je pense, une percée majeure avec une approche différentede l'hypnose.En premier lieu, il tenait la transe non comme artificielle, non comme quelque chose qui était principalement la conséquence de la suggestion hypnotique, mais – et c'est très différent – comme quelque chose de forgé par l'esprit humain. Bien plus, il voyait l'esprit inconscient comme hautement créatif et soulignait ainsi que la manière qu'aura chaque personne d'éprouver une transe sera unique. Dès lors ces caractéristiques d'originalité, d'inconscient créatif et de transe naturellefont réellement passerl'hypnose d'une première à une seconde génération dans laquelle il est possible de faire appel à l'inconscient créatif du patient. Cependant je crois qu'Erikson poursuivait l'erreur de la première generation en tenant l'esprit conscient pour fondamentalement peu intelligent et non pour un collaborateur important dans tout processus de changement majeur.Ainsi Erikson fera-t-il recours aux techniques de confusion ou dissociation.

Stephen Gilligan

Dès lors, même si le patient éprouve un changement, ce changement ne produira pas ce que je nomme un basculement génératif dans l'approche du monde par la personne.Probablement la façon la plus concrète d'exprimer cela serait dans les termes de ces nombreuses expériences que j'ai vécues avec différents patients et étudiants d'Erickson sur une période de plus de 35 ans depuis que je débutais ma formation avec lui. Je trouvais à mon grand désappointement que, lorsque les personnes qui avait eu contact avec Erickson arrivaient à une

1 (NdT) Le masculin est utilisé ici dans un sens générique sans intention de discrimination.

inévitable crise ou problème ultérieurs dans leur vie, ce qu'ils avaient appris d'Erickson était une version de « je vais en transe et j'imagine ce que Milton Erickson m'aurait dit de faire ». Je vois cela comme problématique, car ce n'est pas réellement apprendre aux personnes leur propre capacité à rencontrer les défis de la vie.En un sens, ils sont toujours en train de porter une présence idéalisée du grand hypnothérapeute qu'est Milton Erickson dans leur esprit.

Dès lors dans la troisième génération, nous avons tenté de nous rappeler le fait que l'esprit conscient est hautement intelligent – je pense que personne n'aurait de doute à ce sujet – et, plus important, d'organiser les choses en sorte qu'il soit un collaborateur important et dans une relation mutuellement respectueuse avec ce que nous commençions à nommer l'inconcient créatif. Cette référence égale et ce même respect au cœur du travail génératif de la transe, c'est ce que je nomme la troisième génération et qui implique une appréciation de l'esprit conscient et de l'esprit créatif inconscient des patients ou clients..

Heini Frick: Erikson n'était-il pas conscient de cette possibilité ?

*Stephen Gilligan:*Je ne crois pas qu'il en ait été pleinement conscient, mais, à sa décharge, il est important de se rappeler qu'Erickson était d'une époque très différente.Je ne crois pas que la culture des années 30, 40 ou 50, au moment où il pratiquait, aurait vraiment permis ce qui est permis actuellement.Dans cette époque culturelle, il y avait une sorte d'attitude «le père sait mieux», où l'on appréciait peu le fait qu'en chaque personne il y ait une possibilitéd'intelligence créative. Que vous soyez femme au foyer, boulanger ou fermier, si vous rencontriezun problème, vous alliez chez un docteur car le docteur est celui qui a toute intelligence.L'époque est très différente aujourd'hui, avec aux USA un regard différent sur le docteur, mais surtout une réelle appréciation du besoin du patient d'être un collaborateur d'égal à égal dans sa santé et sa guérisson.Je crois que ce basculement culturel nous apermis de commencer à apprécier une version de la notion que « le royaume du bien est en chaque personne », c'est-à-dire toutes les diverses fonctions usuellement isolées dans certains mondes sociaux, tel que le docteur qui possède tout pouvoir de guérison ; nous commencons à réaliser que le docteur soignant est en chaque personne et qu'il peut être activé jusqu'à un certain point en chaque personne – ce que nous tentons de faire. Nous devrions dire, en raccourci, la troisième génération de l'hypnose, c'est la manière d'apprendre à nos patients et clients de devenir leur propre Milton Erickson..

Passage de la seconde à la troisième generation

Stephen Gilligan: Concrètement dans mon expérience, j'ai connu une sorte de crise existentielle autour de 37 ans. Lorsque je commençais à étudier avec Milton Erickson, j'avais 19 ans. J'étais pour ainsi dire assez dévot et essayait réellement d'approcher les choses comme je sentais qu'Erickson le faisait.J'ai toujours pensé que tout ce que j'avais à faire était presque comme tourner le bouton et que je pouvais me connecter avec ma propre version de l'inconscient.Mais lorsque à 37 ans mon père mourut et qu'un mois plus tard ma fille naissait, ces deux expériencesmonumentalement crucialescréèrent un changement majeur inattendu.Et quelque chose en moi, une part de moi, qui pensait toujours pouvoir aller en transe s'éteignit pour une raison quelconque.Je fus assez dérouté et peiné par cela. Je pouvais recourir aux idées ericksoniennes fondamentales et tenter d'apprendre quelque chose de cela.Il devint clair pour moi que moi que je n'avaisplus de père, que je devais le devenir et en quelque sorte essayer de ne plus justeêtre le fils d'Erickson, d'opérer sous son aile, mais d'articuler des différences émergentes.

En bref, le concept de Relation au Soi est cette entrée en résonance entre le soi cognitif qu'en hypnose nous appelons l'esprit conscient et ce que je suis venu à nommer l'esprit somatique, un corps-esprit dont je dirais qu'il est le premier et non le seul inconscient.Une bonne combinaison entre ces deux représente l'accès à un Soi Relationnel, que j'appelle maintenant Soi Génératif, c'est-à-dire une sorte d'esprit tiers qui contient tous les aspects aidants des deux différents esprits plus des propriétés émergentes très utiles pour la créativité, la guérisson et la transformation.

Par rapport à l'hypnose, y inclus l'hypnose ericksonnienne, il y a trois différences principales avec l'hypnose de la Relation au Soi.En premier celle-ci est davantage centrée sur l'expérience corporelle.

L'ampleur de l'expérience inconsciente comme phénomène somatique en termes de différents sensations ou énergies dans le corps provient en partie des arts martiaux et en partie d'autres formes thérapeutiques.Elle vise davantage ainsi la manière exacte dont l'expérience est éprouvée dans le corps comme le lieu précis, de sorte que l'élément somatique devient pertinent, en somme oui, cela même qu'Eugene Gendlin appelait le felt sense.

Deuxièmement, la notion même de transe devient quelque chose qui peut aussi être un phénomène ouvert vers l'extériorité.Tant la première que la seconde génération conçoivent la transe comme quelque chose que vous avez les yeux fermés. Vous devez vous évader du monde extérieur. Mais une chose que vous apprenez des arts martiaux comme l'aikido, c'est que, les yeux fermés, vous êtes en grand problème.Pour être capable de fonctionner à ces hauts niveaux de créativité, vous vous devez d'avoir cette concentration spéciale, un sens spécial de flux créatif, que nous appelons la transe, une transe dans laquelle votre conscience est orientée vers le monde extérieur.Nous commencons à voir que la transe peut être utilisée dans beaucoup plus de contextes, de beaucoup plus de manières que dans la pensée traditionelle, de sorte que par exemple, le thérapeute lui-même peut être capablede faire usage avec adresse d'un cerain type de transe à certains moments et non à d'autres, non tout le temps mais à certains moments travaillant avec le patient d'une manière qui autorise en fait de se sentir plus en contact avec le patient, plus connecté avec ce qui arrive dans la situation extérieure, plus ou moins connecté avec l'inconscient créatif. L'externalisation de la transe est ainsi la seconde difference.

Et la troisième et peut-être la plus importante différence est ce que nous appelons l'«internalisation de la fonction Erickson». J'ai seulement fait allusion au fait que Erickson ne respectait pas réellement l'esprit conscient. Il le prenait en charge pour le patient et disait que l'inconscient est intelligent, mais n'expliquait pas pourquoi l'inconscient avait agi si stupidement auparavant avec le problème. C'est bien là où Erickson était un génie de pouvoir structurer son esprit conscient de sorte à s'adapter optimalement aux patterns de l'esprit inconscient des patients. Et c'est bien là le ticket gagnant qui nous mène à la question de savoir si seul Erickson pouvait le faire ou seuls les prêtres les plus entraînés ou si nous pouvons enseigner à nos patients à le faire, d'être capables d'avoir une attitude d'une réelle connection à leur inconscient créatif, leur permettant – pour filer la métaphore – de devenir leur propre Erickson ?

Le «champ»

Stephen Gilligan: Nous postulons deux niveaux de champ, dont le premier que nous appelons dynamique. Nous disons que les êtres humains sont toujours en train d'opérer dans des contextes pluslarges. Le corps physique est un champ pour nos pensées, la culture en est un, la famille, le domaine de travail, l'histoire personnelle, au sein de laquelle chaque expérience est traversée, où des significations sont formées, où la vie est vécue. Les personnes peuvent se trouver dans un champ très conservateur ou négatif, où ils se sentent limités.Ce que nous pouvons faireavec notre prise de conscience est de commencer à ouvrir notre attention au champ d'une manière très positive. Chacun fait déjà ceci avec des états quotidiens de bien-être.Ainsi si vous écoutez une musique que vous aimez réellement, votre attention et votre conscience croîssent, s'ouvrent et vous commencez à sentir unespace, si vous préférez un champ, où toutes les différentes de cette musique vous donne un sentiment élargi de conscience. Dans la nature, marchant dans les bois, ressentant un sentiment de bien-être et commençant à nous ouvrir, nous nous sentons partie de quelque chose de plus grand. C'est ce que nous voulons signifier par le terme de champ.La plupart n'en font l'expérience que dans des circonstances extrémement positives, par exemple lorsqu'ils sont amoureux. Ce que nous cherchons dans nos travaux est la manière d'accéder et d'activer un champ ouvert et positif de bien-être dans des circonstances adverses et négatives. Par exemple, lorsque quelqu'un explore un trauma négatif, lorsqu'il lutte avec un sentiment de panique, est-il possible d'ouvrir un état de bien-être si son attention est plus large que le problème ?de sorte que lorsque nous le connectons au problème, son attention première, sa première prise de conscience, ne soit pas dans le problème, ce qui le mettrait probablement en échec. C'est dans l'espace du bien-être qu'il peut contenir le problème. Ceci donne un sens général de ce que nous voulons dire par champ. Notre tra-

vail est de trouver des moyens techniques grâceauxquels aider le client à être capable d'accomplir cela, de sorte que l'attention du patient repose dans le bien-être plutôt qu'est engagée dans les défis difficiles de l'état problématique.

Une alternative au mot Hypnose ?

Stephen Gilligan: Au lieu du mot hypnose, j'utilise le mot Transe générative ! En effet, pour le dire simplement, la transe est l'expérience naturelle interne qui intervient en réponse à certaines conditions et l'hypnose est un de ces rituels socio-psychologiques développés à l'Ouest comme un contenant capable de permettre et de donner forme à l'expérience naturelle de la transe. C'est très différent de la définition traditionelle de la transe comme un artefact de la suggestion venant de l'hypnose. Nous disons que la transe ne vient pas de l'hypnose, mais de la vie elle-même. L'hypnose est le contexte humain – l'une des contextes – utilisé comme une sorte de principal porte-container pour la transe. Ainsi malheureusement le mot hypnose transporte nombre de bagages négatifs comme l'idée de l'expérience d'une personne contrôlée de l'extérieur, idée qui a un effet limitant sur les capacités créative humaines du patient. Ainsi nous pouvons la reformer en terme de trance – ce qu'Erickson tentait de faire, je pense – pour dire que ce qui est réalisé avec la technique hypnotique est une mise en forme autour de l'expérience présentée par le client. Ainsi plutôt que de penser à l'hypnbose comme quelque chose où s'insère le patient et, de même qu'Erickson avait l'habitude de dire que comme thérapeute vous n'avez pas le luxe d'avoir une théorie, nous disons en quelque sorteque vous n'avez pas le luxe d'avoir une technique hypnotique unique. Nous cherchons les conditions cadre ressourçantes permettant de créer une safe place, a partir de quoi l'expérience psychobiologique qu'est la transe peut déployer son effet guérisseur.

C. G. Jung

Heini Frick: Le Livre Rougede C. G. Jung est paru . En quoi Jung profiterait-il dela Relation au Soi ?

Stephen Gilligan: Je n'aurais jamais la prétention d'essayer de répondre à cela. J'ai de grands portraits dans mon cabinet, un d'Erickson et un de Jung que j'assimile à une grand génie. Mais nous devons tenir compte du fait que la sophistication psychotechnique n'était pas aussi grande il y a 100 ans. Ainsi même si ces grands pionniers firent d'étonnantes et courageuses perçées, ils ne possédaient pas les méthodes techniques qui auraient permis à ces idées de fructifier. Nous bénéficions aussi bien sûr de tant de changements culturels intervenus en 100 ans. Ce que nous pouvons permettre à nos patients de faire va bien au delà de ce qui était envisageable. Les sentiments disponibles, les changements de vie que nous encourageons nos patients à réaliser, n'auraient simplement pas été appropriés il y a 100 ans. Au delà de mon respect pour ces pionniers, je vois les considérables avancées grâce auxquelles nous pouvons aider les personnes à se connecter corporellement, à être capables de former une conversation cognitive intérieure, et d'être capables - d'une manière intentionnellement habile – d'ouvrir l'espace créatif au delà de la conscience individuelle. Appliquer cela à Jung amenerait à faire prendre à l'oeuvre de Jung une nouvelle voie. J'attends impatiemment ce Livre Rouge comme n'importe qui, parce que ce qu'il a réalisé, ce qu'Erickson a réalisé, ce que trop peu de personnnes ont réalisé, c'est de s'ouvrir courageusement au voyage de l'esprit inconscient. Jung n'a pas approché le travail avec ses patients principalement d'un point de vue intellectuel, mais participait activement au cheminement à travers l'inconscient créatif. La principale manière d'Erickson de s'informerau sujet de la transe était à travers sa propre expérience. Nous pouvons retirer de cela que, si nous disons aux personnes avec qui nous travaillons qu'elles peuvent faire confiance à l'esprit inconscient, avec soin, adresse et sans précipitation qu'elles peuvent apprendre de leur esprit inconscient, nous ferions mieux d'être capable de le pratiquer dans nos propres vies. Je crois que ce facteur nous donne la confiance et la base de savoir-faire et l'éthique et l'autorité morale pour introduire cette idée à nos patients d'une manière qui transforme leur vie.

Regard sur le future

Stephen Gilligan: J'ai trop du catholique irlandais en moi pour pouvoir être exagérement optimiste. Mais je sais que la vie charries d'infinies possibilités, que si nous nous y efforçons et nous ouvrons à ces

2 En français, parution prévue au premier trimestre 2011 (NdT).

possibilités, nous pouvons toujours être surpris de combien plus est disponible que nous le pensions. Deuxièmement, d'être capable de vivre ainsi – ce ne fut pas donné pour moi, venant d'une famille très déprimée – est bien plus récompensant que de vivre d'une manière pessimiste, limitée. Le chemin de moindre résistance devient finalement celui du moindre mal. Comme bien d'autres j'ai suivi l'autre voie et appris que la vie devient tellement insupportable, si je la menais d'une manière fermée, apeurée ou aigrie. Essayant ce chemin de moindre résistance, cela devint une de ces choses apprises d'Erickson, que vous pouvez apprendre quelque chose de nouveau chaque jour. Nous savons tous que les inévitables souffrances et douleurs font partie de la vie de chacun. Mais nous pouvons trouver qu'elles ne sont pas la chose principale; la chose principale est de pouvoir jouir ce miracle inouï et don de la vie que nous avons reçu.

Wasser- und Windmühlen gegen Zähneknirschen

Prof. Dr. Christian E. Besimo, Abteilung für Orale Medizin, Aeskulap-Klinik, Brunnen

Anamnese

Eine 43-jährige Patientin litt zu Beginn der zahnärztlichen Betreuung an unserer Abteilung unter einer ausgeprägten Zahnbehandlungsangst. Behutsames Vorgehen unter Zuhilfenahme von hypnotischen Elementen sowie Durchführung grösserer Eingriffe in Hypnose führten dazu, dass die Patientin schliesslich zahnärztliche Kontrollen und Therapien ohne belastende Angstzustände durchführen lassen konnte.

Klinischer Befund

Im Rahmen der zahnärztlichen Langzeitbetreuung wurde auch versucht, den hauptsächlich durch berufsbedingte psychische Belastung ausgelösten Bruxismus (Zähnepressen und Zähneknirschen) zu behandeln und auf diese Weise die durch Überlastung der Kaumuskeln verursachten Gesichtsschmerzen sowie die Stärke und Häufigkeit der Migräneanfälle zu reduzieren. Die Anleitung zur Selbstbeobachtung und Selbsttherapie führte nur zeitweise zu einer Linderung der Beschwerden, da die Mitarbeit der Patientin aus verschiedenen Gründen ungenügend war. Deshalb wurde eine Intervention in Hypnose mit dem Ziel beschlossen, die Achtsamkeit gegenüber den von aussen einwirkenden Stressoren und der Reaktion des eigenen Körpers auf diese zu stärken.

Als Metapher in der Trance sollten in Analogie zum Bruxismus die mahlenden Steine einer Mühle zur Anwendung gelangen, wie es der Therapeut von Ute Stein und Fritz Trechslin erlernt hatte. Im vorbereitenden Gespräch mit der Patientin kam deutlich zum Ausdruck, dass sie keine Gebirgslandschaften mochte, sondern sich am Meer am wohlsten fühlte.

Tranceprotokoll

Die Tranceinduktion erfolgte über die Atmung – spüren, wie es uns atmet – ein und aus – immer weiter und weiter – im steten Spiel von Anspannung beim Einatmen – und Entspannung beim Ausatmen – wie im Leben auch – auf Anspannung soll Entspannung folgen. «Sie können sich von diesem wunderbaren Wechselspiel tragen lassen – immer weiter und weiter – und immer tiefer und tiefer - in eine flache, weite Landschaft – in der sich ein kleiner Bach langsam und gemächlich in vielen Mäandern dahinschlängelt – Sie können diesem Bach folgen – seinem leisen Plätschern – das den Gesang der Vögel begleitet – durch einen lichten Wald – Sie können verschiedenste Gerüche wahrnehmen – vielleicht vom feuchten Moos auf den Steinen am Ufer des Baches – oder aus dem Wald – Vielleicht spüren Sie den weichen Waldboden unter Ihren Fusssohlen – können Tiere beobachten – vielleicht einen Luchs – wie er über den Waldboden und die bemoosten Steine schleicht – und wenn Sie ganz achtsam sind – können Sie vielleicht hören, wie seine samtenen Pfoten über das weiche Moos streichen… Hinter den Bäumen erscheint nun eine Mühle – das Wasser des Baches fliesst über ein Mühlrad – und dreht dieses – weiter – und immer weiter – Sie können die Mühle betreten – und sich umschauen – Sie können die Mühlsteine sehen, wie sie das Getreide mahlen – wie die Zähne die Speisen – Der Müller achtet aber immer darauf, dass die Mühlsteine nur mahlen, wenn sich Getreide zwischen den Mühlsteinen befindet – ist kein Getreide mehr vorhanden, so zieht er einen Hebel, um die Mühlsteine zu trennen, sodass diese sich nicht mehr aneinander reiben und sich abnutzen können – Sie können nun diesen Hebel selbst ziehen und sehen, wie die Mühlsteine getrennt werden – Sie können den Hebel in Ihren Händen fühlen – ob er sich weich oder hart anfühlt – kalt

oder warm – ob er aus Metall oder Holz gefertigt ist – Sie können nun diesen Hebel mitnehmen und für sich benutzen – Immer wenn keine Speisen mehr zwischen den Zähnen sind, wird dieser Hebel dafür sorgen, dass die Zahnreihen auseinander gehen und nicht mehr aneinander reiben – Während Sie nun Ihren eigenen Hebel irgendwo unterbringen – in Ihrem Unterbewusstsein – wo er immer griffbereit ist – können Sie das Gefühl der Sicherheit spüren – in Zukunft mit Hilfe ihres Hebels immer die Kontrolle – die Möglichkeit zu haben – Ihre Zahnreihen zu lösen und zu entspannen – Sie können dieses angenehm entspannende Gefühl der Kontrolle noch etwas geniessen – während Sie nun die Mühle wieder verlassen und zum Strand und dem rauschenden Meer (sicherer Ort) wandern können - im Bewusstsein, für die Zukunft immer den Hebel dabei zu haben – um die Zahnreihen im richtigen Moment trennen zu können – um lozulassen…»

Dieses gekürzte Tranceprotokoll ist dazu gedacht, als Leitfaden zur individuellen Ausgestaltung und Vertiefung verwendet zu werden.

Diskussion

Beobachtungen während der Trance und das Nachgespräch ergaben, dass die Patientin zwar sehr gut in Trance gehen konnte, eine tiefere Entspannung aber erst bei der Suggestion des Meeresrauschens erreichte. Leider war dem Therapeuten im Vorgespräch und während der Trance nicht in den Sinn gekommen, dass es auch Windmühlen gibt, die sich besser in den sicheren Ort der Patienten, eine Landschaft am Meer, hätten integrieren lassen als eine durch Wasser angetriebene Mühle, die ein gewisses Wassergefälle und somit eher gebirgige als flache Landschaften suggerierte. Als unmittelbaren Nebeneffekt der Intervention mit Hypnose stellte die Patientin eine Befreiung von ihren Kopfschmerzen fest, die sie in die Sitzung mitgebracht hatte.

In den ersten zwei Tagen nach der Hypnosesitzung wurde die Patientin ständig vom Rauschen eines Baches und dem Rattern einer Mühle begleitet. Zudem sah sie in jedem länglichen Gegenstand ihren Hebel zum Trennen der Mühlsteine bzw. der Zahnreihen. Danach verschwanden die Geräusche und das Bild. Die Patientin war nicht mehr in der Lage, sich den Hebel zu visualisieren. Auf einer Postkarte aus ihren Ferien am Meer (siehe Bild) berichtete sie: «So sieht mein Zufluchtsort aus: viel Wind, Dünen, Strand und Meer. Seit der Hypnose habe ich mich nicht mehr beim Zähneknirschen erwischt und somit habe ich auch keine Gesichtsmuskelschmerzen mehr.»' Die Patienten war über ein Jahr beschwerdefrei. Danach trat der Bruxismus wieder auf. Eine zweite Intervention wurde notwendig, diesmal mit der Metapher einer Windmühle am Meer. Diese hatte dieselbe Wirkung wie die Wassermühle und führte erneut zur Beschwerdefreiheit im Kiefer- und Gesichtsbereich.

Mut und Selbstvertrauen dank Smiley in der Faust

Prof. Dr. Christian E. Besimo, Abteilung für Orale Medizin, Aeskulap-Klinik, Brunnen

Anamnese

Franziska (Name geändert) zeigte sich als ein aufgewecktes und selbstbewusstes neunjähriges Mädchen. Es hatte aber vor der Zahnbehandlung grosse Angst, was auf eine negative Vorbereitung im Familienkreis, vor allem durch die Mutter, zurückzuführen war. Im Auftrag des Kieferorthopäden sollte eine Exzision des Lippenbandes im Oberkiefer vorgenommen werden, da dieses die Zahnstellungskorrektur und dabei insbesondere den Schluss des Diastemas zwischen den zentralen Schneidezähnen behinderte.

Klinischer Befund

Der klinische Befund ergab ein straffes, derbes Lippenband, das nach palatinal einstrahlte und so das breite Diastema zwischen den Schneidezähnen verursachte. In einem Vorgespräch hatte der Behandler mit Franziska im Spiegel die Situation angeschaut und diskutiert. Dabei wurde dem Mädchen mit einfachen Worten das Vorgehen beim Eingriff erklärt, wie der Schlafsaft die Lippe einschlafen lasse, Franziska spüren könne, wie die Lippe auf einem flauschigen, weichen und warmen Kissen zu liegen komme und wie man dann das Lippenband wie von Zauberhand aus der Zahnlücke herausziehen und in der Lippe verschwinden lassen könne. Franziska blieb zwar skeptisch, war aber bereit, den Eingriff durchführen zu lassen.

Behandlungsprotokoll

Am Behandlungstag wünschten Mutter und Tochter, dass Franziska während des gesamten Eingriffs auf der Mutter liegen darf. Dieses bei ängstlichen Kleinkindern oft hilfreiche Ansinnen war doch etwas ungewöhnlich für ein neunjähriges Mädchen. Trotzdem willigte der Behandler ein, was sich in der Folge allerdings als keine gute Idee erwies, da sich offensichtlich die Ängstlichkeit und Unruhe der Mutter trotz mündlicher und schriftlicher Vorbereitung auf das Mädchen übertrug. Franziska weigerte sich standhaft, den Mund zu öffnen. Die Mutter neben dem Behandlungsstuhl brachte ebenfalls keine bessere Ausgangslage. Es gelang nicht, die Ungeduld der Mutter zu dämpfen und Interventionen von ihrer Seite vollständig zu unterbinden. Deshalb wurde der Mutter der Vorschlag gemacht, wieder im Wartebereich Platz zu nehmen, mit der Begründung, Franziska wäre ein grosses und kluges Mädchen, das ganz gut alleine zurecht käme. Diese Entscheidung schien Franziska zu verwirren, sie behielt ihre ablehnende Haltung, aber ohne aufzubegehren. Da erinnerte sich der Behandler an einen Kurs über hypnotische Notfallinterventionen bei Katica Bloch, nahm die linke Hand von Franziska und malte ihr ein lachendes Gesicht in die Handfläche. Dann hob er ihren Arm an und forderte sie auf, ganz fest das lachende Gesicht anzuschauen: «Du kannst sehen, wie das Gesicht lacht – Kannst Du auch so schön lächeln? – So ist es gut – und nun mach ganz fest die Faust – ganz fest – immer fester – Du kannst alles in die Faust geben, was Du los sein möchtest – Jetzt kannst Du die Hand wieder öffnen – Schau, das Gesicht lacht noch immer – und wie das gut tut! – Spürst Du, wie sich das gut in Deiner Hand anfühlt? – Komm, das machen wir gleich nochmals – ganz fest die Faust machen – noch fester – noch fester – und jetzt die Hand wieder öffnen – Schau, das Gesicht lacht noch immer – und wie das gut tut!» Franziska wurde durch diese Kurzintervention deutlich ruhiger und entspannte sich. Die Mutter war vergessen. Das Mädchen wurde nun aufgefordert, die Augen zu schliessen und zu schauen, welche Farben sie sehen könne. Gemeinsam fanden wir heraus, dass sie Regenbogenfarben am liebsten mochte. Der Behandler führte nun Franziska zu einem grossen Regenbogen hin, durch den Sie hin-

durchgehen und dahinter einen zweiten, einen dritten und einen vierten Regenbogen sehen konnte. Die Assistentin hielt in der Zwischenzeit spontan die Hand des Mädchens. Während der Behandler die Lokalanästhesie vorbereitete, bat er Franziska, die Hand der Assistentin ganz fest zu drücken – noch fester – und fester – und begann mit der langsamen Infiltration des Lokalanästhetikums: «Gut so – sehr gut – das machst du ausgezeichnet!» Das Mädchen zeigte kaum eine Reaktion und liess nach einigen Minuten des Lobes problemlos auch noch die Ausdehnung der Anästhesie durch die Papilla incisiva nach palatinal zu. Danach wurde Franziska aufgefordert, die Regenbogen hinter sich zu lassen und wieder in den Raum zurückzukommen. Franziska konnte im Spiegel feststellen, dass ihre Lippe zwar wunderbar schlief, aber in keiner Weise geschwollen war. Das stärkte zusätzlich ihr Vertrauen und in der Folge konnte der chirurgische Eingriff ohne die kleinste Unterbrechung durchgeführt werden. Am Schluss der Behandlung waren alle stolz. Franziska durfte sich zur Belohnung ein kleines Lesebuch aussuchen.

Diskussion

Bei der Analyse des Behandlungsverlaufs stellte sich natürlich die Frage, inwieweit der misslungene Einstieg mit der Mutter hätte vermieden werden können. Franziska hatte die Anwesenheit der Mutter gewünscht und wollte auch auf ihr liegen können. Es wäre wohl besser gewesen, dem eigenen Bauchgefühl zu folgen und sofort ein dem Alter des Mädchens entsprechendes Setting zu wählen und ihr Selbstvertrauen zu stärken. Die Verwirrung schaffende Aufforderung an die Mutter, das Behandlungszimmer zu verlassen und die Tranceinduktion mit dem Smiley erwiesen sich dann als perfekte Methoden zur Entspannung der Situation und zur Tranceinduktion.

Karger Libri

Ihr Wissen ist unser Beruf

Eine grosse Auswahl an Titeln aus Ihrem Fachgebiet finden Sie im Laden am Petersgraben 31 oder unter **www.libri.ch/books.**

Karger Libri
S. Karger AG
Petersgraben 31
CH-4051 Basel

Telefon +41 61 306 15 15
Telefax +41 61 306 15 16

books@libri.ch
www.libri.ch/books

Mo 13.30 - 18.30
Di-Fr 10.00 - 18.30
Sa 10.00 - 17.00

Assen Alladin

Cognitive Hypnotherapy
Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders

John Wiley & Sons Ltd 2008
ISBN 978-0-470-03243-3

Assen Alladin ist klinischer Psychologe und Assistenzprofessor an der University of Calgary Medical School. Geboren auf Mauritius, ausgebildet in England, blickt er auf über 27 Jahre hypnotherapeutische Praxis und Lehrtätigkeit zurück. Seine vielen Publikationen umfassen vor allem Kapitel und Beiträge über klinische Hypnose in verschiedenen Büchern. 2007 ist seine Monographie *Handbook of Cognitive-Hypnotherapy for Depression: Evidence-Based Approach* und 2008 sein Buch *Hypnotherapy Explained* erschienen. Sein spezielles Interesse gilt der empirischen Validierung der klinischen Hypnose und deren Integration in andere Formen der Psychotherapie. Es ist sein grosses Bestreben, einer auf wissenschaftliche Basis gestellten modernen Hypnotherapie zum definitiven Durchbruch in der Psychotherapie zu verhelfen.

Das vorliegende Buch ist eine Anleitung, wie Hypnose mit kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) bei verschiedenen affektiven Störungen in Sinne eines multimodalen Therapiekonzeptes kombiniert werden kann. Alladin nennt diese, von ihm entwickelte Therapieform, Kognitive Hypnotherapie (KH). Darüber hinaus möchte er die Grundlage für ein auf Evidenz basiertes hypnotherapeutisches Vorgehen im Bereich Therapie und Forschung schaffen. Das Buch ist darum auch als Arbeitsmodell für die Kombination respektive Erforschung anderer Formen von Psychotherapie mit Hypnotherapie gedacht. Alladin wählt KVT als Partner zur Hypnotherapie, weil KVT bereits wissenschaftlichen validiert ist; zudem stellt sie eine Integration von Theorie und Praxis von Psychotherapie und Psychopathologie dar. Das in der allgemeinen Psychotherapieforschung jüngste integrative Vorgehen ist das «assimilative Modell». Hier wird auf eine wissenschaftlich bereits gut verwurzelte «Wirtstherapiepflanze» als Basis eine Therapieform mit weniger Evidenz quasi «aufgepfropft». Dadurch wird ein allfälliger Therapieeffekt gut erkenn- und studierbar. Und die Erfahrung von Alladin spricht offenbar klar für die zusätzliche Wirksamkeit von Hypnotherapie bei KH gegenüber alleiniger KVT. Das vorliegende Buch ist aber keine wissenschaftliche Studie, sondern alltagspraktische Anleitung, wie Hypnotherapie und KVT bei affektiven Störungen gelingen kann. Dass die Kombination von Hypnose mit KVT wirksam ist, erstaunt an sich nicht, können durch Hypnotherapie die unbewussten Aspekte – Ressourcen, Problemursachen und Lösungsansätze – aber auch die Emotionen doch wirkmächtig «an Bord geholt» werden.

Alladin propagiert zudem eine exakte Fall-Formulierung als Vorarbeit und Voraussetzung zur therapeutischen Arbeit. Der Sinn ist, bereits bewährte therapeutische Techniken anzuwenden, statt in einem mäandernden Therapieverlauf eher wahllos mal dies, mal jenes auszuprobieren. Die Evidenz des von Alladin erprobten Vorgehens weist darauf hin, dass ein differenziertes Behandlungskonzept, angepasst auf einen individuellen Patienten, die Erfolgschancen der Therapie erhöht.

Jedes Kapitel in diesem Buch beschäftigt sich entweder mit einem Störungsbild aus dem psychosomatischen Formenkreis oder aber mit der Depression respektive der posttraumatischen Belastungsstörung, und folgt einem detaillierten Schritt für Schritt-Protokoll. Eine Lektion baut auf der vorhergehenden auf und je nach Lektion stellt KVT oder Hypnotherapie den jeweiligen Behandlungsschwerpunkt dar. Es kann der Leserschaft versichert werden, dass sich das Buch nach kurzer Darlegung der Theorie für jeden Hypnotherapie-Interessierten als ergiebige Fundgrube neuer Sichtweisen und Anregungen zu öffnen beginnt. Gerade für in KVT wenig erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte könnte das erhöhte Verständnis der Denkweisen ihrer Patienten der eigenen therapeutischen Ausdauer und der therapeutischen Wirksamkeit förderlich sein. Wenn wir von der Erickson'schen Hypnotherapie her kommen und davon ausgehen, dass das Unbewusste unter geeigneten Bedingungen «allzeit bereit» ist, mag es für uns etwas ungewohnt sein, uns vor Beginn der Therapie ganz bewusst mittels einer doch zeitaufwendigen, detaillierten Anamnese und Differentialdiagnostik kundig zu machen und uns von einem in der Folge manchmal immer wieder anzupassenden Arbeitsmodell leiten zu lassen. Wenn wir uns aber die Mühe machen, die verschiedenen Schrittfolgen in

den Behandlungskonzepten von Alladin durchzuarbeiten, können wir anschliessend auf leichtfüssige Art und Weise im Eigenstudium jeweils kapitelbezogen durch die relevanten Aspekte der KVT vorwärts schreiten.

Alladin macht viele Beispiele und dokumentiert seine Therapieprotokolle. Allein schon den negativen inneren Dialog depressiver Menschen als «toxisches Selbstgespräch» zu benennen, finde ich ausgesprochen einleuchtend. Es motiviert dazu, die unbewussten mentalen Gebetsmühlen von nun an bewusst nur noch in die detoxifizierende Richtung zu drehen. Wertvoll auch die erprobten Hausaufgaben für unsere Patienten, wo die Patienten jenseits von Trance ganz bewusst weiter am Therapieprozess arbeiten können. Wir erleben, wie ein erfahrener Hypnotherapeut denjenigen Teil der Hypnotherapie einsetzt, welcher bereits auf Evidenz basiert. Es ist jeder Hypnose anwendenden Person natürlich freigestellt, ihre eigene hypnotherapeutische Vorgehensweise mit KVT zu ergänzen.

Wie liest man es am besten?

Der Einstieg in dieses reichhaltige Buch gelingt wohl am besten, wenn wir dasjenige Kapitel zuerst lesen, welches uns am meisten anspricht. Ein ausgezeichnetes Kapitel ist das über Depression, ein weiteres, absolut lesenswertes Kapitel handelt die posttraumatische Belastungsstörung breit ab – hier sind es übrigens zwei «Wurzeltherapien», neben KVT auch die sogenannte «imagery rescripting therapy» –, es gibt ein eher unerwartetes Kapitel über psychokutane Krankheiten, eines über chronische primäre Schlafstörung, eines über Sexualfunktionsstörungen und interessanterweise auch eines über Migräne. Wenn man mal bei einem dieser Kapitel angebissen hat, so fällt es einem nicht mehr schwer, das Einführungskapitel über die Fallformulierung konzentriert durchzulesen. In der Tat ist dieses Buch nicht das, was man üblicherweise als Strandlektüre im Liegestuhl anpreisen würde; es ist ein echtes Arbeitsbuch von 249 Seiten mit zusätzlichem breit gefächertem Index zum schnellen Auffinden interessierender Themen. Alladin ist einer dieser bemerkenswerten Forscher und Therapeuten, welche kundige Grenzgänger in verschiedenen Ländern sind: Eines ist die Psychotherapeutische Landschaft, wo sich klinische Hypnotherapie und KVT aneinander schlängeln, ein anderes, eher dünn besiedeltes Grenzgebiet ist dasjenige von Theorie und Praxis.

Der in der Schweiz wenig bekannte Autor verdient es aus vielfältigen Gründen, eine breite Leserschaft zu finden. Wir wünschen ihm, dass sein Engagement gerade auch im Hinblick auf die Verbreitung der Hypnotherapie ergiebig Früchte trägt. Einen Einblick in seine Arbeit ermöglicht sein in diesem Heft abgedruckter Artikel «Evidence-Based Hypnotherapy for Depression». Rasch können wir das didaktische Vorgehen und das gut verständliche Englisch bemerken. Wir erkennen auch, dass sich gerade durch den Tangotanz vom Unbewussten mit bewusstem Denken und Handeln, wo mal der eine, mal der andere Partner die Führung übernimmt, das grosse therapeutische Heilpotential entfalten kann und die Chancen, dass die Grenzen zur psychischen Freiheit endlich überschritten werden können, deutlich zunehmen.

Heini Frick

Georg Milzner

Jenseits des Wahnsinns

Psychose als Ausnahmezustand: Perspektiven für eine andere Psychiatrie

Königshausen und Neumann, Würzburg 2010, ISBN 978-8260-4215-7

Eine spannende Wanderung entlang der Grenzen von Psychopathologie und Normalität, ausgerüstet mit Kartenmaterial aus Psychologie, Medizingeschichte, Kultur- und Neurowissenschaften. Für Neugierige, die gern über den Zaun der eigenen Disziplin blicken.

Eine Ausführliche Besprechung folgt in der nächsten Nummer.

Kai Fritzsche, Woltemade Hartmann

Einführung in die Ego-State-Therapie

Carl-Auer Compact, Heidelberg 2010, ISBN 978-3-89670-745-1

Ein instruktiver, übersichtlicher kurzer Leitfaden, der dieses für verschiedenste Störungsbilder so nützliche Vorgehen überzeugend darstellt. Sehr gut zu lesen und mit anschaulichen Fallbeispielen.

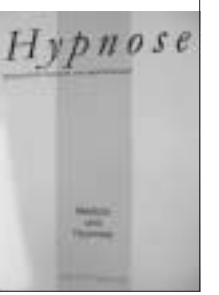
Eine Ausführliche Besprechung folgt in der nächsten Nummer.

Soeben erschienen:

Hypnose – Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, Band 5 (1+2)

Oktober 2010 ISSN 1862-4731

Ein umfangreicher Doppelband mit Artikeln von hochkarätigen Autorinnen und Autoren über zahlreiche medizinische Anwendungsbereiche von Anästhesie bis Zahnmedizin. Zudem spannende theoretische Artikel über neurophysiologische Aspekte sowie Wirksamkeitsforschung und als Schlusspunkt ein wahrhaft atemberaubender Fallbericht über Hypnose im Rettungswagen bei einer Patientin mit Präeklampsie. Macht schon beim ersten Überfliegen Lust aufs Lesen!



■ « Les blessés guérissent mieux grâce à l 'hypnose, selon une étude lausannoise » rapportait l'agence télégraphique suisse le 31 juillet dernier, décrivant à grands trait l'étude remarquable de Mette Berger, Professeur en Médecine intensive adulte au CHUV et ses collègues. Lisons donc les nouvelles: « Les grands brûlés bénéficiant de l'hypnose guérissent mieux, selon une étude menée au CHUV à Lausanne et publiée dans la revue Burns. Vingt-trois personnes gravement brûlées ont bénéfîciés de séances d'hypnose entre mai 2006 et avril 2007, Leurs données ont été comparées à celle d'un groupe de contrôle similaire de patients admis entre 2002 et 2006. Résultats: l'intensité de la douleur et l'anxiété ont été signifîcatiivement réduites, tout comme le nombre d'interventions psychiatriques. Les doses d'opiacés et de sédatifs ont ainsi pu être fortement diminuées dans le groupe test une fois les patients familiarisés avec l'hypnose. Idem pour les interventions douloureuses nécessitant une anesthésie générale, qui ont passé de 95% dans le groupe contrôle à 74% chez les patients hypnotisés. Enfin, la guérison des blessures a été meilleure, comme en témoigne la réduction des greffes de peau constatée dans le groupe test. Un moindre niveau de stress et de douleur pourrait expliquer ce résultat, écrivent les chercheurs. Sur le plan économique, l'étude a mis en évidence une réduction de cinq jours en moyenne par patient du séjour en soins intensifs, et de six jours pour la durée de l'hospitalisation. S'y ajoutent deux anesthésies générales en moins. Conséquence: un patient bénéficiant de l'hypnose coûte en moyenne 17'000 francs de moins qu'un patient standard. La méthode a cependant des limitations et ne constitue pas un traitement standard. Tous les brûlés ne sont pas hypnotisables en particulier les patients âgés, confus ou sous médicaments. »

Clinical studies

Aurora, R.N., Zak, R.S., Auerbach, S.H., Casey, K.R., Chowdhuri, S., & al. (2010).

■ **Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults.**

Journal of Clinical Sleep Medicine, 15(4), 389-401.

Prazosin is recommended for treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)-associated nightmares. Level A. Image Rehearsal Therapy (IRT) is recommended for treatment of nightmare disorder. Level A. Systematic Desensitization and Progressive Deep Muscle Relaxation training are suggested for treatment of idiopathic nightmares. Level B. Venlafaxine is not suggested for treatment of PTSD-associated nightmares. Level B. Clonidine may be considered for treatment of PTSD-associated nightmares. Level C. The following medications may be considered for treatment of PTSD-associated nightmares, but the data are low grade and sparse: trazodone, atypical antipsychotic medications, topiramate, low dose cortisol, fluvoxamine, triazolam and nitrazepam, phenelzine, gabapentin, cyproheptadine, and tricyclic antidepressants. Nefazodone is not recommended as first line therapy for nightmare disorder because of the increased risk of hepatotoxicity. Level C. The following behavioral therapies may be considered for treatment of PTSD-associated nightmares based on low-grade evidence: Exposure, Relaxation, and Rescripting Therapy (ERRT); Sleep Dynamic Therapy; Hypnosis; Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR); and the Testimony Method. Level C. The following behavioral therapies may be considered for treatment of nightmare disorder based on low-grade evidence: Lucid Dreaming Therapy and Self-Exposure Therapy. Level C No recommendation is made regarding clonazepam and individual psychotherapy because of sparse data.

Kohen, D.P. (2010).

■ **Long-term follow-up of self-hypnosis training for recurrent headaches: what the children say**

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58(4), 417-432.

The author sent surveys to 178 consecutive youths previously referred for hypnosis for headaches. The survey sought current status of headaches: treatment, application of self-hypnosis, headache intensity, frequency, duration after self-hypnosis, generalization of self-hypnosis to other problems, and attitudes regarding self-hypnosis and life stresses. Of 134 delivered surveys, 52 were returned complete. Years after treatment, 85% (44/52) reported continued relief with self-hypnosis, 44% (23/52) reported decreased headache frequency, 31% (16/52) noted decreased severity, and 56% (29/52) reported that self-hypnosis reduced headache intensity. Many (26/52) emphasized the value of self-hypnosis to life stresses. In children and adolescents, self-hypnosis is associated with significant improvement of headaches and with an enduring positive effect for many years following training. Results suggest common and spontaneous generalizability of self-hypnosis by young people to modulation of other problems in their lives.

Berger, M.M., Davadant, M., Marin, C., Wasserfallen, J.-B., Pinget, C., Maravic, P., Koch, N., Raffoul, W., & Chiolero, R.L. (2010).

■ ***Impact of a pain protocol including hypnosis in major burns**

Burns, 36, 5, 639-646.

Eitner, S., Bittner, C., Wichmann, M., Nickenig, H.J., Sokol, B. (2010).

■ **Comparison of conventional therapies for dentin hypersensitivity versus medical hypnosis**

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 58(4), 457-475.

This study compared the efficacy of conventional treatments for dentin hypersensitivity (DHS) and hypnotherapy. During a 1-month period at an urban practice in a service area of approximately 22,000 inhabitants, all patients were examined. A total of 102 individuals were included in the evaluation. Values of 186 teeth were analyzed. The comparison of the different treatment methods (desensitizer, fluoridation, and hypnotherapy) did not show significant differences in success rates. However, a noticeable difference was observed in terms of onset and duration of effect. For both desensitizer and hypnotherapy treatments, onset of effect was very rapid. Compared to the other methods studied, hypnotherapy effects had the longest duration. In conclusion, hypnotherapy was as effective as other methods in the treatment of DHS.

Neumitglieder / Nouveaux membres:
Bergstein Zeljko, Dr.med., 3018 Bern
Bernasconi Mauro, Dr.med., 6850 Mendrisio
Bleiber Di Nicola Brigitte, Dr.med., 6010 Kriens
Borgacci Jean-Jacques, Dr. 1202 Genève
Bucher Katharina, Dr.med.dent., 3400 Burgdorf
Clivaz Emanuel, Dr Méd., 1211 Genève
Dvoracek Jiri, Dr.med.dent., 8047 Zürich
Iselin-Chaves Irène, Dr.med., 1222 Vésenaz
Kleeb Bettina, Dr.med., 8041 Zürich
Kurmann Anita, Dr.med., 8121 Benglen
Kurrer Sibylle, Dr.med.dent., 8700 Küsnacht
Mähler Roland, Dr.med., 6006 Luzern
Smaga Daniel, Dr Méd., 1208 Genève

Austritte / Démissions:
Anderegg Thomas, Dr.med.dent., 4313 Möhlin
Frei Peter, Dr.med.dent., 6210 Sursee
Gaugler Urs, Dr.med., 4052 Basel
Hugentobler Christine, lic.phil., 8902 Urdorf
Oberholzer Beat, Dr.med.dent., 4123 Allschwil
Paro Bachmann Sandra, Dr.med.dent., 3011 Bern
Schlatter Silvia, Dr.med., 4058 Basel
Waldmann-Brack Christoph, Dr.med., 4104 Oberwil
Willimann Sibylle, dipl.log., 8006 Zürich

Neue Supervisoren / Nouveaux superviseurs:
Gamba Lucien, Dr Méd., 1205 Genève
Marti Häusler Corinne, Dr.med., 8708 Männedorf
Schekter Michael, Dr Méd., 1012 Lausanne
Smaga Daniel, Dr Méd., 1208 Genève

Neue Fähigkeitsausweise / Nouvelles Attestations de Formation Continue en hypnose médicale - AFC:
Iselin-Chaves Irène, Dr Méd., 1202 Genève
Trehern Caroline, Dr Méd., 1003 Lausanne

Aus- und Weiterbildung

Spezialseminare in Zusammenarbeit mit der ghyps ■ «Applying Hypnosis in Strategic Psychotherapy», vom 30. September bis 2. Oktober 2011 in Bern. ■ Weiterbildungskurse in Basel für Zahnärzte und Ärzte, welche sich mit den gleichen Problemen auseinandersetzen (zum Beispiel Anästhesie, Chirurgie) Details siehe Anzeigen Seite 38/39.

Zahnärzte

ZAUKO ■ Die bisher in der ZAUKO zusammengefassten VertreterInnen der Zahnmedizinischen Fachgruppe trafen sich in diesem Jahr unter der neuen Leitung von Professor Christian Besimo zu drei arbeitsintensiven Sitzungen, um die zahnärztliche Hypnose innerhalb der SMSH wieder zu beleben und weiterzuentwickeln. So wurde das Konzept der Weiterbildungskurse, basierend auf einer in diesem Jahr unter den Mitgliedern durchgeführten Umfrage grundlegend überarbeitet und gezielt auf die Problemstellungen und Bedürfnisse der zahnärztlichen Praxis ausgerichtet. Die Ausschreibung der neuen Weiterbildungskurse 1 und 2 für das nächste Jahr 2011 ist bereits erfolgt.

Weiter wurde ein Reglement zur Hospitation in Praxen von ZahnärztInnen mit Fähigkeitsausweis, SupervisorInnen und AusbildnerInnen sowie zur Supervision in eigener Praxis durch die oben genannten ExpertInnen erarbeitet. Nach Abschluss der gegenwärtig laufenden Rekrutierung der ExpertInnen werden aller Gesellschaftsmitglieder über diese neuen Dienstleistungsangebote informiert werden.

Mit dem Fernziel einer Anerkennung unserer Fachgruppe durch die Schweizerische Zahnärztegesellschaft SSO wurden bereits erste Gespräche mit deren Zentralvorstand aufgenommen. In diesem Zusammenhang findet gegenwärtig auch eine Überarbeitung des Reglementes zur Erlangung des Fähigkeitsausweises sowie, in Anlehnung zum Prozedere für ÄrztInnen, die Ausarbeitung eines Geschäftsreglementes zum Fähigkeitsprogramm statt, über deren Ergebnis nach Abschluss der Arbeiten ebenfalls informiert werden soll.

Ein Pflichtenheft für die Tätigkeiten der Zahnmedizinischen Fachgruppe befindet sich ebenfalls in Vorbereitung. Schliesslich ist die zahnmedizinische Fachgruppe auch bemüht, eine stärkere Vernetzung der Regionalgruppen anzuregen, um den fachlichen Austausch zu beleben. Eine weitergehende Information zu den genannten Aktivitäten wird an der Generalversammlung der SMSH

in Balsthal erfolgen. An dieser Stelle sei allen Kolleginnen und Kollegen, die dieses intensive Jahr aktiv mitgetragen haben, ganz herzlich gedankt.

Christian Besimo

Nouvelles de Romandie

■ Le Groupe Genevois pour l'Hypnose Hospitalière propose de nouveau un cours d'introduction à l'hypnose de 10 hh (5 x 2 h) sous l'égide du Service d'accueil, d'urgences psychiatriques et de psychiatrie de liaison (Pr Antonio Andreoli) et du Service d'anesthésiologie (Pr François Clergue), HUG.

Ce cours s'adresse à tous les médecins et psychologues du service publique et du privé sur le canton de Genève.

Responsables de la formation : *Nicole Cuddy,* psychologue et psychothérapeute FSP, consultante à l'Hôpital des enfants, HUG. Formatrice SHYPS. *Dr Alain Forster,* anesthésiste FMH, ancien médecin adjoint agrégé au service d'anesthésiologie, HUG. Formateur et superviseur SMSH et SHYPS. *Dr Denis Rentsch,* médecin psychiatre et interniste FMH, chef de clinique SPLIC, HUG. *Dre Nicole Cheseaux,* anesthésiste FMH, cheffe de clinique au service d'anesthésiologie HUG. AFC hypnose clinique SMSH.

■ Conseil de Fondation d'IRHYS, Institut Romand d'Hypnose Suisse: Stefano Colombo a démissionné du Conseil. Le représentant de la SMSH, membre statutaire du Conseil de Fondation, devrait être présenté après l'assemblée générale de la SMSH en novembre de cette année.

Stefano Colombo

News dal Ticino

■ Gruppo di supervisione con Stefano Colombo, Nicolas Bonvin e Cornelia Klauser. Prossimo incontro 21.9.2010 a Bellinzona Viale Stazione c/o Dr Carlevaro. Successivo il 23.11.2010, stesso luogo

Clin d'oeil

Si vous voulez… ■ Je viens de commencer à écrire ces quelques lignes et, si vous voulez, je poursuis l'exercice autour d'une phrase qui, souvent, vient égayer les séances de thérapie cassant la monotonie d'un discours déjà connu d'avance.

Pour certains thérapeutes, le contenu des séances est, si vous voulez, comme pré imprimé. Les plus sympas parlent de «la même rengaine».

Je crois, si vous voulez, que les patients ne sont pas de bonne foi. On peut presque affirmer qu'ils font semblant d'être vrais, sincères et honnêtes. Bref, le malheur aurait l'empreinte de la tricherie. Et plus c'est faux, plus on en rajoute, un peu comme chez le boucher: – encore une tranche? – si vous voulez, allez-y!

A propos de tranches, c'est quand les patients commencent à raconter des tranches de bonheur que, si vous voulez, la plupart des thérapeutes doutent du bien-fondé des dires de leurs clients. C'est alors le début d'une guerre déclarée: d'une part, le patient qui affirme son mieux-être, de l'autre, le thérapeute jurant que ce n'est que passager, qu'il faut attendre pour voir. La question est, si vous voulez : «voir quoi?»

Chacun y va de ses arguments et , si vous voulez, la bataille peut faire rage pendant plusieurs séances. Elle prend alors l'allure d'une série télévisée, telle une «telenovela» qui, chaque semaine, garantit un match nul afin que la série dure le plus longtemps possible. Cela se passe, si vous voulez, au grand avantage sinon du repos, au moins du portemonnaie du thérapeute.

Le plus étonnant est que, si vous voulez, chacun semble y trouver son compte. Concrètement, le thérapeute peut se permettre de fixer son agenda pour les prochains mois ce qui facilite grandement la planification de ses congés et, surtout, de ses vacances; le patient peut dormir tranquille dans l'espoir que quelque chose pourra changer dans un futur indéterminé sans que cela ne change aucunement dans le présent. Cette particularité donne à l'entourage un répit bien mérité; en effet, il n'est pas soumis de façon impromptue au stress de devoir faire face au changement.

Vu de l'intérieur, nous pouvons, si vous voulez, nous demander pourquoi la médecine ne propose pas de remède plus rapide et plus simple pour une

histoire, par exemple, de dépression qui, somme toute, est assez banale et répétitive.

Vous conviendrez , si vous voulez, que c'est souvent en faire tout un plat pour pas grand-chose. Un brin de tristesse, un peu de perte d'appétit, un zeste d'idées noires, une bonne dose de fatigue et, surtout, un disque rayé de lamentations et de plaintes et le tour est joué.

Certaines personnes, si vous voulez, font le maximum pour faire croire que c'est l'anxiété ou l'angoisse qui empoisonne leur vie. Elles ne prennent pas le temps de dire bonjour dans la salle d'attente, qu'elles s'exclament aussitôt que cela ne va pas du tout. Elles commencent alors un récit, sans fin, de symptômes neurovégétatifs: du cœur qui bat vite aux fourmis dans les mains ou à la respiration sans souffle – oui! oui! – la respiration sans souffle! Etonnant, non?

Je vous assure que l'imagination des patients est, si vous voulez, sans borne dans l'effort de répéter la même chose, comme si les thérapeutes n'avaient rien d'autre à faire qu'écouter leurs patients.

Dans l'infinie variété de ces derniers, il y a, si vous voulez, ceux qui viennent en urgence après avoir exprimé leur désarroi au téléphone. Ils l'ont si bien fait que même le thérapeute le plus expérimenté ou le plus endurci cède à l'appel et libère aussitôt une heure de rendez-vous; et tant pis si c'est déjà huit heures du soir. Une urgence est une urgence, voyons!

Un exemple de ces premières consultations est, si vous voulez, celui de la femme qui arrive donc le soir, avec dix minutes de retard, avec l'imparable justification qu'elle devait ranger la cuisine avant de quitter le domicile sinon son mari serait entré dans toutes ses furies menaçant, une fois de plus, de quitter le domicile non sans avoir démoli l'appartement, voire quelqu'un, avant de claquer la porte. «Et, puis, vous savez Docteur, c'est pour les enfants…».

Ensuite commence, si vous voulez, un récit ininterrompu et interminable : le mari boit depuis bientôt dix-neuf ans et, depuis lors, c'est l'enfer à la maison avec cris, scènes de ménage et, bien souvent, des coups. Bref, ce soir c'en était trop. Pourquoi ce soir? Parce que!

Vous admettez, si vous voulez, qu'il faut au thérapeute une bonne dose de patience et qu'il a intérêt à se répéter, en son for intérieur, le serment d'Hippocrate qui l'oblige à soulager la souffrance de son prochain et patati et patata. Ainsi, vers neuf heures et demie du même soir, l'urgence de dix-neuf ans peut être suspendue jusqu'au prochain rendez-vous.

Et il se trouve toujours des thérapeutes qui, si vous voulez, acceptent de donner de tels rendez-vous dans l'espoir, à peine feint, de sauver une famille; c'est un peu comme le lecteur, si vous voulez, qui continue à lire un article qui ne l'intéresse pas ou qui, malgré des opinions franchement contraires aux siennes, voire même malhonnêtes et tout simplement inacceptables, poursuit la lecture dans l'illusion d'y dénicher un quelconque intérêt.

Oh! Il y a même des lecteurs, si vous voulez, qui insistent et reprennent l'article dès le début avec la ferme conviction que l'auteur exprime le fond de sa pensée entre les lignes, que la signification est au deuxième degré, qu'il n'y a que les ignorants pour ne pas comprendre la subtilité du texte en question. Oui, oui! Il y a des lecteurs coriaces et sans pitié.

C'est vrai, si vous voulez, que je dévie du contenu initial de cet article et je me permets des libertés qui n'en sont pas. C'est un peu à l'image de ces patients qui laissent au thérapeute une grande liberté insistant sur la possibilité qu'il a de choisir ce qui bon lui semble, et cela à chaque phrase ou presque.

Ce sont, si vous voulez, des patients très – comment dire? – très gentils, pour le dire simplement, se contentant, si vous voulez, d'exprimer leur souffrance en s'excusant de le faire et de la subir, laissant le thérapeute seul responsable de la poursuite de leur état.

C'est le sort ou la finalité de cette petite phrase qui, si vous voulez, réussit tout le long d'une thérapie à maintenir les choses telles quelles et à s'intercaler à chaque énoncé lors des séances suivantes.

Elle ressemble au lecteur qui, aussitôt arrivé à la fin de cet article, se sent si courageux, voire téméraire, qu'il en reprend, si vous voulez, la lecture dès le début.

Admettons qu'il en vaut peut-être la peine, à condition que…

Stefano Colombo, Carouge
colombo.s@bluewin.ch

Reproduction avec l'aimable autorisation des Editions Métawalk, 77210 Avon, France, texte paru dans la revue «Hypnose & Thérapies Brèves» où l'auteur écrit régulièrement dans la rubrique Quiproquo.

CALL FOR PAPERS

If you would like to present a Paper in the Scientific Program, please submit a 20-line abstract together with your completed Registration Form by December 15, 2010 Abstracts should also be sent to: **cetin.kaleli@hypnosis2011.com** or **registration@hypnosis2011.com**

	PROGRAMS	BY JULY 15, 2010	BY JANUARY 15, 2011	BY JUNE 15, 2011	ON SITE (IF AVAILABLE)
5 DAYS FULL PROGRAM	WORKSHOPS + SCIENTIFIC PROGRAM (16-20 / 08 / 2011)	Euros 400	Euros 450	Euros 480	Euros 550
DAILY TICKETS	Euros 150	Euros 150	Euros 150	Euros 150	Euros 150	Euros 150
ACCOMPANYING PERSONS	Euros 80	Euros 80	Euros 80	Euros 80	Euros 80	Euros 80

All fees are lunch free, coffe breaks, welcome cocktail and tax included

REGISTRATION FORM Please, send it by fax to +90 212 283 13 32 (Scala Tourism-Official Congress Organizer)

Neumitglieder / Nouveaux membres

Fricker Franziska, Psychologin FSP, 4055 Basel
von Grünigen Regula, Dipl. Psychologin, 3780 Gstaad
Heynen Franz, Sozialarbeiter FH und Psychotherapeut SGS, 4522 Rüttenen
Zimmermann Monika, Psychologin FSP, 5332 Rekingen

Austritte / Démissions

Bachmann Eva, Dr. phil., 4052 Basel
de Courtis Nadia, F-01220 Divonne-les Bains
Gaugler Urs, Dr. med. , 4052 Basel
Perren-Klingler Gisela, Dr. med., 3930 Visp

Änderungen im Vorstand

Rücktritt aus der Arbeitsgruppe Werbung AGW:

lic.phil. Anita Schär, 5400 Baden (per 31.12.2010)

Die Adressen aller Vorstands- und Kommissionsmitglieder finden Sie auf der vorletzten Seite oder auf www.hypnos.ch/Organe.

Vous trouvez les adresses des membres du comité shyps et des commissions sur l'avant-dernière page ou sur www.hypnos.ch/organe.

Zertifikate

Es konnten folgende Personen ihr *Zertifikat als Therapeut/in ghyps/shyps* entgegennehmen:

Dr. phil. Yvonne Lude-Sigrist, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP
Dr. phil. Peter Lude-Sigrist, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Zertifizierung zur ghyps-Supervisorin:

lic. phil. Franziska Bubb

Eine neue Adresse für das Sekretariat ■ Das neue Gesicht im ghyps-Sekretariat seit dem 2. August 2010: Carmen Beutler. «Als ehemalige Absolventin der Wirtschaftsmittelschule Bern freue ich mich besonders auf diese neue, interessante und vielseitige Aufgabe als Sekretärin der ghyps. Nebst meiner Tätigkeit als Familienfrau arbeite ich zu 30% als Abteilungssekretärin im Inselspital Bern. Ich bin verheiratet; wir haben zwei Töchter in einem etwas schwierigen Alter von bald 12 und 15 Jahren.

Fremdsprachen sind seit mehr als zwanzig Jahre mein Hobby. Gleich welche Sprache Sie sprechen, Sie können sich für ihre Anliegen und Wünsche gerne an mich wenden.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Daniela Bossard ganz herzlich für die sehr gut vorbereitete Übergabe des Sekretariats danken. Ich wünsche ihr alles Gute in der neuen Ausbildung als Erzieherin HF. Ein grosses Dankeschön auch an alle anderen Kontaktpersonen für die herzliche Aufnahme in der ghyps!»

Carmen Beutler

Une nouvelle adresse pour le secrétariat ■ Depuis le 2 août 2010 le secrétariat de la shyps a un nouveau visage: Carmen Beutler. «Comme ancienne étudiante de la Wirtschaftsmittelschule Bern je me réjouis beaucoup de ce nouveau travail intéressant et varié comme secrétaire de la shyps. En outre de mon travail comme femme au foyer je travaille à 30% comme secrétaire de division à l'Hôpital de l'Ile à Berne. Je suis mariée et nous avons deux filles dans un âge un peu difficile de presque 12 et 15 ans.

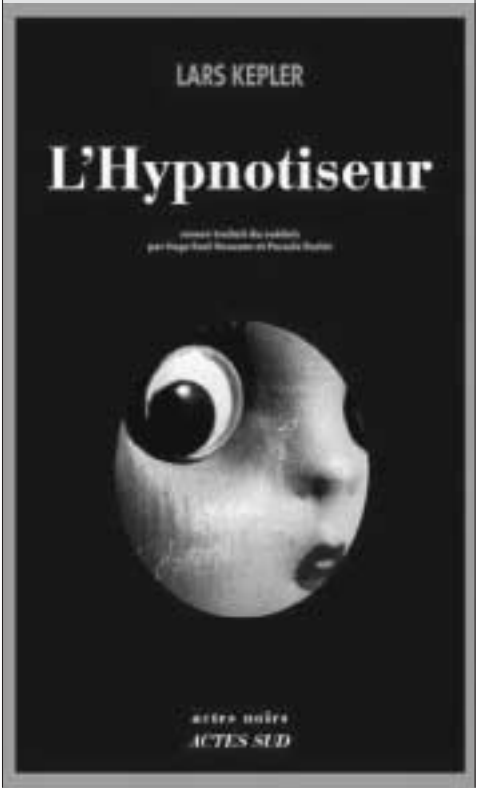
Les langues étrangères sont mon hobby depuis plus de 20 ans. Peu importe la langue que vous parlez, vous pouvez vous adresser à moi pour vos requêtes et désirs.

J'aimerais profiter de cette occasion pour remercier de tout cœur Daniela Bossard de cette transmission très bien organisée. Je lui souhaite tout le bien dans sa nouvelle formation d'éducatrice HF. Un grand merci va aussi à toutes les autres personnes qui m'ont souhaité un bienvenu chaleureux au sein de la shyps!» *Carmen Beutler*

Peter und Yvonne Lude-Sigrist ■ Wir freuen uns sowohl über die Aufnahme in die, als auch über die Zertifizierung durch die ghyps. Vor zwölf Jahren schlossen wir unsere erste Ausbildung in kognitiv-behavioraler Psychotherapie mit interpersonalem Schwerpunkt an der Universität Bern (Prof. Grawe) ab. Der personzentrierte Ansatz begleitete uns seit den Tagen unseres Studiums in Form zahlreicher Fortbildungen. Nach erfolgten Dissertationen über die Verarbeitung von Querschnittlähmung erweiterten wir unsere Erfahrungen durch die Ausbildung in klinischer Hypnose: Yvonne als gelernte Physiotherapeutin über die Verbindung von Feldenkrais zu Erickson und Peter vor allem über seine Erfahrung mit Querschnittlähmung. Wir führen beide eine eigene Praxis. Peter ist zudem als Dozent für Rehabilitationspsychologie (zhaw) sowie in nationalen und internationalen Forschungsprojekten tätig.

Trop E. M. Barké, ou complètement débarqué ?

Erik Maria Bark, un psychiatre spécialisé dans le traitement des chocs et traumas aigus, a longtemps été l'un des rares véritables experts de l'hypnose médicale. Jusqu'au jour où une séance d'hypnose profonde a très mal tourné. Sa vie a frôlé l'abîme et, depuis, il a promis de ne plus jamais hypnotiser. Dix années durant, il a tenu cette promesse. Jusqu'à cette nuit où l'inspecteur Joona Linn…



Ein Gemeinschaftsprojekt / un projet commun de ghyps/smsh

Vom 30. September bis 2.Oktober 2011 in Bern
Du 30 septembre au 2 octobre 2011 à Berne
«Applying Hypnosis in Strategic Psychotherapy»

Workshop mit Michael Yapko, Ph.D., M.H.Erickson Institute, San Diego
Schüler von Jay Haley, dem Meister der strategischen Therapie
compagnon de Jay Haley, pionnier de la psychothérapie stratégique

Michael Yapko is a Fellow of the American Society of Clinical Hypnosis, recipient of *The Milton H. Erickson Lifetime Achievement Award* (2007) and honoured with many awards of several very famous societies of clinical hypnosis. Also, Michael is an international expert in treating depression:

Am ESH Kongress in Wien 2008 hatte Michael eine hervorragende packend-praxisnahe Präsentation zum Thema: **Hypnosis and Positive Psychology: Implications for Treating Depression and Overcoming Trauma** angeboten!
Au congrès de l`ESH à Vienne au 2008, Michael a donné un séminaire au sujet* ***Hypnosis and Positive Psychology: Implications for Treating Depression and Overcoming Trauma*** *avec d`excellentes feedbacks !

Workshop Topics in Bern 2011: Applying Hypnosis and Directives in Strategic Psychotherapies (Abstract of Michaels workshop description):
This 3-days course will provide many insights into the dynamics of integrating patterns of hypnosis with the score skills of effective psychotherapy. This workshop will be not only a training in the dynamics of applying hypnosis skillfully, it is also a training in learning to think and intervene strategically. Participants will observe a live, unrehearsed clinical demonstration to provide the opportunity to observe the process of interviewing for key patterns that regulate a client`s symptoms, then organizing and providing a structured hypnosis session designed to alleviate those symptoms. As further workshop learning objectives, participants will learn to develop therapeutic sequences for the unfolding in the therapy process and to integrate hypnosis with other empirically supported psychotherapeutic approaches. The workshop will be structured flexibly to allow for practice sessions, discussion, and question-and-answer sessions.

Ort /lieu /Dates: Bern, 30.09. – 02.10.2011
Conditions: Health professionals who have had previous formal training in hypnosis. Participants must have previous experience in performing hypnotic inductions and facilitating hypnotic phenomena. This is not a beginning level course.
Registration Deadline: 01.06.2011 **Registration/Inscription:** www.hypnos.ch
Kosten/Coûts: CHF 700.- (Mitgl./Membres) / 750.- (Nicht-Mitgl./Non-Membres)
Sprache/Langue: english (bei Bedarf Uebersetzung/traduction si necessaire). Michael speaks a clear, comprehensible english !
Attention: Early bird-Rabatt/Rabais for registration until to the 30.09.2010: CHF 650.- (Mitgl./Membres) / 700.- (Nicht-Mitgl./Non- Membres
Information: T. Villiger, Psychotherapeut FSP, Murtenstrasse 26, CH - 2502 Biel/Bienne. thomas.villiger@psychologie.ch / +41 (0)32 322 80 89

Weiterbildungskurse in Basel für Zahnärzte und Ärzte, welche sich mit den gleichen Problemen auseinandersetzen (zum Beispiel Anästhesie, Chirurgie)

Kursbeschreibung Seminar 247: WZAZ 01

Freitag, 8. April 2011, 10.15–18.15 Uhr:
Einführung zur Hypnose in der Zahnarztpraxis, Dokumentation und Forensik, verbale und nonverbale Kommunikation, Selbsthypnose

Samstag, 9.4.2011, 9.00–17.00 Uhr:
Hypnose in der Angstbehandlung, hypnotische Interventionen bei Würgreiz und Notfallsituationen

Referenten: Dr.med. Katalin Bloch, Dr.med. Christine Glauser, Prof. Dr.med.dent. Christian Besimo, Dr.med.dent. Piero Dillena, Dr.med.dent. Fredy Hack

Kursbeschreibung Seminar 248: WZAZ 02

Freitag, 9. September 2011, 10.15–18.15 Uhr:
Erfahrungsaustausch zu Anwendungen aus Seminar 247, Psychosomatik und Hypnose, Patientenführung (Pacing, Leading), Umgang mit nicht erwarteten Reaktionen bei Hypnose

Samstag,10.9.2011, 9.00–17.00 Uhr:
Erkennen der eigenen Grenzen bei der Hypnosebehandlung, Umgang mit eigenen Ängsten, komplexen Behandlungssituationen und problematischen Interaktionen zwischen Arzt und Patient

Referenten: med.dent. Zsuzsa Forter, Dr.med. Marcel Bühler, Dr.med. Christian Ziegler

Teilnahmebedingung: absolvierte Grundkurse
Seminargebühren: pro Kurs à 2 Tage: Mitglieder CHF 600.–, Nichtmitglieder CHF 700.– Stundenten, Assistenten und *Jungärzte: CHF 500.– (*ab Jahrgang 1971, Praxiseröffnung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Seminarbeginn, Nachweis)
Kursort: Hotel Bildungszentrum 21 AG, Missionsstrasse 21, 4003 Basel, Tel. 061 260 21 21, e-mail; info@bildungszentrum-21.ch
Übernachtungen: Individuelle Anmeldung direkt beim Hotel Bildungszentrum mit Bezugnahme auf das SMSH-Seminar. Einzelzimmer CHF 125.– inkl. Frühstück. Bezahlung bei Abreise direkt beim Hotel
Parkplatz: Parkplätze sind vorhanden zu CHF 9.– pro Tag
Seminaranmeldung: Online oder beim Kurssekretariat SMSH,. Vreni Greising, Dorfhaldenstr. 5, 6052 Hergiswil, Tel. 041 281 17 45, Fax: 041 280 30 36 www.smsh.ch / e-mail: info@smsh.ch

Waking Hypnosis, hypnotic inductions and self-hypnosis

A Teaching Seminar with Dr. Sidney Rosen MD May 21.–22.2010, New York

Marcel Bühler

Summary ■ **As author of the book «My Voice Will Go With You – Teaching Tales of Milton Erickson» Dr Sidney Rosen MD is one of the grand old men in the tradition of Ericksonian hypnosis. In 2007 he had been invited for a seminar at the Rigi and Simone Nunes-Düby proposed and organized a seminar in New York with participation of Martin Schmid, Fredy and Jolanda Emch, Zejlko Bergstein, Andreas Luethi, Susan Balogh, Stanley Safier, Marcel Bühler and of course Simone Nunes-Düby. The topics were an introduction into the values in philosophy of Ericksonian hypnosis, hypnotic inductions, waking hypnosis and self-hypnosis. The following is an excerpt of Sidney's teaching.**

Why are we here? Why do we use hypnosis? Patients have great expectations, they want to learn something new. As therapists we need to listen, keep quiet. We should not interfere with the patients ability to go into a receptive state. Hypnosis is not a therapy by itself. Now what is the nature of hypnotic trance? Trance is not a state of beeing asleep, unconscious, under. It need not involve relaxation, even though most of us use it at a time to elicit a receptive state. Trance is a state of hypersuggestibility. A person in hypnosis tends to be more responsive than usual to suggestions or influence from a hypnotist or, with self-hypnosis, from himself or herself. The latter includes expectations and «self-talk». If the suggestions are designed to focus attention it will tend to be focused on a designated object or mode of experience or thinking. And, of course, in a trance one can be more in touch than usual with what we call the Unconscious Mind. In fact, Erickson's last definition of hypnosis was that «hypnosis is the evocation and utilization of unconscious learnings».

How then can we enter, or help someone enter, into a trance? Pay attention to one thing.

I may suggest to a group of people that they touch something and focus on the sensation of touch, that they look at something and focus on the image, that they recall a smell, such as the smell of cut lemon or apple, the taste of the fruit, that they make a sound and focus on listening to the sound.

Now you can go into as deep a trance as you want and utilize your trance for a useful purpose and enjoy a feeling of deep calm and peace. In this state, suggestions will be followed so long as they go syntonic, that is, in keeping with the subjects values and goals.

After these preliminary information Sidney Rosen asked someone to volunteer for a **demonstration of some induction techniques and hypnotic responses:**

Eye catalepsy

Well, could you give me a dime? The volunteer looks for and finds a coin, gives it to Sidney who is standing in front of him. *Stare at that coin, it's coming closer and closer until your eyes eventually will close. And as they close, your eyelids are stuck together, like glued together, you can't open them. And you can go as deep in a trance as you want to* (eye fixation, convergence, Bells's phenomenon). *And with your eyes closed, you can imagine your eyelids. You may see shadows. You may see some light here or there. You may see patterns and lines. You may see some colors... but it really doesn't matter whether you see anything at all...Because the important thing is that you are focusing attention on one thing...on your eyelids.*

Ideomotor response – finger signals

If I may ask you a question, and your answer will be yes your right thumb will move, if your answer is no, your left thumb will move

Dr. Sidney Rosen

Power breathing

Breathe in through your nose – confidence, – doubts, anxiety, fears, And while you are breathing you feel more and more comfortable, so relaxed, deeper and deeper. Focus on what you feel, your perceptions of what is good and useful for you, the conscious mind often doubts, the unconscious knows more than you know.

Arm catalepsy

Sidney picks up the volunteers arm: *make it stiff, from the shoulder, it moves in circles, until it takes rest at some point. Use your trance for any useful purpose you may imagine. Your unconscious mind is holding your arm, isn't it interesting?*

Deepening

As you go deeper and deeper you may use the image of steps going down, a staircase, or an elevator. If you would like to go deeper into your trance, keep close track of any phenomenon that interests you, anything that is in forefront of your consciousness, and your curiosity will draw you deeper and deeper into your trance.

Age Regression

Go back to that age, may be before you were ...years old...feel, think like you were that age, where are you now?

Age Progression

Go ahead to the future, 1 one year, 2 years, 10 years from now, 50, 60, 70 years old, the day you die, how old are you? (Ask patient first, if he/she wants to go to the future)

Change of Perception

Give a candy, any flavor (this was orange), *tell it to be cinnamon, or chocolate*. Erickson asked a patient with fear of heights to climb Squaw Peak an told him it was flat, and to run seeing only 2–3 feet in front of you being flat, it is much easier to run on the flat than uphill.

Time distortion

Sidney recalled a night he didn't sleep enough, so he suggested himself in self-hypnosis that one minute of relaxation corresponds to one hour of sleep; after five minutes waking up refreshed of five hours of sound sleep. Similarly one can suggest: *With eyes closed, visualize a clock at 12; then imagine movement of the clock hand to 1,which equals one hour of sleep. Then move the handle to 2, then 3 for 2 hrs, 3hrs of sleep, continue to 4,5,6, go to 8 for 8 hrs of restful sleep. – This feeling of relaxation shall be with you all day.*

Dissociation

Now it's time for coming back as I am counting back from 20 to one. On the count of one come out of trance only from your neck up, remaining in trance from the neck down. 20, 19, ...one! now open up your eyes and move your head, isn't it interesting? (pause) *Now take a very deep breath, close your eyes and then come back out of your trance completely, eyes wide open, wide awake and refreshed.*

Reorientation

Is there anything you want to share with us? Only what you would tell strangers. (Therapist should not be nosy)

Handshaking induction (new demonstration)

It is an ideomotor response, based on touch and suggestions Sidney stands in front of the sitting volunteer. He takes her hand as for a handshake, but not releasing right away: to the group: «notice how much tension is in the partners hand, if there is lit-

tle tension stretch out the arm to make it more stiff. Then press with single fingers of your right hand sequenttially at different places of the partners hand (side and back), one spot at a time (spot pressures), while continuing to hold the hand. This is confusing and distracting to the other person. When hand-arm catalepsy starts, use your left hand to touch the back of the hand, then the lower arm, then the elbow. Use a single finger of your left hand as a fulcrum to bend the elbow. Slowly release your left hand, then your right hand, when you feel that it holds itself up and will stay up, saying: *isn't that interesting?. As your hand is slowly moving toward your face, you can close your eyes*. Then put some pressure on the arm to lower it, saying: *going deeper, and deeper, and when your hand touches your thigh, you can go as deep into xour trance as you wish, and you can use your trance for any useful purpose*. If there is no re,sponse to hand levitation, go ahead and do the reverse, saying: *your arm is getting heavier and heavier, and your arm is not going all the way down to your thigh until you enter a deep(er) trance*».

Handball technique by Ernest Rossi (new demonstration)

Sidney asked one of us to volunteer and recall a dream. Before we start, you may want to remember the ideomotor responses, finger signals for yes and no. In this demonstration we use **hands apart–hands together** as ideomotor responses. *If your unsconscious mind accepts, you will put your hands apart in front of you, like holding a handball. Now your eyes are still open watching your hands, then say to yourself or think: if I am ready to go into trance and ready to concentrate on a part of my dream, my hands will move together. If I need to do something first before I am ready, before I can get some understanding, my hands will go apart. Your eyes may close, if you need to close them to be ready. Now watch and wait. Focus on any emotion, feelings and thoughts that may emerge and your curiosity will bring you deeper into trance. Take your time and trust your unconscious mind.* Note to the therapists: if nothing happens for some time, the therapist may say: *if you cannot do, I will do.* Then follow with some suggestions such as: *you may have to review all the successes you have had in the past to increase your self- confidence. Let your eyelids close, maybe your eyelids will close, if you need to close them to be ready.* Volunteer: «At first I didn't recall a dream and I wanted to go into a time progression anticipating my retirement when suddenly out of the blue I remembered a dream that I had years ago. My father had died more than 30 years ago from a sudden heart attack. In the dream I met my father sitting outside a pub having a beer or wine. He was intently looking at me, like if he was going to ask me an important question or expecting an answer from me. I felt sad, regretful and sorry from him? For me? Like struck by lightning- heureka- I knew the answer, that I had been looking for for years: thank you father, thank you so much for what you did for me. With this insight my sad feelings changed to positive feelings of gratefulness, maybe that at that moment my hands/fingers got in touch. Quite an impressive experience!» Sidney: *Out of trance, you may keep, what is useful for you.*

Top dog – under dog technique

Top dog: *Imagine yourself beeing on top o a mountain, top of the world and saying to yourself: I am superior, the most powerful and the most intelligent person. Im am stronger, wiser, smarter than anybody, the most knowledgeable, the cutest and it is allright for me to be like this. So I am able to help people, instruct people. Now how does my body feel, How is my breathing? With these perceptions I press down my right foot.*

Under dog: *I am down, feel so low, I am stupid, everyone can see all my failures, everyone else is smarter, I am useless, and it is allright for me to be like that was. So I can accept help, I can learn, I am modest. Now how does my body feel, how is my breathing? With these perceptions I press down my left foot. Now I alternate top dog and under dog several times every 3-4minutes of talking time in silence being aware of the difference (anchoring). I do this several times before I press down both feet at the same time (collapsing anchors)*

Variation: Margaret Mead Technique: *everyday I give myself 5 minutes of depression (the rest of the time I am doing something else)*

Walking variation

Walking uphill I concentrate on my right foot and what is upsetting me, what is bothering me. Walking downhill I concentrate on my left foot and what I like to do, what makes me feel happy, what I enjoy. While I am walking I can alternate these feelings and stand on both feet.

Switches

Images like other mental inputs as colors and words, tone of voice, spatial perceptions, smells, or touch sensations, can be utilized as «switches», so that focusing attention on them will evoke a particular state of mind. If this state is a desired one, we could call it positivestate, and the switch would be called a positive switch. If the state is not desired, we can call it a negative state and identify the negative switch or switches that evoke it. Negative switches are often easy to identify in phobias, anxiety reactions and depressive reactions as well as the bodily responses that we call «psychosomatic» .

Early learning set induction

I'd like to remind you that many of the things you now do automatically once required conscious mental effort. For example, you don't remember how you first learned to read and write, but just to tell the difference between the letter «a» and the letter «o» was a difficult task… and how do you put together a straight line and a little circle to form a «b» or a «d» or a «p» or a «q» , and are there two bumps on the «m» and three on the «n» or are there two bumps on the «n» and three on the «m» ?… And you learned to write all of those letters... you learned to write them automatically. And there are so many things you do automatically. You walk automatically. You talk automatically… And you can go into trance automatically… simply by letting your eyelids close… the next time I say the word «now».

Optimism and the wisdom of the unconscious

Sidney is quoting Erickson, expressing his belief, that there was always something constructive even in the most desperate situation, as in the following indirect hypnotic induction: *In my way of living, I often like to climb a mountain. I always wonder what's on the other side. On my side of the mountain may be meadows, hills, rivers and on the other side, there may be a desert, dark an foreboding. And I would know that however harsh and foreboding a desert was, I would alway find something there of interest to me.*

Waking Hypnosis – Self-Hypnosis

Sidney mentions the importance of daily routines, automatisms, rituals, like «every room has a special spot» (Carlos Castaneda). What makes a difference of doing things in the same location, at the same time? *Particularities are what matters, not generalities. Always look to learn something new, rather than to reminisce only about the old. Always watch for your progress in learning something new.*

■ Thank you Sidney for your interesting teaching seminar. We are impressed by your optimism and your experience that you shared with us in the most friendly atmosphere. Thanks to Simone Nunes-Duby for organizing the seminar and her valuable notes and transcription of a former seminar at the Rigi on 20–22 September 2007.

Bibliography by Sidney Rosen

1) *My voice will go with you – teaching tales of Milton Erickson*, Norton 1982
2) *The values and philosophy of Milton Erickson. Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy.* in Jeff Zeig, ed. proceedings of the second international congress on Ericksonian hypnosis and psychotherapy. Brunner and Mazel,1984 as an adjunct to chemotherapy in cancer, in Jeff Zeig, ed. Ericksoninan psychotherapy Volume II 1985
4) *One thousand induction techniques and their application to therapy and thinking. Ericksonian methods: the essence of the story.* Jeff Zeig ed Brunner and Mazel 1994

Im Kongresskalender werden nur Veranstaltungen angekündigt, die in Zulassungsbedingungen und Inhalt dem ethischen Code der ISH entsprechen. Für Details bitte die entsprechenden WebSites www.smsh.ch / www.hypnos.ch / www.irhys.ch konsultieren.

Nous ne publions dans le calendrier que des cours et des congrès conformes au code éthique de la ISH. Pour des informations ultérieures veuillez consulter les sites respectifs www.smsh.ch / www.hypnos.ch / www.irhys.ch

Datum/Date, Ort/Lieu	Info	Titel/titre, ReferentInnen/instructeurs
Monthey: Session 5: 14–15 janvier 2011 Session 6: 18–19 mars 2011 Session 7: 13–14 mai 2011 Session 8: 23–24 septembre 2011	IRHyS	**Formation en hypnose médicale et thérapeutique** SMSH shyps 2010/11. Cycle II
27.11.2010, Rodersdorf	ghyps 1024	**Gruppensupervision in Rodersdorf.** Dr.med. J.Philip Zindel /Anmeldeschluss 1 Monat vor Beginn
Gwatt: 02.12.–04.12.2010		**Curriculum Hypnotherapieausbildung** mit dipl.Psych. Georg Milzner und Dr.med.Christian Ziegler,Unterlagen und Anmeldung direkt bei Ch. Ziegler, Tel. 033/222.04.54 e-mail: hitchz@bluewin.ch
11.-13.11.2010, Balsthal	SMSH 220	**29. Aus- und Weiterbildungsseminar für medizinische Hypnose.** Mit Grundausbildung Kurse 1 und 2
25.11./26.11.2010, Basel	ghyps 1050	**Gut schlafen und ganz wach sein.** lic.phil. Susy Signer
02.12.–04.12.2010, Zürich	ghyps 1001	**Therapieseminar I,** Dr.phil. Burkhard Peter
14.01–15.2.2011, Zürich	SMSH 249	**Curriculum Kinderhypnose** Teil 2, Stein Ute, med.dent., Schauer Dietrich, dipl.Psychologe
21.-22.01.2011, 04.-05.03.2011, Basel	ghyps 1134	**Grundkurse I und II.** Lic.phil. Markus Haener, lic.phil. Gunna Mahler
22.01.2011, 16.04.2011, 03.09.2011, 26.11.2011, Rodersdorf	ghyps 1124	**Gruppensupervision in Rodersdorf.** Dr.med. J.Philip Zindel /Anmeldeschluss 1 Monat vor Beginn
25.02–26.02.2011, Zürich	SMSH 250	**Curriculum Kinderhypnose** Teil 3, Stein Ute, med.dent., Schauer Dietrich, dipl.Psychologe
11.03.–12.03.2011, Zürich	ghyps 1102	**Therapieseminar II,** Dr.phil. Peter Hain
17.03-18.03.2011, Gwatt	SMSH 237	**Grundausbildung Kurse 3 und 4** Fortsetzung vom Seminar 220/2010 Balsthal, Gruppe Bern
19.03.2011, Basel	SMSH 243	**Hypnose in der Zahnarztpraxis** für DH, DA und PA Modul 1, Gesprächsführung nach Milton H. Erickson
19.-20.03.2011, Basel	ghyps 1103	**Therapieseminar III.** Lic.phil. Susy Signer

01.04.2011, Meilen	ghyps 1130	**Hypnose und hypnotische Kommunikation:** Refresherkurs für den Praxisalltag. Dr.med. Corinne Marti, lic.phil. Franziska Bubb
08.04-09.04.2011, Basel	SMSH 247	**Weiterbildung in zahnmedizinischer Hypnose** WZ 01 Diese WB ist auch für Ärzte geeignet, welche sich mit den gleichen Problemen auseinandersetzen (z.B. Anästhesie, Chirurgie)
29.04.-30.04.2011, Zürich	SMSH 240	**Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte** Kurse 4-5, Gruppe Zürich, Fortsetzung Sem. 226 (WA1-3)
13.05./14.05.2011,15.10.2011, Basel	SMSH 239	**Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte,** Kurse 1-3, Gruppe Basel
19./20.05.2011 18./19.08.2011, Gwatt	SMSH 238	**Grundausbildung Kurse 1–4,** Gruppe Bern
24.-25.06.2011, Meilen	ghyps 1140	**Geschichten und Metaphern in der Hypnotherapie.** Dr.med. Corinne Marti, lic.phil. Franziska Bubb
25.06.2011, Bern	SMSH 244	**Hypnose in der Zahnarztpraxis für** DH, DA und PA, Modul 2 Hypnose mit «schwierigen Patienten»
19.-20.08.2011, Zürich	ghyps 1104	**Therapieseminar IV,** Dr. med. J. Philipp Zindel
20.08./21.08.2011, Zürich	ghyps 1170	**Mentale Stärke / Hypnose, Mentales Training und effektives Coaching im Sport und Leistungsbereich,** dipl.-Psych. O. Meiss
27.08.2011, Zürich	SMSH 246	**Hypnose in der Zahnarztpraxis** für DH, DA und PA; Modul 3 «Hypnose mit Kindern»
09.09.-10.09.2011, Basel	SMSH 248	**Weiterbildung in zahnmedizinischer Hypnose** WZ 02 Diese WB ist auch für Ärzte geeignet, welche sich mit den gleichen Problemen auseinandersetzen (z.B. Anästhesie, Chirurgie)
10 Module: 16.–17.09.2011, 18.–19.11.2011, 10.–11.02.2012, 23.–24.03.2012, 08.–09.06.2012, 21.–22.09.2012, 23.–24.11.2012, 22.–23.02.2013, 22.–23.03.2013, 31.05.-01.06.2013, Bern	ghyps 25	**Ausbildung in Hypnotherapie für Kinder und Jugendliche** 2011-2013. Dr méd. Claude Béguelin, lic. phil. Susy Signer. Anmeldefrist: 21.04.2011. Organisation/Information: Kinder- u. Jugendpsychiatrie UPD, E-Mail: marianne.burren@gef.be.ch
16.–17.09.2011, 21.–22.10.2011, Zürich	ghyps 1135	**Grundkurse I und II.** Dr. phil. Peter Hain
17.09.2011, Basel	SMSH 245	**Hypnose in der Zahnarztpraxis für DH, DA und PA,** Modul 2 «Hypnose mit schwierigen Patienten»
31.10.–01.11.2011, Zürich	ghyps 1105	**Neu: Therapieseminar V.** Dipl.-Psych. Ortwin Meiss

30.9.-2.10.2011, Bern	ghyps 1190	**Applying Hypnosis in Strategic Psychotherapy,** Workshop mit Michael Yapko, Ph.D., Milton H.Erickson Institute , San Diego
10.-12.11.1011 Balsthal	SMSH 241	**30. Aus- und Weiterbildungsseminar für medizinische Hypnose.** Mit Grundausbildung Kurse 1 und 2
10.-11.11.2011, Basel	ghyps 1121	**Vom Mobbing zu einem guten Miteinander.** Susy Signer, lic.phil.
08.-10.12.2011, Zürich	ghyps 1101	**Therapieseminar I.** Dr. phil. Burkhard Peter
02.-03.03.2012, Zürich	ghyps 1202	**Therapieseminar II.** Dr. phil. Peter Hain

Info und Anmeldung für Kurse und Seminare: ***/ Infos et inscriptions pour les cours et les séminaires:***

IRHyS: Secrétariat Institut Romand d'Hypnose Suisse IRHyS:
Rue de la Charmette 24, 1868 Collombey, téléphone/fax : +41 (0) 24 4711762
Portable : +41 (0) 79 3834891, info@irhys.ch, **www.irhys.ch**
ghyps/shyps: Sekretariat: Carmen Beutler, Bernstrasse 103A, 3052 Zollikofen, Tel. + Fax. 031 911 47 10, info@hypnos.ch, **www.hypnos.ch**
SMSH: Sekretariat: Vreni Greising, Dorfhaldenstr. 5, 6052 Hergiswil, Tel. 041 281 17 45
Fax 041 280 30 36, info@smsh.ch, **www.smsh.ch**

Teile-Therapie-Tagung 2011

4. Weltkongress Ego-State-Therapie
&
25 Jahre Milton Erickson Institut
(Heidelberg)-Rottweil

24.-27.11.11 Heidelberg (Stadthalle)
Do 9 Uhr – So 13 Uhr

Bitte nutzen Sie unsere Online-Anmeldung
www.teile-tagung.de

Anmeldung bis	Regulär	Mitglied
30.06.2010	**290 €**	**290 €**
15.11.2010	340 €	320 €
15.05.2011	390 €	370 €
01.11.2011	450 €	430 €
Vor Ort	550 €	530 €

Alle Preise inklusive Mehrwertsteuer

Anmeldung an:
Trenkle Organisation GmbH i. Gr.
Bahnhofstr. 4, 78628 Rottweil
Fax: +49-(0)741-41773
Telefon: +49-(0)741-41477

Regionalgruppen • Groupes régionaux SMSH

Einzelheiten über die Zusammenkünfte der Regionalgruppen finden Sie auf der Homepage: www.smsh.ch
Basel: Dr. med. Gabrielle Neuhaus, Spalenring 150, 4055 Basel, Tel. 061 301 62 20 • **Basel-Land:** Dr.med. Heinz Rüegg, Lehmattweg 2, 4463 Buus, Tel. 061 841 20 12, e-mail: ruegg.heinz@swissonline.ch • **Bern:** Dr. med. dent., Philippe Dubied, Bubenbergplatz 5, 3011 Bern, Tel. 031 311 73 79, Fax 031 311 84 02, e-mail: ph.dubied@bluewin.ch • **Bucheggberg-Jurasüdfuss:** Dr. med. Fredy Emch-Zielinska, Tel. 032 661 10 11, Fax 032 661 18 57, e-mail: EmchZielinska@sunrise.ch • **St. Gallen:** Dr. med. dent. Werner Hablützel, Unterstrasse 15, 9000 St. Gallen, Tel. 071 222 43 40, Fax 071 223 43 41, e-mail: praxis.habluetzel@bluewin.ch • **Ostschweiz-Winterthur:** Dr. med. Marcel Bühler, e-mail: marcel.buehler@hin.ch • **Suisse Romande:** Dr. med. dent, René Rumley, Rue de Cossonay 15, 1008 Prilly, Tel. 021 624 81 14, Fax 021 624 81 69, e-mail: rene.rumley@bluewin.ch • **Suisse Romande Genève:** Dr. med. Alain Forster, Hôpital Cantonal Universitaire Div. Anesthésie, 1211 Genève 14, Tel. 022 382 74 03, Fax 022 382 75 11, e-mail: alain.forster @hcug.ch • **Tessin:** Dr.med. Cornelia Klauser, strda Regina 68, 6982 Agno, e-mail: cornelia.klauser@hin.ch • **Zentralschweiz:** Dr.med. dent. Ruth Besimo, Riedstrasse 9, 6430 Schwyz, e-mail: ch.besimo@bluewin.ch • **Zürcher Oberland:** Dr. med. Vera Joho, Florastr.21, 8632 Tann/Rüti, Tel. 055 240 74 74, Fax 055 241 18 74, e-mail: ka.joho@ bluewin.ch • **Zürich-Trittligasse:** Ph.D. Gary Bruno Schmid, Trittligasse 2, 8001 Zürich, Tel. 01 261 93 66, e-mail: gbschmid@mac.com • **Zürich am Albisriederplatz:** Dr. med. Rainer Hurni, Zurlindenstrasse 292, 8003 Zürich, Tel. 01 405 45 00, Fax 01 405 45 05, e-mail: rainer.hurni@hausarzt.ch

SMSH • ghyps/shyps

Vorstandsmitglieder SMSH / Membres du comité SMSH:
Besimo Christian, Prof. Dr.med.dent., Riedstrasse 9, 6430 Schwyz, Tel. 041 811 87 57, e-mail: ch.besimo@bluewin.ch; **Bonvin Eric,** Dr Méd., viceprésident, Route de Morgins, 10, 1870 Monthey, Tel. 024 473 33 33, e-mail: eric.bonvin@bluewin.ch; **Colombo Stéfano,** Dr Méd, Place du Marché 3, 1227 Carouge, Tél. 022 343 13 33, e-mail: colombo.s@bluewin.ch; **Dahinden-Hurni Viviane,** Dr.med.dent., Rue St. Pierre 12, 1701 Fribourg, Tel. 026 322 31 45, e-mail: zahnarztdahinden@hotmail.com; **Dunkelmann Gaston,** Dr.med., Oberlandstr. 7, 3700 Spiez, Tel. 033 654 70 65, e-mail: dr.gd@hin.ch; **Gartmann Jürg,** Dr.med., Nufenenstr. 21, 4054 Basel, Tel. 061 301 67 78, e-mail: j.gartmann@abl-online.ch; **Hurni Rainer,** Dr.med., Vizepräsident, Zurlindenstr. 292, 8003 Zürich, Tel. 044 405 45 00, e-mail: rainer.hurni@hausarzt.ch; **Rordorf Richard,** Dr.med., Ferdinand-Hodlerweg 9, 3600 Thun, Tel. 033 335 50 82, rr@hin.ch; **Kaiser Hedwig-Josefine,** Prof.Dr.med., Lerchenbergweg 22, 4104 Oberwil, Tel. 061 265 31 32, Fax 061 402 00 61, e-mail:hedwig-j.kaiser@unibas.ch, **Klauser-Reucker Cornelia,** Dr.med., strada Regina 68, 6982 Agno, Tel. 091 605 37 65, Fax 091 604 67 74, e-mail: cornelia.klauser@hin.ch; **Stein Ute,** med.dent., Wachsmuthstrasse 8, DE-13467 Berlin, Tel. 0049 30 404 0842, e-mail: eutrance@p-soft.de; **Udovicic Ivan,** Dr.med., Wirzboden 28, 6370 Stans, Tel. 041 610 97 05, e-mail: udovicic@bluewin.ch **Wehrli Hans,** Dr.med., Präsident, Tösstalstr. 89, 8488 Turbenthal, Tel. 052 385 10 13, e-mail: h.wehrli@bluewin.ch; **Ziegler Christian,** Dr.med., Länggasse 1 B, 3600 Thun, Tel. 033 222 04 54, e-mail: hitchz@bluewin.ch; **Zindel J.Philip,** Dr.med., Hauptstrasse 17, 4102 Binningen, Tel. 061 261 70 70, e-mail: j.philip.zindel@bluewin.ch

Vorstandsmitglieder ghyps / Membres du comité shyps:
Höller Josy, lic.phil., Präsidentin, Tulpenweg 26, 4900 Langenthal, Mo/Di: Tel. 062 922 90 39, e-mail: josy.hoeller@lups.ch; **Bubb Franziska,** lic.phil. Fluhgutstr. 33, 8645 Jona, mail@franziskabubb.ch, www.franziskabubb.ch; **Gangwisch Willi,** lic.phil., Kasernenstr. 44, 3013 Bern, Tel. 031 331 36 82, e-mail: kontakt@tinnitus-hypnose.ch; **Hain Peter,** Dr.phil., Plattenstr. 44, 8032 Zürich, Tel. 056 634 22 11, e-mail: info@drhain.ch, www.drhain.ch; **Tombeur Helena,** dipl. Psych., 5, Place Edouard Claparède, 1205 Genève, Tel. 022 786 92 58, e-mail: tombeurhelena@bluewin.ch; **Villiger Thomas,** lic.phil., Ländlistrasse 21, 3047 Bremgarten, Tel./Fax 031 911 10 95, e-mail: thomas.villiger@psychologie.ch, www.psychologiebiel.ch; **Walliser Corinne,** lic.phil., Postgasse 60, 3011 Bern, Tel. 031 331 49 89, e-mail: corinne.walliser@psychologiepraxis.ch, www.psychologiepraxis.ch
Anerkennungskommission ghyps / Commission d'équivalence shyps:
Bubb Franziska, lic.phil., Präsidentin, Adresse siehe Vorstand; **Büsser Camille,** Steinackerweg 18, 4242 Laufen BL, Tel 061 761 22 18, Tel. G 061 761 35 15, Fax 061 763 81 41, e-mail: camille.buesser@sunrise.ch; **Ruedin Patrick,** PD Dr. med., Avenue de la Gare 3, 3960 Sierre, Tel. 027 456 41 47, Tel. 027 456 30 30, Fax 027 456 30 31, e-mail: Patrick.Ruedin@ bluewin.ch; **Signorelli Virna,** lic.phil. 2, rue Henri-Dunant, 1205 Genève, Tel. 022 731 67 46, e-mail: signorelli@sunrise.ch
Ausbildungskommission ghyps / Commission de formation shyps:
Signer-Fischer Susy, lic. Phil., Präsidentin, Zentrum für Entwicklungs- und Persönlichkeitsdiagnostik (ZEPD) der Universität Basel, Missionsstr. 62, 4055 Basel, e-mail: susy.signer@unibas.ch, www.susysigner.ch; **Brunner Albert,** lic.phil., Riedmattstrasse, 6048 Horw, e-mail: arbrunner@bluewin.ch

Secrétariat / Sekretariat SMSH: Verena Greising, Dorfhaldenstr. 5, 6052 Hergiswil, Tel. 041 281 17 45, Fax 041 280 30 36, e-mail Vreni Greising: vrenigreising@csi.com, e-mail Fritz Trechslin: info@smsh.ch, Internet: www.smsh.ch
Secrétariat / Sekretariat IRHyS: Institut Romand d'Hypnose Suisse, Rue de la Charmette 24 1868 Collombey Tél/fax: 024 471 17 62 Mobile: 079 383 48 91, e-mail : info@irhys.ch, Internet: www.irhys.ch
Secrétariat / Sekretariat ghyps: Carmen Beutler, Bernstrasse 103A, 3052 Zollikofen, Tel./Fax: 031 911 47 10 e-mail: info@hypnos.ch
Secrétariat Romand shyps: Helena Tombeur, dipl. Psych., 88 C, Route de Frontenex, 1208 Genève, Tél. 022 786 92 56, e-mail: tombeurhelena@bluewin.ch, Internet: www.hypnos.ch

P. P.

3000 Bern 25