



FRIEDRICH-SCHILLER-
UNIVERSITÄT
JENA



DISSERTATION

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

DIE HYPNOSE ALS
SUGGESTOLOGISCHES PSYCHOTHERAPIE–VERFAHREN
IM KONTEXT DER DDR

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena von

Linda Andreas, geb. Reichel

Jena, 15.03.2023

Gutachter

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß

Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie, Jena

2. Prof. Dr. mult. Nikolaus Knoepffler

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Jena

3. PD Dr. med. Rainer Erices

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Erlangen

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.11.2023

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	- 5 -
1. Zusammenfassung	- 7 -
2. Einleitung, Forschungsstand und Hintergrund	- 9 -
3. Ziele und Fragestellungen	- 10 -
3.1 Ziele	- 10 -
3.2 Fragestellungen	- 10 -
4. Material und Methodik	- 11 -
4.1 Untersuchungsmaterialien	- 11 -
4.2 Methoden	- 12 -
5. Ergebnisse	- 14 -
5.0 Hypnosetherapie als Begriff in der DDR	- 14 -
5.1 Ursprung und Historie der Therapierichtung	- 15 -
5.2 Vertreter in der DDR	- 19 -
5.2.1 Hellmuth Kleinsorge – eine Biografie	- 19 -
5.2.2 Gerhard Klumbies – eine Biografie	- 27 -
5.2.3 Weitere Vertreter in der DDR	- 40 -
5.3 Etablierung des Psychotherapie-Verfahrens Hypnose in der DDR	- 42 -
5.4 Beschreibung des Psychotherapie-Verfahrens Hypnose in der DDR	- 51 -
5.4.1 Hypnotherapie – Charakterisierung, Indikation, Setting und Bedeutung	- 51 -
5.4.1.1 Zur Definition von Hypnose und Hypnotherapie	- 51 -
5.4.1.2 Zur Theorie der Hypnose	- 53 -
5.4.1.3 Über Suggestion und Suggestivtherapie	- 56 -
5.4.1.4 Bedeutung und Wirkungsspektrum der Hypnotherapie	- 59 -
5.4.1.5 Zur Indikation der Hypnotherapie	- 61 -
5.4.1.6 Voraussetzungen zur Hypnotherapie	- 63 -
5.4.1.7 Setting und Ablauf der Hypnotherapie	- 64 -
5.4.1.8 Gefahren und Risiken	- 73 -
5.4.1.9 Kritikpunkte der Hypnotherapie	- 74 -

5.4.2 Abwandlungen des ursprünglichen Therapiekonzepts in der DDR und Einfluss auf die Entwicklung anderer Therapierichtungen	- 75 -
5.4.2.1 Die Ablationshypnose nach Klumbies	- 75 -
5.4.2.2 Das autogene Training nach Schultz	- 79 -
5.4.2.3 Die Trainingsschule nach Kleinsorge	- 80 -
5.4.2.4 Die Autohypnose nach Heidrich	- 81 -
5.4.2.5 Die Fraktionierte Hypnose nach Vogt	- 81 -
5.4.2.6 Die Narkohypnose	- 81 -
5.4.2.7 Die Hypnokatharsis	- 82 -
5.4.2.8 Hypnotische Strukturen in der späteren Verhaltenstherapie	- 82 -
5.4.3 Kombinationen mit anderen Psychotherapie-Verfahren in der DDR	- 83 -
5.4.3.1 Hypnotherapie im stationären Gruppensetting nach Venner (Poliklinik Jena)	- 83 -
5.4.3.2 Die gestufte Aktivhypnose nach Kretschmer	- 85 -
5.4.3.3 Die zweigleisige Psychotherapie nach Kretschmer und Langen	- 85 -
5.4.3.4 Hypnose und Verhaltenstherapie	- 86 -
5.4.3.5 Sonstige Kombinationen	- 86 -
5.4.4 Anwendungsstätten in der DDR	- 87 -
5.4.4.1 Die Medizinische Universitäts-Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena	- 89 -
5.5 Ausbildung im Psychotherapie-Verfahren Hypnose in der DDR	- 93 -
5.5.1 Implementierung in das Studium	- 93 -
5.5.2 Weiterbildungsangebot zu DDR-Zeiten	- 95 -
5.6 Das sozialistische Menschenbild	- 100 -
5.7 Aktuelle Relevanz heute	- 107 -
6. Diskussion	- 109 -
7. Schlussfolgerungen und Ausblick	- 113 -
8. Quellen- und Literaturverzeichnis	- 115 -
8.1 Quellenverzeichnis	- 115 -
8.2 Literaturverzeichnis	- 115 -
9. Personenverzeichnis	- 128 -
10. Anhang	- 135 -
10.1 Erhebungsmaterial	- 135 -

10.2 Danksagung	_____	- 138 -
10.3 Lebenslauf	_____	- 139 -
10.4 Ehrenwörtliche Erklärung	_____	- 140 -

Abkürzungsverzeichnis

Abk.	Bedeutung
AG	Aktiengesellschaft
BASF	Badische Anilin- und Sodafabrik
BKH	Bezirkskrankenhaus
BRD	Bundesrepublik Deutschland
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
ČSSR	Tschechoslowakische Sozialistische Republik
DDR	Deutsche Demokratische Republik
d.h.	das heißt
DM	Deutsche Mark der Deutschen Notenbank
Dr.	Doktor
Dr. med.	doctor medicinae
Dr. phil.	doctor philosophiae
Dr. sc.	doctor scientiarum
EEG	Elektroenzephalografie = apparative Methode, die mit Hilfe von Ableitungen zur neurophysiologischen Diagnostik dient und beispielsweise bei Anfallsleiden Anwendung findet (Masuhr et al. 2013). Die Befunddarstellung erfolgt im sogenannten Elektroenzephalogramm.
EKG	Elektrokardiogramm = Aufzeichnung der elektrischen Aktivität des Herzens
ERP	Ereignisbezogene Potentiale (engl. event-related potentials) = bestimmte Muster im Elektroenzephalogramm (EEG)
e.V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell
FDGB	Freier Deutscher Gewerkschaftsbund
fMRI	„functional magnetic resonance imaging“ = funktionelle Magnetresonanztomographie = Schnittbilduntersuchungsmethode, die auf der Erzeugung eines Magnetfeldes basiert
FSU	Friedrich-Schiller-Universität

GÄP	Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie
ISH	International Society of Hypnosis
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MPS	Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V.
NSDAP	Nationalsozialistische deutsche Arbeiterpartei
OMR	Obermedizinalrat
PET	Positronen-Emissions-Tomographie = nuklearmedizinische Schnittbilduntersuchungsmethode
PMS	Paul-Martini-Stiftung
Prof.	Professor
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
UdSSR	Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken
ULSP	Ultralangschwingungen der Potentiale
usw.	und so weiter
VR	Volksrepublik
WBK	Weiterbildungskreis
z.B.	zum Beispiel
ZK	Zentralkomitee
ZNS	Zentrales Nervensystem

1. Zusammenfassung

Das Verbundprojekt „Seelenarbeit im Sozialismus“ (SiSaP) beleuchtet unter anderem das Wesen, die Relevanz, den Entwicklungsverlauf und die ambivalente Stellung der Psychotherapie in der DDR, mit dem Ziel, dass Vergangenes nicht Vergessenes wird.

In diesem Zusammenhang erfolgt eine historische Rekonstruktion verschiedener psychotherapeutischer Methoden in Hinblick auf die Weiterführung bereits existenter Verfahren, auf die Entfaltung neuartiger Ansätze sowie die Darlegung biografischer Skizzen bedeutender Akteure (Strauß et al. 2022). Im Rahmen dieses Projektes werden die drei Fächer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie im Zeitfenster ab dem Ende des Zweiten Weltkrieges bis zur Wiedervereinigung aufgearbeitet und untersucht.

Einen Teil psychotherapeutischer Methoden, die zur damaligen Zeit Anwendung fanden, stellt die Hypnosetherapie als suggestologisches Verfahren dar. Jena war mit den beiden Ärzten Hellmuth Kleinsorge und Gerhard Klumbies als Vertreter dieser Methode innerhalb der DDR ein bedeutender Ort im Bereich der Hypnosetherapie.

Recherchen in Bibliotheken und Anfragen an Instituten des ehemaligen DDR-Gebietes ergaben, dass bislang keine detaillierten Abhandlungen über die thematische Verflechtung von Hypnose, der DDR-Zeit und dem Ort Jena vorhanden sind.

Bei dieser Schrift handelt es sich um eine medizinhistoriografische Dissertation. Zum einen werden die Biografien der beiden Jenaer Vertreter als eine Rekonstruktion des Lebens und Wirkens im historischen Bezugsrahmen dargelegt. Zum anderen stellt diese Arbeit in Hinsicht auf die Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena die Geschichte dieser Institution als Anwendungsstätte der psychotherapeutischen Praktik Hypnose sowie die Geschichte der Therapieschule vor.

Die Zielstellungen umfassen außerdem eine Skizzierung der Hypnosetherapie zu DDR-Zeiten mit ihrer Charakteristik, den Wegen der Etablierung, Möglichkeiten der Weiterbildung, einen Überblick über die Entwicklung hypnotischer Verfahren sowie deren Modifikation.

Die Methodik basiert auf einer umfangreichen Literaturrecherche in Datenbanken, Bibliotheken und Archivquellen. Beispielhaft werden archivierte Schriften und Protokolle per Inhaltsanalyse nach Mayring (Ritschl et al. 2016) bearbeitet und erhobene Informationen dem Datenfundus beigefügt, den des Weiteren die Zweitauswertung eines bereits durchgeführten Interviews zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies bereichert.

Auch heute werden im Rahmen der Psychotherapie Hypnosen genutzt und – unter anderem auf den Gebieten der Psychologie, Neurophysiologie und Bildgebung – beforscht. In der Art und Weise der Hypnosedurchführung lassen sich sowohl Parallelen zu ursprünglichen Verfahren der Hypnosehistorie aufzeigen, aber genauso gut methodische Variationen finden.

Die Hypnosetherapie mit ihrem breitem Indikationsspektrum wurde in Jena, einem Zentrum psychosomatischer Praxis, jahrelang ausgeübt und weiterentwickelt. Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena kristallisierte sich eine Psychotherapie-Abteilung heraus. Hier entstand die Ablationshypnose nach Klumbies als umgestaltete Form, die die Patientenautonomie bestärkte und sich besonders zu analgetischen Zwecken als sehr effektiv herausstellte.

Klumbies und sein Kollege Kleinsorge vertraten eine internistische Psychotherapie und betonten die Integration der Psychotherapie in andere medizinische Disziplinen. Beide waren während des Bestehens der DDR sowohl Direktoren der Poliklinik als auch des Universitätsklinikums in Jena. Ihr Wirken unterstützte die Verbreitung und Etablierung hypnotischen Wissens anhand vieler Publikationen, angebotener Kurse und facettenreicher Tagungen innerhalb der DDR und international. Von Klumbies entwickelte Farbtäfelchen für die Hypnosedurchführung wurden auch in anderen Anwendungsstätten übernommen. Bezüglich des Studentenunterrichtes erfüllte die Jenaer Institution eine Vorreiterfunktion als erste Einrichtung in der DDR, in der Arzt-Patienten-Konsultationen in der Poliklinik als Studentenpraktika realisiert wurden.

Elemente aus der Hypnose beeinflussten auch andere methodische Ansätze der Psychotherapie oder wurden in andersartige Behandlungsansätze integriert. So wurden in Jena Suggestivtechniken wie Hypnosen oder autogenes Training im Rahmen der „kombinierten Gruppenpsychotherapie“ nach einem Konzept von Venner – Stationsärztin der Psychotherapie-Abteilung – in das stationäre Setting einer Gruppentherapie integriert. Für das autogene Training entwarf Kleinsorge eine Trainingsschule, die strukturiertes Üben dieser suggestologischen Methode stufenweise in Klassen vorsah.

Durch eine Reihe an Orten, an denen Hypnose praktiziert wurde, zeichnete sich die suggestologische Psychotherapie als multilokuläres Verfahren aus, dass in der DDR als therapeutische Option aufgegriffen, detaillierter exploriert, vielfach ausgeübt, effektiv modifiziert wurde und auch heute noch angewendet wird.

2. Einleitung, Forschungsstand und Hintergrund

Intendiert-dynamische Gruppentherapie, psychodynamische Einzeltherapie oder autogenes Training und Hypnose (Maaz 2011) – zu DDR-Zeiten existierte eine Vielfalt verschiedenster Sektoren in der psychotherapeutischen Landschaft. Einen Teil dieses Mosaiks bildet die Hypnosetherapie als eine Form suggestologischer Psychotherapie, deren Wurzeln mehr als ein Jahrhundert zurückliegen. Das bietet Potential für eine dynamische Weiterentwicklung und Umgestaltung dieses Verfahrens. Darauf bezugnehmend lohnt es sich, dieses Themengebiet mit zeitlichem Schwerpunkt auf die Ära zwischen Zweitem Weltkrieg und Wiedervereinigung Deutschlands detaillierter zu betrachten, zu recherchieren und zu explorieren. Dabei stößt man bald auf die Ablationshypnose – eine in der DDR entwickelte fortschrittliche Abwandlung der herkömmlichen Hypnosepraxis. Der Hintergrund dieser therapeutischen Variante führt ins thüringische Jena zu Prof. Gerhard Klumbies und eröffnet somit ein weites Feld an vielerlei Fragen und offeriert den Anlass, den Fokus auf die Geschichte der Hypnosetherapie, deren Entfaltung und Verbreitung zu DDR-Zeiten zu lenken, als auch in Richtung Lokalgeschichte von Jena in Verknüpfung mit hiesigen Akteuren und Institutionen zu vertiefen.

In der Literatur existieren etliche Publikationen über Hypnose. Auch Klumbies und Kleinsorge beziehen sich in ihren schriftlichen Darlegungen auf suggestologische Methoden. Dabei wurde allein das Lehrbuch „Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin“ von 1959 über drei Dutzendmal zitiert, darunter auch in fremdsprachigen Medien.

Recherchen in Bibliotheken und Anfragen an Institute auf dem ehemaligen DDR-Territorium in Berlin, Leipzig, Rostock, Halle und Magdeburg ergaben, dass bislang keine tiefgreifenden Ausarbeitungen zur thematischen Verknüpfung aus Hypnose, der DDR-Zeit und dem Ort Jena vorhanden sind.

Eingebettet ist diese Dissertationsschrift in den interdisziplinären, deutschlandweit realisierten SiSaP-Forschungsverbund, der eine strukturierte Aufarbeitung der DDR-Psychotherapie, Psychiatrie sowie Psychologie anvisiert. Das Teilprojekt „Die ambivalente Rolle der Psychotherapie“ wird durch das Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie in Jena repräsentiert (SiSaP 2022).

3. Ziele und Fragestellungen

3.1 Ziele

Die Absicht dieser Arbeit besteht in der Rekonstruktion dessen, wie das Verfahren der Hypnose in der DDR am Beispiel Jena praktiziert wurde und welche Konsequenzen und Bedeutungen dies auch jenseits der lokalen Grenzen hatte. Dafür sollen die biografischen Daten der beiden mit dem Verfahren assoziierten Persönlichkeiten Hellmuth Kleinsorge und Gerhard Klumbies in ihren konkreten Lebensstationen in der DDR mit besonderem Augenmerk auf deren Einfluss bezüglich der Hypnosetherapie dargestellt werden.

Ein weiteres Ziel ist es, eine Charakteristik der Hypnose als praktizierte Methode zu entwerfen und auf Abwandlungen und Anwendungsstätten einzugehen.

Des Weiteren soll herausgefunden werden, ob bzw. welche Möglichkeiten zur Weiterbildung existierten und somit zur Verbreitung hypnotischer Verfahren beitragen.

Archivunterlagen sollen dazu dienen, eine Beschreibung des „Menschenbildes“ zu erarbeiten. Die Literaturanalyse zielt auf die Charakterisierung des Individuums mit seinen Anforderungen im bestehenden System zum Verständnis der damaligen Zeit ab.

Grundsätzlich soll diese Arbeit also einen Beitrag zur Aufarbeitung eines Mosaiksteinchens im Gesamtgebilde der DDR-Psychotherapie leisten.

3.2 Fragestellungen

Bei der Auseinandersetzung mit den Fragestellungen soll stets der historische Hintergrund und Kontext beachtet werden. Konkret darzulegende Themen sind der Ursprung der Hypnose, die Geschichte der Hypnose in der DDR und deren Etablierung sowie Weiterentwicklung mit Beeinflussung anderer Therapieformen. Das dazu entwickelte Angebot an Ausbildung, eine Auswahl an Vertretern der Therapierichtung und die heutige Relevanz sollen für die Rekonstruktion grundlegend vorgestellt werden.

Zusammengefasst wird diese medizinische Dissertation auf folgende Fragen konkret eingehen und erste Antworten liefern:

1. Wie wurde das Verfahren der Hypnose praktiziert?
2. Welche Bedeutung hatte die Hypnose, auch außerhalb von Jena?
3. Welchen Einfluss hatte die Hypnose auf andere Therapieformen in der DDR?
4. Welche Zusammenhänge lassen sich im historischen Rückblick bezüglich der Hypnotherapie und dem Ort Jena herstellen?

5. Wie lassen sich die Biografien der beiden Akteure Kleinsorge und Klumbies in das Konstrukt der DDR-Psychotherapie einordnen? Wurden Elemente aus der Hypnotherapie-Geschichte erneut aufgegriffen?
6. Was charakterisierte die Psychotherapie-Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena als Anwendungsstätte der Hypnosepraxis?
7. Welche Möglichkeiten und Medien existierten, die die Etablierung und Verbreitung hypnotischer Methoden begünstigten?
8. Welches „Menschenbild“ kontextualisierte die historische Entwicklung der Hypnose in der DDR?

Schließlich wird also folgende Frage in ihrer Komplexität aufgegriffen und ergründet:

Hatte die Hypnose einen besonderen Stellenwert im Rahmen der DDR-Psychotherapie?

4. Material und Methodik

4.1 Untersuchungsmaterialien

Die Informationsgewinnung basierte sowohl auf Primär-, also eigens gewonnenen Daten beispielsweise per Inhaltsanalyse, als auch auf Sekundärquellen, wobei bereits erhobene Informationen aus der Literatur sowie dem Archiv eingeordnet und erschlossen wurden (Siegrist 2005), mit denen wissenschaftlich rekonstruierend gearbeitet wurde.

Zu den Untersuchungsmaterialien gehörten einerseits Magazine, Handbücher und Zeitschriften, die in Bibliotheken bestellt und ausgeliehen wurden. Andererseits erfolgte auch die Einbeziehung elektronisch verfügbarer Medien in die Literaturarbeit. Beispielsweise wurden einzelne relevante Kapitel aus Büchern per Download der Bearbeitung zugänglich gemacht.

Zu den in die Recherche aufgenommenen Datenbanken reihten sich unter anderem der Karlsruher Virtuelle Katalog, WorldCat, der Katalog der Staatsbibliothek in Berlin, die Deutsche Nationalbibliothek, Pubpsych und die Jahresberichte für die Deutsche Geschichte als historische Datenbank ein.

Eine weitere Quelle stellte das Jenaer Institut für Geschichte der Medizin dar, über dessen Bibliotheksbestand ein Überblick verschafft und passende Printmedien mit in die Literaturrecherche eingeordnet wurden. Mittels Kontaktaufnahme von Instituten in den Städten Berlin, Leipzig, Rostock, Halle und Magdeburg und der Fragestellung, ob bereits Ausarbeitungen zu dieser Thematik existieren, konnte festgestellt werden, dass dies nicht der Fall ist.

Zunächst erfolgte eine Bestandssichtung im Universitätsarchiv Jena. Anschließend wurde mit Hilfe des Findbuches eine geeignete Auswahl an Archivgut identifiziert: Insbesondere der Bestand S/III Abt. VII und die Personalakte von Prof. Hellmuth Kleinsorge D3636 stellten sich hierbei als das vordergründig zu sichtende Untersuchungsmaterial heraus. Anschließend wurden die Akten zur Einsicht bestellt und ausgehoben. Zu beachten war eine Schutzfrist für personenbezogenes Schriftgut, welche sich nach dem Thüringer Archivgesetz auf zehn Jahre beläuft. Nun folgte eine akribische Sichtung des Archivguts mit der Suche nach Informationen, die das Projekt bereicherten und Antworten auf die Fragestellungen boten. Zu den inspizierten Materialien gehörten unter anderem Briefe, Korrespondenzen, Schriftwechsel, Ernennungsurkunden, Versammlungsprotokolle, Halb- bzw. Jahresberichte, Flyer von Jahrestagungen der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie, Programme von Kongressen und Symposien sowie weitere in Akten gesammelte Dokumente.

Außerdem diente ein vor rund zwanzig Jahren geführtes Interview¹ zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies im Rahmen einer Zweitauswertung als Informationsfundus.

Die Nachkommen von Prof. Klumbies stellten eine Sammlung an Publikationen ihres Vaters zur Verfügung und waren bereit, per Mail auf gestellte Fragen schriftlich einzugehen.

4.2 Methoden

Als Informationserfassungstechnik bei der Archivarbeit diente die Abschrift. Einzelne Notizen wurden gesammelt, anschließend geordnet, thematisch sortiert, entsprechend verknüpft, zusammengetragen und später dann in Fließtexte eingearbeitet. Für einen kleinen Teil der relevanten Archivadokumente wurde ein Reproduktionsauftrag veranlasst. Somit standen einige Seiten auch als Digitalisat zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung.

Als grundlegende Methodik wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet (Ritschl et al. 2016), die darin besteht, als Untersuchungsobjekt dienende Texte interpretativ und vergleichend zu bearbeiten. Sprachliche Äußerungen werden hierbei hinsichtlich inhaltlicher und formaler Aspekte analysiert und zerlegt, um im Folgenden einen Erkenntnisgewinn herausarbeiten zu können (Siegrist 2005). Der Sender, also derjenige, von dem das Zeitzeugnis bzw. Material, wie beispielsweise ein Text oder ein Interview stammt, produziert somit ein Element, das für den anderen, also den Empfänger, Geltung besitzt und folglich Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse ist. Diese Methodik eignet sich besonders für

¹ [Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena 2003, Privatarchiv Prof. Strauß, MP3-Datei 25 A_01 I (A), 25 B_01 I (B), 26 A_01 II (A).]

„relativ unstrukturierte Daten“ bzw. für vorhandenes, aber nicht verknüpftes Material und akzentuiert die Berücksichtigung eines Kontextes, zum Beispiel die Entstehungszeit, eventuelle Folgen auf das Umfeld oder Konklusionen zum Verfasser des Textes. Die jeweilige Datensammlung wurde zunächst überblickend inspiziert, anschließend in Analyseeinheiten, wie zum Beispiel Absätze eines Textes, gegliedert und hinsichtlich der Fragestellung mit dem Ziel, ein Verständnis für die Bedeutung des Quelleninhaltes zu schaffen, interpretiert (Ritschl et al. 2016). Gemäß dieser Tatsache wurden beispielhaft archivierte Schriftwechsel untersucht.

Darüber hinaus war ein narratives Interview nach Fritz Schütze (Küsters 2009) mit den Nachfahren von Gerhard Klumbies geplant, welches unter anderem auf Fragen aus einer Zweitauswertung eines Interviews zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies aus dem Jahre 2003 zurückgreifen sollte. Auf Grundlage der biografischen Notiz – einer tabellarischen Zusammenstellung gewonnener Informationen – wurde ein Fragenkatalog erstellt, anhand dessen das narrative Interview geführt werden sollte, bei dem im Vergleich zum sogenannten Leitfadeninterview der Interviewer eher supportiv agiert und weniger strukturiert. Auf diese Weise kann durch den natürlichen Sprachfluss ein recht zuverlässiges Abbild des tatsächlichen Erfahrungsspektrums entwickelt werden (Siegrist 2005). Ein ausführliches Interview wurde von den Nachkommen von Prof. Klumbies abgelehnt.

Der Datenfundus wurde so bereichert, ergänzt und vertieft, dass einerseits ein Grundverständnis für die thematische Verknüpfung von Hypnose, DDR-Zeit und Jena entstehen, und andererseits, dass Antworten auf die zuvor formulierten Fragestellungen gefunden und erläutert werden konnten.

5. Ergebnisse

5.0 Hypnosetherapie als Begriff in der DDR

Zunächst werden die in der DDR verwendeten, mit dieser Heilmethode in Verbindung stehenden Begrifflichkeiten klargestellt und mehrere synonyme Bezeichnungen erwähnt:

Derjenige, der eine Hypnose leitet und an einem Probanden bzw. Patienten durchführt, wird im Folgenden als Hypnotiseur, Hypnotherapeut, Hypnotist oder Hypnotisierender bezeichnet. Die Begriffe Hypnotisand und Hypnotisierter repräsentieren den Patienten bzw. Probanden, der die Hypnosebehandlung erhält. Es wird die maskuline Form verwendet, mit der gleichwohl auch alle anderen Geschlechter gemeint sind.

Für den Suggestionen vermittelnden Hypnoseleiter verwendet Klumbies die Bezeichnung „Suggestor“ (Klumbies 1955[A]).

Das Wort „suggestologisch“ ist in einem Artikel von Dr. Holger Steinberg zu finden, in dem er das von Kleinsorge und Klumbies „an der Jenenser Medizinischen Universitäts-Poliklinik [geschaffene]“ Konzept als „suggestologische Psychotherapie“ definiert, welches unter anderem für schmerztherapeutische Interventionen genutzt wird (Steinberg 2016[A]). In Klumbies' Veröffentlichungen liest man von „Suggestionstherapie“ (Klumbies 1952) sowie von „Suggestivtherapie“ (Klumbies 1960, Klumbies 1961).

Für den Ausdruck der Verwendung von Hypnose für Behandlungszwecke werden mehrere synonyme Termini angeführt: Hypnotherapie und Hypnosetherapie.

Den ersteren Begriff findet man in Schriften von Katzenstein² (Katzenstein 1978). Ähnlich ist die Benennung „hypnotherapeutische Behandlung“ (Müller-Hegemann 1963) genauso wie „Hypnopsychotherapie“ (Platonow 1953[A]). In Veröffentlichungen von Klumbies liest man sowohl von Hypnotherapie (Klumbies 1955[A]) als auch von Hypnosetherapie (Klumbies 1952, Klumbies 1961, Klumbies 1981). Letzteres erwähnt auch Schaeffer³ (Schaeffer 1977). Vergleichsweise ist ebenfalls von „Hypnosebehandlung“ die Rede (Bauer und Klumbies 1957). Ebenso kann „Hypnose“ als die reine Heilmethode gesehen werden, während „Hypnotherapie“ zusätzlich die wissenschaftliche Untermauerung des Verfahrens hervorhebt (Riegel 2010).

Detailliertere Definitionen zur Therapiemethode folgen unter 5.4.1.

² Prof. Dr. phil. habil. Alfred Katzenstein (1915-2000), siehe Personenverzeichnis.

³ Dr. med. Gerhard Schaeffer (wahrscheinlich 1921-1985), siehe Personenverzeichnis.

5.1 Ursprung und Historie der Therapierichtung

Der Hypnotismus und insbesondere sein Vorbote, der Mesmerismus, erweisen sich generell als Quelle für psychotherapeutische Methoden. Als Geburtszeitpunkt moderner Psychotherapie zählt das Jahr 1775. Damals wurde eine Kontroverse zwischen Mesmer⁴ und Gassner⁵ ausgetragen. Beide präsentierten selbige Erscheinungen an Probanden, die Gassner auf exorzistische Kräfte zurückführte und Mesmer als Heilmethode des tierischen Magnetismus postulierte (Schott und Wolf-Braun 1993). Gassners Praktizieren von Selbstbeherrschung und Eigendisziplin erinnert mehr an das sich später durchsetzende Verfahren als Mesmers Vorstellungen von einem Ungleichgewicht im animalischen Magnetfeld als Pathogenese von Beschwerden (Riegel 2010).

Die Wurzeln der Hypnose liegen damit ebenso im Jahr 1775. Der Wiener Arzt Mesmer befasste sich mit magnetischen Heilwirkungen, in dem er magnetische Kuren durchführte. Die ursprüngliche Idee derartiger Effekte durch Magneten stammte von Paracelsus⁶. Der Portugiese Faria⁷ stellte im Jahr 1819 fest, dass die magnetischen Wirkungen mit der psychischen Beeinflussung des Patienten in Zusammenhang stehen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969, Klumbies 1981).

Galvani⁸ entdeckte vor über zwei Jahrhunderten, dass sich leblose Froschschenkel bei Annäherung von Metallen wieder bewegten (Kleinsorge und Klumbies 1959, Hochadel 2019). Dies übertrug Mesmer auf den Menschen, indem er mit Magneten entlang des Körpers strich, angelehnt an die Bewegungen beim Magnetisieren einer Nadel. Da der gesunde menschliche Körper magnetische Ordnungskräfte besäße, wurden dieselben Striche, sogenannte „PASSES“, ohne Magneten über Kranken ausgeführt. In beiden Fällen waren Erscheinungen der Hypnose zu beobachten, die Mesmer als Folge des Magnetismus auffasste. Die Patienten überkam eine „tiefe Ruhe“ und „traumhafte[...] Versunkenheit“. Diese Überzeugung behielt Mesmer sein Leben lang. Da seine Entdeckung von dem eigentlichen Gesuchten abwich, sei es ihm ähnlich ergangen wie Kolumbus mit dem amerikanischen Kontinent (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981, Klumbies 1983).

Die Auswirkungen führten in verschiedene Richtungen: einerseits zu „ungläubiger Verspottung“, andererseits zur übersinnlichen „Schwärmerei“, die Schaustellerhypnotiseure zur Vergnügung eines staunenden Publikums präsentierten, und zum dritten zum

⁴ Dr. phil. Dr. med. Franz Anton Mesmer (1734-1815), siehe Personenverzeichnis.

⁵ Pater Johann Joseph Gassner (1727-1779), siehe Personenverzeichnis.

⁶ Prof. Dr. med. Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1494-1541), siehe Personenverzeichnis.

⁷ Abbé Faria, siehe Personenverzeichnis.

⁸ Luigi Galvani, siehe Personenverzeichnis.

Forschungsreiz auf der Suche nach den wissenschaftlichen Grundlagen der Hypnose (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Gegen Ende seines Lebens wurde Mesmer 1809 von Oken⁹ aufgesucht. Dieser Naturphilosoph aus Jena initiierte eine erneute Auseinandersetzung mit der Lehre des Magnetismus in Berlin und erfuhr hierbei Unterstützung von Hufeland¹⁰, der unter anderem Arzt von Goethe und Schiller war (Peter 2015). Oken und Hufeland fungierten beide zu Beginn des 19. Jahrhunderts als Professoren der Medizinischen Fakultät der Universität Jena und „[postulierten] das naturwissenschaftliche Experiment [anstelle der Spekulation]“ (Skibbe 1977). Somit lässt sich für den Beginn des 19. Jahrhunderts ein erstmaliger Zeitpunkt nennen, der einen Zusammenhang zwischen Hypnose und dem thüringischen Ort Jena beschreibt. Zu DDR-Zeiten befasste sich auch Klumbies mit Oken. 1985 publizierte Klumbies einen Beitrag über „Okens Naturphilosophie“ (Klumbies 1985).

Die Bezeichnung „Hypnose“ stammt vom griechischen Wort für Schlaf „ύπνος“ ab und wurde 1843 von Braid¹¹ geprägt, der sich dem Wesen des Schlafzustandes widmete (Kleinsorge und Klumbies 1969). Er ging von einem „Nervenschlaf“ aus, der mit Hilfe von Fixationsmethoden, beispielsweise auf einen weißen Lichtpunkt gerichtet, Prozesse im zentralen Nervensystem beeinflusst. Aus dem „nervösen Schlaf“ entstand zunächst der Begriff „Neurypnologie“, aus dem dann „Hypnotismus“ wurde (Peter 2005). Der Augen Chirurg Braid nutzte bereits 1841 in England das Anstarren eines Kristalls und die durch Suggestion herbeigeführte Hirnanämie als Anästhesieverfahren, welches nach ihm als Braidismus benannt wurde (Klumbies 1981).

Die Hypnose war nicht mehr nur Gegenstand neurophysiologischer Versuche, sondern fand zunehmend therapeutische Anwendung. Braid hat also nicht nur den Grundstein der Begrifflichkeit gelegt, sondern ebenfalls die Basis der praktischen Anwendung und wissenschaftlichen Analyse dieses Phänomens geschaffen (Peter 2005). Er brachte psychophysiologische Deutungen weiter voran und betonte die Augmentation regelhaft vorhandener Effekte durch die Hypnose (Schott und Wolf-Braun 1993).

Ende des 19. Jahrhunderts befand sich der Hypnotismus auf seinem Zenit. Die Schule der Salpêtrière von Paris wurde vom Neurologen Charcot¹² angeführt. Deren Auffassung zufolge sei Hypnose eine krankhafte Erscheinung bei Hysterikern. Liébeault¹³ war der

⁹ Prof. Lorenz Oken (1779-1851), siehe Personenverzeichnis.

¹⁰ Prof. Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), siehe Personenverzeichnis.

¹¹ James Braid (1795-1860), siehe Personenverzeichnis.

¹² Prof. Jean-Martin Charcot (1825-1893), siehe Personenverzeichnis.

¹³ Dr. Ambroise Augustin Liébeault (1823-1904), siehe Personenverzeichnis.

Initiator der Nancyer Schule. Zu ihm kam 1882 der Internist Bernheim¹⁴, der das Verfahren auch in seiner Klinik anbot. Auch hiermit fand die Hypnose Eingang in die Medizin. Der Schule von Nancy schlossen sich weitere Ärzte an, darunter Moll¹⁵, Bechterew¹⁶ und Forel¹⁷, von dem Vogt¹⁸ in die Hypnosepraxis eingeführt wurde (Schott und Wolf-Braun 1993). Die Nancyer Schule war ein Zentrum des Hypnotismus, wo Hypnose als Resultat der Suggestionen gesehen wurde. Dieser psychologische Standpunkt widersetzte sich den Anhängern des Mesmerismus und verdrängte diese in den Hintergrund (Wendelborn 1995). Der Nancyer Theorie zufolge wird im Rahmen einer Suggestion dem Gehirn eine Idee dargeboten, die – dank des künstlichen Schlafes durch Ausschaltung der Zensurfähigkeit – konsekutiv akzeptiert wird. Infolgedessen ebnet ein bejahter, tolerierter Gedanke nun den Weg zur Realisierung desselben (Riegel 2010). Dieser Ansatz erinnert an später thematisierte Ausführungen von Kleinsorge und Klumbies, die außerdem überwiegend die Sprache zur Realisierung ihrer Hypnosetechnik einsetzten. Dies bietet eine Parallele zu Bernheim, der die „verbale Form der Hypnose“ als „die menschlichste“ klassifizierte (Klumbies 1981).

1866 wurden vom französischen Arzt Liébeault erstmals Wachsuggestionen erwähnt. Ebenfalls wie er an der Hypnoseschule in Nancy tätig, beschrieb Bernheim suggestive Wirkungen von chemischen und physikalischen Behandlungsmitteln, was an Placebowirkungen heutiger Doppelblindversuche erinnert. In Budapest beobachtete Jendrassik¹⁹ suggestiv erzeugte Blasen auf der Haut (Kleinsorge und Klumbies 1969, Klumbies 1981, Pásztor 2004). So gab es zur Jahrhundertwende zahlreiche namhafte Vertreter in verschiedenen Städten Europas, wozu beispielsweise Pawlow²⁰ in Leningrad oder Vogt und Moll in Berlin zählten. Letzterer gilt als „einer der Importeure“ des Gedankengutes aus der Hypnoseschule in Nancy, was den Weg der Klinischen Psychologie in Deutschland geebnet hat. Moll agierte selbst als Therapeut, der den Patienten in Hypnose Gedanken der Genesung einfließen ließ (Kleinsorge und Klumbies 1969, Wendelborn 1995).

Der dänische Schauhypnotiseur Hansen²¹ erweckte das Interesse vieler Wissenschaftler durch das eindrucksvolle Bild der hypnotischen Brücke, so auch beim Studenten Freud²² in

¹⁴ Prof. Hippolyte Bernheim (1843-1917), siehe Personenverzeichnis.

¹⁵ Albert Moll (1862-1939), siehe Personenverzeichnis.

¹⁶ Vladimir Michailovič Bechterew (1857-1927), siehe Personenverzeichnis.

¹⁷ August Forel (1848-1930), siehe Personenverzeichnis.

¹⁸ Prof. Oskar Vogt (1870-1959), siehe Personenverzeichnis.

¹⁹ Ernő Jendrassik (1858-1921), siehe Personenverzeichnis.

²⁰ Prof. Ivan Petrovič Pawlow (1849-1936), siehe Personenverzeichnis.

²¹ Carl Hansen (1833-1897), siehe Personenverzeichnis.

²² Prof. Sigmund Freud (1856-1939), siehe Personenverzeichnis.

Wien, beim Jenaer Biologen Preyer²³ (Klumbies 1981, Jena Gedenktafel, Wolffram 2012), bei Heidenhain²⁴ in Breslau und Weinhold²⁵ in Chemnitz. Ab 1881 befasste sich Preyer mit der Übersetzung der Schriften von Braid ins Deutsche, bestärkte damit den wissenschaftlichen Status der Hypnose und bot eine weitere Verknüpfung der Hypnose-Geschichte mit dem Ort Jena (Peter 2015).

Nach und nach entwickelte sich dort die Hypnose als Tradition in Forschung, Therapie sowie Universitätsunterricht, die in Verbindung mit einer Reihe bekannter Wissenschaftler steht: Binswanger²⁶, Vogt, Berger²⁷, Schultz²⁸, Speer²⁹, Kleinsorge³⁰ und Klumbies³¹ (Klumbies 1981).

Generell war eine europaweite Verbreitung der Hypnosetherapie zu verzeichnen. In Belgien gab es Hinweise auf eine beschleunigte Wundheilung unter hypnotischer Analgesie. Bechterew verwies auf suggestive Wirkungen im alltäglichen Leben und in der Erziehung. Pawlow sah das Wort als Signalreiz und die Suggestion als bedingten Reflex, definierte wissenschaftliche Begrifflichkeiten und lieferte damit einen bedeutenden Beitrag zur Verbreitung des Interesses am Hypnotismus in der Sowjetunion.

Zurück in Deutschland, mündete die Untersuchung der Selbstbeeinflussung des Organismus in der Entwicklung des autogenen Trainings im Jahr 1932 durch den dadurch berühmt gewordenen Schultz. Dieses Verfahren der konzentrativen Selbstentspannung wurde von Kretschmer³² mit der Hypnose zur gestuften Aktivhypnose kombiniert. In Jena leistete Kleinsorge zu DDR-Zeiten einen großen Beitrag zur Lehre der Hypnosetechnik mit Fortbildungsveranstaltungen und Demonstrationen von Hypnosen. Sein Nachfolger Klumbies ebnete den Weg einer neuartigen Methode, die dem Patienten mehr Selbstständigkeit bot: die Ablationshypnose (Klumbies 1981). Klumbies „kultivierte“ die Hypnose „in Jenaer Tradition“ und trug zur deren Weiterentwicklung bei (Strauß und Geyer 2015).

Somit erlebte die Hypnose mit Mesmer, Gassner und Schaustellerhypnotisierenden eine „vorwissenschaftliche, erste Woge“, die die Gesellschaft europaweit ergriff. Die zweite Welle

²³ Prof. Wilhelm bzw. William Thierry Preyer (1841-1897), siehe Personenverzeichnis.

²⁴ Prof. Rudolph Heidenhain (1834-1897), siehe Personenverzeichnis.

²⁵ Prof. Adolf Ferdinand Weinhold (1841-1917), siehe Personenverzeichnis.

²⁶ Otto Binswanger (1852-1929), siehe Personenverzeichnis.

²⁷ Prof. Hans Berger (1873-1941), siehe Personenverzeichnis.

²⁸ Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), siehe Personenverzeichnis.

²⁹ Prof. Ernst Speer (1889-1964), siehe Personenverzeichnis.

³⁰ Prof. Dr. med. Hellmuth Kleinsorge (1920-2001), Biografie siehe 5.2.1.

³¹ Prof. Dr. med. Gerhard Klumbies (1919-2015), Biografie siehe 5.2.2.

³² Ernst Kretschmer (1888-1964), siehe Personenverzeichnis.

erfasste die Wissenschaft und betraf eher nur eine kleine Gruppe von Medizinern und Akademikern (Klumbies 1981).

In den 1960er Jahren traten Strömungen aus dem Ausland hinzu. Seit 1977 ist in Deutschland die Lehre der klinischen Hypnose an Erickson³³ orientiert, der für den Begründer der modernen Hypnotherapie gehalten wird. Ein Jahr später folgte die Stiftung der deutschen Milton Erickson Gesellschaft (Riegel 2010). Das von Erickson entwickelte hypnotische Procedere wurde zu seinem 75. Geburtstag 1976 in der Amerikanischen Zeitschrift für Klinische Hypnose und in der Juli-Ausgabe der Internationalen Zeitschrift für Klinische und Experimentelle Hypnose von 1977 umfassend erläutert. Bezug darauf genommen wurde auch in Publikationen aus der DDR (Katzenstein 1981).

5.2 Vertreter in der DDR

5.2.1 Hellmuth Kleinsorge – eine Biografie

Der Weg nach Jena zum Arztberuf

Hellmuth Kleinsorge wird am 12. April 1920 in Beuel bei Bonn geboren.³⁴ Seine Mutter, geboren am 30. Juni 1887, ist Hausfrau und sein Vater, geboren am 3. September 1884, arbeitet als Jurist.³⁵

Grundschulen besucht er in Beuel, Koblenz und Münster.³⁶ Sein Abitur am Gymnasium erhält Kleinsorge im Februar 1938 in Magdeburg.³⁷ Im Herbst desselben Jahres wird er zur Wehrmacht eingezogen.³⁸ Sein Studium der Medizin beginnt – trotz Resistenz durch sein Elternhaus – 1940. Militärische Dienste im Krieg stoppen die medizinische Ausbildung mehrmals (Belz und Götte 2002). Hin und wieder erhält er Studienurlaub in Leipzig und Jena.³⁹ Bezüglich der Ortswechsel sowohl während der Schulzeit als auch im Studium lassen sich keine detaillierten Informationen finden.

Sieben Jahre später schließt er das Medizinstudium mit dem Staatsexamen im Winter 1944/45 in Jena ab und arbeitet ab 12. April 1945 als Assistenzarzt.⁴⁰ Im selben Jahr vollzieht er seine Promotion zum Sachverhalt „Pervitin-Sucht und Schädigungen“ (Jäger 2001). Hellmuth Kleinsorge ist Schüler bei Speer, der wiederum ein Schüler Binswangers

³³ Prof. Dr. med. Milton Hyland Erickson (1901 – 1980), siehe Personenverzeichnis.

³⁴ UAJ. Personalakte Prof. Dr. med. habil. Hellmuth Kleinsorge D 3636, keine Blattangabe.

³⁵ UAJ. D 3636, Personalbogen, 2-3.

³⁶ UAJ. D 3636, Lebenslauf, 6.

³⁷ UAJ. D 3636, Personalbogen, 2-3.

³⁸ UAJ. D 3636, Lebenslauf, 6.

³⁹ UAJ. D 3636, Lebenslauf, 6.

⁴⁰ UAJ. D 3636, keine Blattangabe. & UAJ. D 3636, Personalbogen, 2-3.

und Nachfolger von Schultz im akademischen Unterricht über Psychotherapie ist (Klumbies 1981). Bei Speer erfährt Kleinsorge Lehren in der Psychotherapie inklusive der Hypnose.⁴¹ Kleinsorge verfügt über fachliche Spezialkenntnisse in den Fächern Röntgenologie, Innere Medizin und Psychotherapie.⁴² Sein Bereich der Wissbegierde erweist sich als außerordentlich üppig und weitet sich später auf die Psychosomatik, die klinische Pharmakologie und Immunologie sowie die Allergologie aus (Jäger 2001). Seit 1945 ist Jena sein Wohnort in der Sickingenstraße 22,⁴³ die auch heute noch in Jena-West existiert.

Kleinsorges Karriere in der Jenaer Zeit

Am 2. Juni 1949 erhält Kleinsorge den Lehrauftrag für medizinische Psychologie.⁴⁴ Er vernimmt die Innere Medizin als Bindeglied der verschiedenen Einzeldisziplinen mit der Aufgabe, die Psychotherapie in die Schulmedizin einzugliedern (Kleinsorge und Klumbies 1959). Ein Jahr später wird er von Professor Lommel⁴⁵ in eine freiwerdende Oberarztstelle eingewiesen.⁴⁶ Lommel als sein Kollege und Vorgesetzter meint über Kleinsorge, dass er sich „außerdem mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt und [...] seine Aufmerksamkeit der Anwendung der Hypnose in der Inneren Medizin zu[wendet], worin er offenbare Begabung besitzt.“⁴⁷

Noch im selben Jahr, am 10. Oktober 1950, wird er zum Dozenten für Innere Medizin ernannt. Der Minister für Volksbildung formuliert in der Ernennungsurkunde: „Ich erwarte, dass der Genannte seine Pflicht im Sinne der Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik erfüllt und das Vertrauen rechtfertigt, das ihm durch diese Ernennung erwiesen wird.“⁴⁸ In dieses Jahr fällt auch die Habilitation für Innere Medizin mit einer Arbeit über „Einwirkungen affektiver Erregungen auf das Blut“ (Geyer 2011). 1951 wird Kleinsorge der Nachfolger von Professor Lommel und gründet eine Psychotherapie-Abteilung, deren Leitung Klumbies als Oberarzt übernimmt (Strauß 2004, Klumbies 2011).

Kleinsorge erhält am 1. Mai 1952 eine Medaille für ausgezeichnete Leistungen und ist außerdem Träger des Vaterländischen Verdienstordens in Bronze.⁴⁹ Einer gesellschaftlichen Beurteilung zufolge zeigt Kleinsorge Bemühungen in der Zusammenarbeit mit der Parteiorganisation der Universität und liefert einen wesentlichen Beitrag zur Pflege von

⁴¹ [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 25 A_01 I (A), Minute 44:15-44:44.]

⁴² UAJ. D 3636, Personalbogen, 2-3.

⁴³ UAJ. D 3636, Personalbogen, 2-3.

⁴⁴ UAJ. D 3636, Abschrift Lehrauftrag, 54.

⁴⁵ Prof. Felix Lommel (1875-1968), siehe Personenverzeichnis.

⁴⁶ UAJ. D 3636, 57.

⁴⁷ UAJ. D 3636, 7.

⁴⁸ UAJ. D 3636, Ernennungsurkunde, 16.

⁴⁹ UAJ. D 3636, 123-124.

„fruchtbringenden Kontakten“ zu Kliniken und Institutionen der sozialistischen Länder. In Verhandlungen verhält er sich „elastisch und strebig“, wie man in einer undatierten gesellschaftlichen Beurteilung in seiner Personalakte lesen kann.⁵⁰ Als ideenreicher Mensch pflegt er „seinen rheinischen Frohsinn und Optimismus“ (Jäger 2001). Sein Charakter sei ebenso von einer „vigile[n] Präsenz, verbunden mit tiefem, psychologischem Einfühlungsvermögen und großer Entscheidungs- und Entschlußkraft“ gekennzeichnet. Seine „[unnachahmliche] Agilität und Mobilität“ zeichne sich auch dadurch aus, dass Kleinsorge über die Gabe verfüge, jüngere talentierte Kollegen zu identifizieren und ihnen dynamisch und konsequent zur Seite zu stehen. Er sei stets auf fachlichen Austausch und auf kollegiale Kommunikation bedacht, worauf seine unermüdliche Teilnahmebereitschaft für Symposien und Versammlungen beruht (Belz und Götte 2002). Kleinsorge ist aktiv involviert in der Introduktion Pawlow'scher Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft sowie Mitglied der Pawlow-Kommission beim Ministerium für Gesundheitswesen in der DDR.⁵¹ Kleinsorge ist im Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB) seit 1946.⁵²

Seine Zeit als Assistenz- bzw. Oberarzt dauert bis Ende Juni 1953 an. Ab 1. Juli übernimmt er als Professor den Lehrauftrag und besitzt den Lehrstuhl für Innere Medizin.⁵³ Im Sommer desselben Jahres wird er zum Direktor der Medizinischen Poliklinik an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena ernannt,⁵⁴ wobei er das Direktorat bereits im Jahr 1952 kommissarisch übernimmt,⁵⁵ und führt dieses Amt bis 31. August 1961 aus.⁵⁶ Am 22. Januar 1957 erfolgt die Ernennung zum ärztlichen Direktor der Universitätskliniken der FSU Jena für eine Dauer von zwei Jahren.⁵⁷ Am 5. Dezember desselben Jahres wird er zum Dekan und Prodekan gewählt.⁵⁸ In einem Beurteilungsschreiben ist zu erfahren, dass er bis zum 15. September 1958 Ärztlicher Direktor bleibt.⁵⁹ 1959 erfolgt die Wahl Kleinsorges zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Allergieforschung der DDR.⁶⁰

⁵⁰ UAJ. D 3636, 96.

⁵¹ UAJ. D 3636, 96.

⁵² UAJ. D 3636, 79.

⁵³ UAJ. D 3636, keine Blattangabe.

⁵⁴ UAJ. D 3636, 17.

⁵⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, 1.

⁵⁶ UAJ. D 3636, 185.

⁵⁷ UAJ. D 3636, 90.

⁵⁸ UAJ. D 3636, 93.

⁵⁹ UAJ. D 3636, 123.

⁶⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 23, Jahresbericht 1959, 23.

Das Ende seiner Tätigkeit in Jena

Am 13. August 1961, dem Tag des Mauerbaus, verfügt er über Papiere zu einer Dienstreise in die BRD, womit er eine legale Ausreise vollziehen kann. Doch er kehrt nicht zurück und teilt dies dem Rektor mit, woraufhin die Partei seine Wohnung sowie Akten und Konten beschlagnahmt (Klumbies 2011[A]). Er kommt nach Celle zu seiner Mutter, als er auf der Rückreise von einem Kongress am 17. August 1961 in Wien, zu dem er vier Tage nach Einführung der Grenzschutzmaßnahmen mit einer Genehmigung reisen darf, erkrankt.⁶¹ Das Ende dieses Monats kennzeichnet das Ende seines Postens als Direktor.⁶² Nachfolger seines Lehrstuhls wird Gerhard Klumbies (Klumbies 1981).

Am 23. November meldet er sich als erkrankt und hält sich in Westdeutschland auf.⁶³ 20 Tage später schickt Kleinsorge einen Brief aus Celle, in dem er auf vorgefallene Gegebenheiten hinsichtlich der Kündigung und dem Ende seiner Jenaer Zeit Bezug nimmt. Wie er schreibt, sei er bei seiner „Arbeit in Jena sehr glücklich gewesen“. Doch sein Verhalten bezüglich des „Bauprojektes Lobeda“ ließ „kritische Stimmen gegen [ihn] laut“ werden, währenddessen er betont „nicht [seine] persönlichen Interessen vertreten“ zu haben, sondern „im Interesse der Jenaer Bevölkerung und der Klinik“ gehandelt zu haben. Seine Verärgerung beruhe nicht auf der Ablehnung seines Projektes, sondern „wegen der Form, in der das geschah“. Im Brief vom 23. Dezember 1961 formuliert Kleinsorge, dass er „immer nur auf Umwegen erfahren [habe], wie man [seine] Vorschläge beurteilte.“ Er relativiert, dass die „Geschehnisse ja auch keinesfalls [den] Kündigungsgrund darstellen, sondern lediglich einen Hinweis auf die Atmosphäre der vergangenen Monate geben.“ Seine „Lage hier war nicht sehr rosig.“ Kleinsorge beschreibt, dass er „für [sein] ganzes Leben lang eine starke Beeinträchtigung im Gebrauch des linken Armes und eine äußerliche Entstellung der linken Schulter zurückbehalten“ habe, was vermutlich mit der Erkrankung in Zusammenhang steht. Des Weiteren kritisiert er den Umgang in dieser Situation, in dem er formuliert: „Allerdings wäre es vielleicht auch für mich beruhigend gewesen, wenn man sich von maßgeblicher Seite nach meinem Befinden erkundigt hätte, wie dies ja im allgemeinen bei Kranken üblich ist.“ Über eine eventuelle Rückkehr äußert sich Kleinsorge wie folgt: „[Das wäre] für mich nur denkbar gewesen, wenn ich aus Ihrem Schreiben entnommen hätte, was mich in Jena konkret erwartete. Da Sie auch keinerlei Andeutungen gemacht haben, daß vielleicht doch in der Art und Weise, wie meine Kontosperrung gehandhabt wurde, ein Fehler steckte, wäre meine Rechtfertigung lediglich auf eine Entschuldigung

⁶¹ UAJ. D 3636, 96.

⁶² UAJ. D 3636, keine Blattangabe.

⁶³ UAJ. D 3636, 105.

hinausgelaufen“ und resümiert mit den Worten: „Die Konsequenz meiner Entscheidung muß ich selber tragen. Ich gebe mich keinen Illusionen darüber hin, daß ich ein derartiges Tätigkeitsfeld wie in Jena nicht mehr [...] finden werde“ und zeigt damit auch die Einzigartigkeit seiner Arbeit in Jena auf: Als ärztlicher Direktor und zusätzlich als Lehrbeauftragter verfügte er über ein verantwortungsvolles Tätigkeitsfeld, wobei er sich oben genannte Auszeichnungen verdient.⁶⁴

In Jena deutet man Kleinsorges Ausreise als „illegalen Abgang in die Bundesrepublik“, mit dem er „[im] Gegensatz zu seiner bisher positiven Entwicklung [...] das in ihn gesetzte Vertrauen gröblichst verletzt“⁶⁵ und sich „den Verpflichtungen gegenüber seinen Mitbürgern durch Verlassen der DDR entzogen“ habe (Skibbe 1977).

Kleinsorge geht an die Fakultät in Heidelberg. Dort besteht kein Engpass an Ärzten, da zahlreiche Geflüchtete ansässig sind. Es herrschen Vollbesetzung und langfristige Entwicklungspläne. So kommt es zwar zur Anmeldung von Vorlesungen, aber ein Anschluss an eine klinische Einrichtung gelingt nicht, was ihn veranlasst, bei pharmakologischen Firmen beratend tätig zu werden (Klumbies 2011[A]).

Die Rückkehr in die DDR

Einige Monate vergehen und er wendet sich an den Rektor in Jena mit der Absicht eine eventuelle Rückkehr in Betracht zu ziehen, in dem er äußert, dass er „bei seiner Absage an Jena schmerzhaft erkrankt gewesen und durch die Beschlagnahme seines Eigentums verschreckt worden“ sei. Der Rektor verneint in Verbindung mit der Partei und dem Ministerium jegliche Möglichkeiten. Kleinsorge kommt dennoch wieder zurück in die DDR. In Berlin hat er viele Bekannte in den Reihen führender Funktionäre. Gleich einer „Heimkehr des verlorenen Sohnes“ und sich ausgesprochen zum Sozialismus bekennend, steht das Tor zur DDR und zu einer Stelle als Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses in Schwerin offen. Des Weiteren erhält er wieder Mitwirkung im Zentralen Gutachterausschuss, in der Leitung der Gesellschaft für Psychotherapie und die Ermächtigung zur Vertretung der DDR-Wissenschaft im Ausland, wie in seinem Einzelvertrag zu lesen ist. In Jena allerdings gilt er als Republikflüchtling, „von dem jeder abrücken müsse“ (Klumbies 2011[A]).

So meldet er sich also in der DDR zurück und arbeitet nun in Schwerin im Bezirkskrankenhaus.⁶⁶ Dann beginnt ein reger Briefwechsel zwischen dem Rat des Bezirkes Schwerin, der eine Beurteilung Kleinsorges fordert, und der Kaderabteilung der Friedrich-

⁶⁴ UAJ. D 3636, 108-112.

⁶⁵ UAJ. D 3636, 124.

⁶⁶ UAJ. D 3636, 125.

Schiller-Universität, die daraufhin ein Schreiben verfasst, auf welches Kleinsorge allerdings wegen fehlendem Einverständnisses am 1. Februar 1963 Einspruch erhebt.⁶⁷ Darauf entgegnet Dr. Schönberg, der Sekretär des Rektors, am 26. Juli, dass die „Fakultät [endlich] von den Belästigungen durch Prof. Kleinsorge verwahrt bleiben“ wolle und äußert „in der Angelegenheit Kleinsorge keine Zeile mehr zu schreiben“.⁶⁸ Fast ein Jahr später kann dann der Rat des Bezirkes Schwerin kundtun, dass man „vom Staatssekretariat für Hoch- und Fachhochschulwesen die neueste Beurteilung vom 15.5.1964 erhalten“ habe.⁶⁹ Dieser überarbeitete Entwurf nimmt Bezug auf Kleinsorges Vorlesungstätigkeit im Rahmen der „Medizinischen Psychologie“, die sich später in der gesamten DDR als Pflichtvorlesung etabliert.

Kleinsorges breitgefächertes Tätigkeitsspektrum

Dank Kleinsorge besteht schon eine frühzeitige Kooperation mit der pharmazeutischen Industrie. Während seiner Zeit als Leiter entstehen vier Habilitationen sowie 30 Promotionen. Seine „offene und klare Haltung“ verschaffe ihm Beliebtheit bei Kollegen und Mitarbeitern. „Bei den Patienten hat die von ihm geleitete Universitätspoliklinik sich trotz räumlicher Schwierigkeiten ein gutes Ansehen erworben.“ Häufig bestehende Hospitationswünsche veranlassen ihn zu insgesamt neun ärztlichen Fortbildungskursen für Psychotherapie.⁷⁰ Mit Erhalt der Ernst-von-Bergmann-Plakette im Jahre 1980 wird er für seine bereitwilligen Leistungen hinsichtlich zahlreicher Schulungskurse für Ärzte gewürdigt (EB 2001).

Als Lehrbeauftragter ist Kleinsorge zur Fortführung des psychotherapeutischen Unterrichts in Jena verantwortlich, bringt eine spezielle Psychotherapie-Abteilung als Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik hervor und ist Veranstalter vieler ärztlicher Fortbildungskurse, in denen alle psychotherapeutischen Methoden Berücksichtigung finden inklusive Hypnosedemonstrationen sowie Übungen zum autogenem Training, wodurch ein internationaler Diskussionskreis, vor allem in Hinblick auf die Staaten Frankreich, Ungarn und der Sowjetunion, erschaffen ist (Klumbies 1981).

Bereits anfangs seiner Karriere widmet sich Kleinsorge Experimenten mit der Hypnotherapie bei körperlichen Störungen an der Medizinischen Klinik der Universität Jena, wie aus der ostdeutschen Psychotherapiechronik der zweiten Jahreshälfte 1945 hervorgeht (Geyer 2011). Er hält Vorträge in wissenschaftlichen Gesellschaften, wie beispielsweise

⁶⁷ UAJ. D 3636, 138.

⁶⁸ UAJ. D 3636, 163.

⁶⁹ UAJ. D 3636, 198.

⁷⁰ UAJ. D 3636, 185-188.

1947 zum Thema „Hypnose und Medizin“ für die Medizinisch-Wissenschaftliche Arbeitsgemeinschaft an der Universität Jena und 1950 über „Psychotherapie und ihre soziale Bedeutung“ vor der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Innere Medizin.⁷¹

Ein erstmaliger Entwurf für einen „Facharzt für Psychotherapie“ findet man von Kleinsorge und Höck⁷² in den Dokumenten der Gesellschaft für Psychotherapie, der allerdings nicht datiert ist, aber wahrscheinlich von 1965 stammt (König 2011).

1965 findet der dritte Jahreskongress der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie in Schwerin statt, dessen Leitung er nach einer Neuwahl als erster Vorsitzender übernimmt. Zu dieser Zeit ist er bereits Leiter des Schweriner Krankenhauses (Geyer 2011).

Den November und Dezember des Jahres 1965 verbringt Kleinsorge auf dem DDR-Kreuzfahrtschiff „MS Völkerfreundschaft“, auf dem er mit dem Dermatologen Linser aus Berlin an der Durchführung einer Hochseeklimakur arbeitet (Geyer 2011). Auf dem Klimaschiff sind 300 Ekzematiker und 150 Asthmatiker untergebracht. Die Konstruktion des Schiffes gleicht der einer Klinik. Kleinsorge übernimmt die ärztliche Betreuung der Asthma-Patienten. Die Route führt etwa vier Wochen entlang des atlantischen Ozeans.⁷³ Der Kurs geht durch das Kattegat und Skagerrak bis nach Gibraltar ins Mittelmeer.⁷⁴ Kurt Höck und Helga Hess⁷⁵ sind ebenfalls an diesem Forschungsprojekt beteiligt (Geyer 2011) und explorieren, dass Asthmatiker kein uniformes Patienten Klientel sind. So wird zwischen einer rein organisch bedingten Funktionsstörung einerseits und Asthma, welches auf Konflikten in der Persönlichkeitsstruktur und im Charakter basiert, unterschieden. Als Konsequenz für die Therapie ist demzufolge ausschlaggebend, ob die Erkrankung ätiologisch auf psychischen Abnormalitäten fußt oder nicht.⁷⁶ Auch autogenes Training wird auf dem Schiff praktiziert. Die Therapieerfolge belaufen sich auf bis zu 85 Prozent.⁷⁷

Nach Wiedereintreffen von der Klimakurreise im Dezember 1965 erhält er vom Schweriner Bezirksarzt ein Schreiben, welches die Entlassung als Klinikdirektor beinhaltet. In Schwerin sei „eine Revolution gegen ihn angezettelt worden“. Somit schreitet seine Entscheidung fort,

⁷¹ UAJ. D 3636, 14.

⁷² Kurt Höck (1920-2008), siehe Personenverzeichnis.

⁷³ Aus dem Interview von Hariet Kirschner mit Erika Ebstein am 2. Juli 2020, Seite 17, Zeile 485-490, SiSaP-Projekt.

⁷⁴ Aus dem Interview von Hariet Kirschner mit Erika Ebstein am 2. Juli 2020, Seite 110, Zeile 3449, 3450, 3458, SiSaP-Projekt.

⁷⁵ Dipl.-Psych. Helga Hess (geb. 1940), siehe Personenverzeichnis.

⁷⁶ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 32, keine Blattangabe.

⁷⁷ Aus dem Interview von Hariet Kirschner mit Erika Ebstein am 2. Juli 2020, Seite 19, Zeile 550-552, SiSaP-Projekt.

nach der Fertigstellung und Herausgabe des Buches „Die Hochseeklimakur“ von Linser/Kleinsorge endgültig in den Westen zu gehen (Klumbies 2011[A]).

Kleinsorge leitet vom 5. bis 7. Juni 1967 einen Kongress in Bad Elster, der die vierte Jahrestagung der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie (GÄP) markiert, dessen erster Vorsitzender Kleinsorge mittlerweile ist.⁷⁸ Zum Gründungstag der GÄP am 10. Juni auf der Tagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie in Leipzig zum Thema „Psychohygiene und PT“ wird Kleinsorge in der Gründungsversammlung als zweiter Vorsitzender gewählt (Geyer 2011).

Neben seinen Aufenthalten zum einen 1961 in Celle⁷⁹ und zum zweiten ein Jahr später in Schwerin⁸⁰ ist bekannt, dass er im Jahr 1968 die DDR erneut verlässt und zwar „mit seiner Braut“ (Klumbies 2011[A]). Die Tendenzen der Politik nach 1945 erachtet er mit Skepsis, was „im Zusammenhang mit dem Mauerbau [in einer] offenen Konfrontation“ resultiert und wegen anhaltender „politisch bedingte[r] Querelen“ in Schwerin die Entscheidung zum Abgang in die BRD unterstreicht (Jäger 2001).

Am Mannheimer Klinikum empfängt er 1969 eine Professur der Universität Heidelberg (Jäger 2001) und wird im nächsten Jahr zum Honorarprofessor ernannt. Dann rücken pharmazeutisch-wissenschaftliche Tätigkeiten in den Mittelpunkt, die er bis ins hohe Alter als gefragter Gutachter und Ratgeber wahrnimmt. Kleinsorge wird Forschungsleiter der Knoll AG und künftig ebenso in der BASF (EB 2001, Jäger 2001).

Im Dezember des Jahres 1975 befindet er sich in Neustadt-Haardt in der Pfalz.⁸¹ Ab 1981 leitet er in Mainz und Bonn (Belz und Götte 2002) die Medizinisch-Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V. (MPS) sowie die Paul-Martini-Stiftung (PMS) als Hauptgeschäftsführer in Neustadt an der Weinstraße (EB 2001).

Kleinsorges weitgefächertes Engagement wird durch die Mitgliedschaft in vielen Kommissionen bestätigt. 1947 ist er einer der Mitbegründer des Marburger Bundes, wovon er später den Ehren-Reflexhammer verliehen bekommt. In zahlreichen Organisationen gilt Kleinsorge als Ehrenmitglied. Beispielsweise sei die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie e.V. genannt (EB 2001).

Auch in seiner Rentnerzeit nimmt Kleinsorge noch Kooperationen mit Pharmazie-Firmen wahr und kommt somit weiterhin seinem Interesse für die klinische Pharmakologie nach.

⁷⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 32, keine Blattangabe.

⁷⁹ UAJ. D 3636, 108.

⁸⁰ UAJ. D 3636, 79.

⁸¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 11, keine Blattangabe.

Auf diesem Gebiet entdeckt Kleinsorge beispielsweise 1953 die Sulfonylharnstoffe (Carbutamid) und deren Blutzuckerreduktion und 1958 spürt er Ajmalin als Antiarrhythmikum auf (Belz und Götte 2002). Damit leistet er Erkenntnisse, die bis heute einen klinischen Nutzen haben.

Hellmuth Kleinsorge stirbt als „eine der herausragenden Persönlichkeiten der Deutschen Medizin der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts“ (Belz und Götte 2002) am 7. Juli 2001⁸² im Alter von 81 Jahren (Klumbies 2011[A]). Er wird als eifriger Arzt, als klinischer Wissenschaftler und produktiver Geschäftsmann in der Pharma-Industrie gewürdigt und als großherzige Persönlichkeit sowie „Grandseigneur der klinischen Forschung“ wertgeschätzt (Belz und Götte 2002).

5.2.2 Gerhard Klumbies – eine Biografie

Von Königsberg (Preußen) bis ins thüringische Jena

Gerhard Klumbies wird am 5. Dezember 1919 in Königsberg geboren, wo er auch Kindheit und Jugend verbringt. Die Stadt Immanuel Kants gibt Anlass, sich mit der Philosophie zu befassen (Strauß und Geyer 2015). Auch in Klumbies' Lehrbuch von 1959 findet Kant Erwähnung (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Er besucht das Wilhelm-Gymnasium, wo er 1939 das Abitur erlangt (Jäger 1984). Aufgrund des Mangels an Ärzten in Königsberg wird ihm ein Studium erlaubt, welches nach Einsätzen in Polen sowie Frankreich 1940 anfängt und einige Interruptionen aufgrund von Kriegseinsätzen an der russischen Front als auch in Lazaretten erfährt (Strauß 2004). Während des Zweiten Weltkrieges beginnt er nun also in seiner Geburtsstadt mit dem Medizinstudium als Soldat und setzt nach der Zerstörung Königsbergs in Greifswald fort (Strauß und Geyer 2015).

Die Familie wird 1943 ausgebombt. Während seiner Zeit in Greifswald wird ihm mitgeteilt, dass Königsberg eingenommen sei. Die Eltern seien geflohen und in der Ostsee umgekommen. All seine Lehrmaterialien seien im Feuer zerstört worden. Wie ihm später auffällt, ist diese Nachricht falsch und die Eltern seien wohlbehalten in Dänemark.

Für ihn ist es „ein Fest zu studieren“ und er hegt eine große Begeisterung für die Phylogenie. Sein Vater ist Pastor und verfolgt die Schöpfungsgeschichte der Bibel, worüber sich Klumbies eine andere Meinung bildet, indem er meint: „so geht das nicht.“ Er nimmt die Anatomie im Sinne der Entwicklungsgeschichte wahr (Strauß 2004).

⁸² UAJ. D 3636, keine Blattangabe.

Klumbies begeistert sich für Interaktionen zwischen Körper und Seele sowie der „funktionellen Seite der Organe“. Er meint später dazu: „Ich begann mich für die Psychotherapie zu interessieren, Literatur zu studieren und erfuhr die stärksten Anregungen durch Patienten mit einer psychosomatisch geprägten Anamnese.“ Neben der Philosophie in Verbindung mit Kant liegt sein Interessengebiet auch in Einsteins Relativitätstheorie. Klumbies ist des Weiteren einer der ersten Vertreter, der in der Psychotherapie an der Vererbung von erworbenen Verhalten festhält (Klumbies 2011, Strauß und Geyer 2015). Von Klumbies stammt der Ausspruch, „dass die Übereinstimmung zwischen Vernunft und Natur nicht dadurch zustande kommt, dass es in der Natur vernünftig zugeht, sondern in der Vernunft natürlich“ (Vollmer 1988 zitiert nach: Strauß und Geyer 2015).

Zu seinen Dozenten gehört Konrad Lorenz, der zwischen 1940 und 1945, zu Klumbies' Studienzeiten, den Lehrstuhl für Philosophie in Königsberg besitzt (Strauß und Geyer 2015). Auf Lorenz, einem späteren Nobelpreisträger, geht die vergleichende Verhaltensforschung zurück, die unter Beteiligung von Klumbies auch von der Kant-Gesellschaft aufgegriffen wird.

Besonders gutes Auskennen beweist er auf dem Gebiet der Elektrokardiografie. Während des Krieges wird er aus Russland nach Königsberg zu einer Untersuchungsstelle von Flugzeugen kommandiert, wo er mit dem jungen Dozenten Lothar Wendt, der gerade sein Buch „Die physikalische Analyse des EKG“ voranbringt, zusammenarbeitet (Klumbies 2011).

Zu Ende des Krieges famuliert er in Aue und Lichtenstein (Strauß und Geyer 2015). Der Grund, gerade nach Aue in Sachsen zu gehen, besteht darin, da sich dort seine Schwester mit ihrem Sohn, also seinem Neffen, aufhalten und dort wohnhaft sind.⁸³ Er leistet Unterstützung in einem Lazarett vor Ort, nach dessen Auflösung er das Erzgebirge verlässt und nach Jena geht, wo er zunächst beim Wiedererrichten des Universitätsgebäudes hilft (Strauß und Geyer 2015).

Hier ist Klumbies 1945 als Bauhilfsarbeiter beteiligt, der universitären Wiedereröffnung den Weg zu ebnen (Jäger 1984). Klumbies erkundigt sich über verschiedene Universitätsstädte, darunter auch in Berlin und Leipzig, und entscheidet sich schließlich für Jena, da hier wahrscheinlich am frühesten wieder der Lehrbetrieb aufgenommen werden wird.⁸⁴ Neben

⁸³ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 11.01.2022. [Dr. Achim Klumbies ist einer der Söhne von Prof. Gerhard Klumbies.]

⁸⁴ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 11.01.2022.

Leipzig habe er auch in Halle, Dresden und Berlin die massive Destruktion der Städte wahrgenommen.⁸⁵

Der Start in die Laufbahn als Mediziner

Nach Abschluss der letzten beiden Semester des Studiums in Jena⁸⁶ ist er zunächst ab 1946 Assistent in der Frauenklinik und ein Jahr später, seinem internistischen Interesse entsprechend, in der Inneren Medizin bei Lommel (Jäger 1984, Strauß 2004), den Klumbies als „hervorragende Persönlichkeit“ mit „beruflicher Schaffensfreude“ würdigt. Lommel erfuhr in seiner Tätigkeit als Lehrer und Dozent auch bei der Studentenschaft eine große Begehrtheit: „Er brachte eine glänzende Differentialdiagnose und würzte sie mit einem wunderbaren trockenen Humor“ (Klumbies 1968).

Nach dem Zweiten Weltkrieg heiratet er in Jena. Seine Frau stirbt allerdings 1953 an einer Tuberkulose-Erkrankung, was Klumbies umso mehr für die Innere Medizin motiviert (Strauß und Geyer 2015).

Klumbies wird 1952 Oberarzt (Jäger 1984) und somit Leiter der Abteilung für „Internistische Psychotherapie“ in der Klinik für Innere Medizin, dessen Gründung 1951 auf Kleinsorge zurückgeht (Klumbies 2011, Strauß und Geyer 2015). In dieser Einrichtung wird die Jenaer Tradition von Hypnose und autogenem Training weitergelebt, die auf Persönlichkeiten wie Binswanger und Schultz zurückgeht. Neben Crodel⁸⁷ in Halle wagen auch Kleinsorge und Klumbies in Jena erste Bestrebungen mit der Pawlow'schen Schlaftherapie, die in Jena seit 1945 praktiziert wird (Kleinsorge und Klumbies 1953, Geyer 2011).

Klumbies entdeckt die Psychosomatik dank Kleinsorge, der die Hypnose Anfang der 50er Jahre aktiv anwendet und Klumbies beauftragt, währenddessen Elektrokardiogramme anzufertigen (Strauß 2004). In Klumbies' Veröffentlichungen ist das sogenannte „psychische Belastungselektrokardiogramm“ erwähnt. Dabei wird parallel zur Ableitung eines EKG verbal auf bestimmte emotional verwurzelte Themen aus der Patientenbiografie eingegangen, wobei sich genau zu diesem Zeitpunkt aus dem bislang bestehendem Normalbefund EKG-Veränderungen entpuppen, die dann beispielweise die Diagnose „psychogene Koronarspasmen“ definieren (Klumbies 1952).

Gemeinsam mit seinem „kongenialen“ Kollegen Kleinsorge führt er bereits ab 1947 Forschungstätigkeiten auf dem psychosomatischen Terrain durch (Strauß und Geyer 2015).

⁸⁵ [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 25_A_01 I (A), Minute 21:38-22:22.]

⁸⁶ [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 25_A_01 I (A), Minute 24:55-25:15.]

⁸⁷ Dr. med. Hans-Walter Crodel (1919-2017), siehe Personenverzeichnis.

In Bezug auf Kontakte innerhalb Ostdeutschlands bejaht Crodel aus Halle an der Saale eine wechselseitige Unterstützung, die allerdings auf gewisser Distanz beruhe, wozu er meint: „Ich glaube, es lag daran, dass ich deren psychophysiologische Experimente nicht mochte. Die haben Versuchspersonen geängstigt und dann die Reaktionen gemessen. Das war nichts für mich. Das kann man nicht machen“ (Geyer 2011).

Ein wachsender Aufgabenbereich mit Herausforderungen

Auch Klumbies ist aktiv hinsichtlich ärztlicher und psychologischer Weiterbildungsangebote und organisiert viele Lehrgänge und Tagungen (Strauß und Geyer 2015). Beispielsweise hält er 1952 auf den Lindauer Psychotherapiewochen Referate über seine psychophysiologischen Forschungen und die Psychotherapie des Internisten (Geyer 2011).

Seine Promotion A stammt aus dem Jahr 1946. Die Promotion B wird 1953 abgeschlossen, in dem Jahr, in dem Klumbies auch Facharzt wird.⁸⁸ In seiner Habilitationsschrift zum Thema „Negative P im EKG“⁸⁹ sollte der grundsätzlichen Theorie, dass negative P-Wellen im EKG per se pathologisch seien, entgegnet werden. In der Beweisführung wird auf die Beachtung der physiologischen atemabhängigen Arrhythmie und auf Veränderungen der Position der Vorhöfe verwiesen (Klumbies 1955).

Noch im selben Jahr erhält Klumbies die Berufung als Dozent und fünf Jahre später den Lehrauftrag für Innere Medizin (Jäger 1984). Ab 1958 ist er als Professor für Innere Medizin tätig (Klumbies 1961). In „seiner Klinik“ ist erstmals in der DDR ein Studentenpraktikum für Innere Medizin in einer Poliklinik vorgesehen (Friedrich-Schiller-Universität Jena 1970).

1959 erwarten ihn ambitionierte Aufträge seitens der Fakultät, die eine gänzliche und alleinige Hingabe für die Psychotherapie-Abteilung nicht mehr zulassen. Als ärztlicher Direktor in den Jahren 1960 bis 1964 (Jäger 1984), wobei er sich „mit übergeordneten administrativen Aufgaben für alle Kliniken befasst“⁹⁰, und Prodekan ist er für den Ortswechsel des Universitätsklinikums Jena aus dem Zentrum nach Lobeda verantwortlich, wobei er die Planungsgruppe aus allen Klinikdirektoren, der Universität, der Stadt und übergeordneter Stellen des Gesundheitswesens sowie der Regierung anführt (Klumbies 2011).

Am 10. Juni 1960 wird Klumbies in der Gründungsversammlung der GÄP in Leipzig auf der Tagung der Medizinisch-Wissenschaftlichen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie als Sekretär gewählt. Die GÄP bringt während der DDR-Zeit bis 1990 über zehn Jahreskongresse mit internationalen Teilnehmern hervor und trägt in der Wendezeit zur

⁸⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 25, keine Blattangabe.

⁸⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 40, 20.

⁹⁰ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 07.01.2022.

Annäherung der beruflichen und fachlichen Gegebenheiten zwischen DDR bzw. neuen Bundesländern und BRD bzw. alten Bundesländer bei und wird erst im Jahre 2003 aufgelöst (Geyer 2011).

Der Weggang Kleinsorges von der Jenaer Klinik im Jahr 1961 veranlasst den Rektor, Klumbies zu bitten, in Jena zu bleiben, um eine kommissarische Leitung der Medizinischen Poliklinik zu übernehmen. Zu diesem Zeitpunkt ist Klumbies bereits als Leiter der Medizinischen Klinik und Ärztlicher Direktor des Heinrich-Braun-Krankenhaus-Komplexes nach Zwickau gewählt und besitzt dort schon eine Wohnstätte (Klumbies 2011[A]). Zwickau erscheint als Arbeitsstätte deshalb attraktiv, da es eine große Klinik für Innere Medizin besitzt und die Chefstelle zu vergeben ist.⁹¹

Schließlich übernimmt Klumbies 1962 in Jena den Aufgabenbereich eines ordentlichen Professors für Innere Medizin und wird Direktor der Medizinischen Poliklinik (Jäger 1984). Bereits vor 1962 hat er die kommissarische Leitung inne und behält den Direktorenposten bis ins Jahr 1985.⁹²

In Aktenunterlagen findet man verschiedene Postadressen von Klumbies: Dabei ist die Bachstraße 18 die dienstliche Anschrift der Poliklinik sowie des Uniklinikums vor dem Umzug nach Lobeda. Die Westendstraße 24 und der Reichardtstieg 5 sind private Anschriften der Wohnung der Familie Klumbies.⁹³

Zu Kleinsorges Entschluss, 1961 nicht wieder zurück in die DDR zu ziehen, erwähnt Klumbies: „In der damals üblichen Weise hatten die Universitäts- und Parteileitung dafür zu sorgen, dass Klinikangehörige und Studenten sich in Resolutionen von Kleinsorge distanzieren und völliges Unverständnis für seinen Schritt heuchelten und dass er die Patienten im Stich ließ“ und fügt über dessen Rückkehr über Berlin wieder zurück in die DDR hinzu, dass „Herr Kleinsorge in Jena und Berlin einen so krass unterschiedlichen Eindruck erweckt hatte, war mir damals nicht bekannt.“

1963 soll die Einladung zu einem Psychotherapiekurs erfolgen und für Klumbies besteht kein Zweifel daran, auch den damals Vorsitzenden der GÄP der DDR mit anzuschreiben. Doch Kleinsorges Anwesenheit als Republikflüchtling ist in Jena nicht willkommen. Vom Kreissekretär der Partei wird bereits bei einer ersten Visitation in Jena das Verbot des Betretens der Pforte des Klinikums ausgesprochen. Es heißt: „Er dürfe jetzt auf keinem Fall in Jena erscheinen!“ Doch an Klumbies' Stelle würde eine persönliche Ausladung noch

⁹¹ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 11.01.2022.

⁹² [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 25 B_01 I (B), Minute 23:00-24:19.]

⁹³ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 10.01.2022.

mehr Ärger sowohl in Berlin als auch in Jena stiften, was ihn dazu bringt, per Telegramm an alle Teilnehmer am Vortag des Kurses eine Absage zu verschicken (Klumbies 2011[A]).

Aus dem Protokoll der Leitungsbesprechung vom 6. Mai 1967 entstammt, dass Klumbies von der Akademie für ärztliche Fortbildung aufgefordert wird, ab 1968 wieder mit der Klinik den Facharztlehrgang und einen Psychotherapiekurs für Fortgeschrittene durchzuführen, worauf beides zugesichert wird.⁹⁴

1969 entstehen innerhalb der GÄP erste Sektionen nach Fachdisziplinen, wobei Klumbies die dritte Sektion „Hypnose und autogenes Training“ übernimmt (Maaz 2011).

Klumbies ist Hauptbeteiligter an der Formierung der Voraussetzungen für die Facharztweiterbildung für Innere Medizin in der DDR. Des Weiteren ist er der erste Bezirks-Fachkommissionsleiter für Allgemeinmedizin für fünf Jahre, mit der Absicht, dass die Allgemeinmedizin ein eigenständiges Fach wird (Skibbe 1977).

In den Jahren 1971 und 1972 ist er als Sekretär der Zentralen Fachkommission der DDR für Innere Medizin tätig.⁹⁵ Nach mehrjährigen Einsätzen im Vorstand wird Klumbies 1976 Ehrenmitglied der Gesellschaft für Innere Medizin der DDR. Kooperation und Erfahrungsaustausch unter Kollegen stehen im Vordergrund und begründen sein umfangreiches Engagement in vielen Vorständen und Symposien. 1982 empfängt er das Prädikat Obermedizinalrat (Jäger 1984). Auch in etlichen anderen Organisationen wird er als Ehrenmitglied aufgenommen, darunter in die Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie der DDR, die Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Autogenes Training, die Milton-Erickson-Gesellschaft für klinische Hypnose und die Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose.

1980 wird Gerhard Klumbies die „John-Rittmeister-Medaille“ verliehen – ein Zeichen besonderer Leistungen und Verdienste, die in Verbindung mit der Weiterentwicklung der Psychotherapie stehen und würdigungsvoll sind (Geyer 2011).

Über viele Jahre arrangiert sich Gerhard Klumbies in der Redaktion der Zeitschrift „Medicamentum – Informationen für Ärzte und Apotheker“. Außerdem ist er Mitglied des Zentralen Gutachterausschusses für Arzneimittelverkehr beim Ministerium für Gesundheitswesen, sitzt in der Staatlichen Pawlow-Kommission, ist Vorsitzender der Bezirksfachkommission für Allgemeinmedizin, vertritt die Expertenkommission für Seuchenschutz und den Operativstab für Seuchenschutz des Bezirkes Gera, die Ständige Kommission für Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Jena und des Bezirkes Gera

⁹⁴ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 17, keine Blattangabe.

⁹⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 13, keine Blattangabe.

sowie arbeitet als Leiter des Aktivs für ambulante und stationäre Versorgung der Stadt Jena (Seidel 1979).

Eine „harmonisch ausgeglichene Persönlichkeit“

Prof. Klumbies verfüge über eine „harmonisch ausgeglichene Persönlichkeit, die mit Takt und Feingefühl zu rügen weiß ohne zu verletzen.“ Er Sorge für eine angenehme Arbeitsatmosphäre (Friedrich-Schiller-Universität Jena 1970). Die Mitwirkenden seiner Klinik schätzen ihn für seine „uneigennützig Unterstützung“, da er ihnen „ein großes Feld für die eigene schöpferische wissenschaftliche Tätigkeit und Entwicklung“ zur Verfügung stelle. Viele ehemalige Kollegen aus seiner Arbeitsgruppe erfüllen später „leitende Funktionen im territorialen Gesundheitswesen, an Hochschuleinrichtungen oder in staatlichen Organen“ (Jäger 1984).

Einer seiner Kollegen ist Gerhard Schaeffer, der 1974 im Rahmen der Danksagung in Klumbies Lehrbuch „Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin“ im Vorwort zur ersten Auflage erwähnt wird (Klumbies 1983). Schaeffer ist Facharzt für Innere Medizin sowie Psychotherapie (Röhrborn 2011) und findet als Interessent für qualifizierte Psychotherapie nach Jena. Er wird 1960 Abteilungsarzt der Psychotherapie, 1969 Oberarzt und habilitiert sich 1984 über chronische Colitis ulcerosa. Er verstirbt mit 64 Jahren frühzeitig. Sofort übernimmt 1985 Margit Venner⁹⁶ die Abteilungsleitung. Sie tritt 1956 in die Jenaer Klinik ein, absolviert ihre Promotion und ist ebenfalls Fachinternistin. Ihrem Wunsch zufolge ist sie in der Psychotherapie tätig. Gemeinsam mit Schaeffer arbeitet sie an der Formierung einer internistischen Gruppenpsychotherapie und verfügt über Kontakt zu Höck. Sie ist hauptsächlich an der Gründung der Regionalgesellschaft im Bezirk Gera beteiligt und betätigt sich dort im Vorstand. Neben psychotherapeutischen Grundkursen ist sie in Selbsterfahrungsgruppen aktiv. Sie erhält die Anerkennung des Facharztes für Psychotherapie (Klumbies 2011[A]).

Aus Aktenunterlagen erfährt man, dass Klumbies kein Mitglied der SED ist.⁹⁷

Eine suggestivtherapeutische Neuheit: die Ablationshypnose

1984 findet Klumbies' Emeritierung statt (Klumbies 2011[A]). Die Poliklinik wird zu Beginn der 80er Jahre allmählich in die Klinik für Innere Medizin integriert, sodass die einzelnen Abteilungen den jeweiligen Stationen zugeschrieben sind. Klumbies verfügt weiterhin über ein Zimmer in der pulmologischen Abteilung in der Bachstraße, hat aber keine spezifischen

⁹⁶ Dr. med. Margit Venner (geb. 1937), siehe Personenverzeichnis.

⁹⁷ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 25, keine Blattangabe.

Leitungsaufträge mehr. Er übernimmt bis 1985 weiterhin Promotionsbetreuungen und Vorlesungen⁹⁸ und ist als Professor für Innere Medizin am Klinikum der FSU Jena aktiv.

Er zählt als eine der einflussreichsten Persönlichkeiten in der Geschichte der Psychotherapie und Psychosomatik Deutschlands in der Nachkriegszeit (Strauß und Geyer 2015). Klumbies gehört unter den Ende der 70er Jahre noch tätigen Ärzte der DDR zu einem der ersten, die sich in der Praxis mit Hypnotherapie befassen. Er kann ein üppiges Erfahrungsgut aufweisen (Katzenstein 1978).

Auf dem Gebiet der suggestologischen Psychotherapie bringt Klumbies eine völlig neue Methode hervor: die Ablationshypnose, die ihm auch über die nationalen Grenzen hinaus an Bekanntheit gewinnen lässt (Klumbies 1981, Jäger 1984). Dabei ist die Anwendung so modifiziert, dass der Patient unabhängig vom Therapeuten die Hypnose über eine bedingt-reflektorische Reaktion beispielsweise mit Hilfe eines Tonbandgerätes ausführt (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Generell erfährt die Hypnose in Jena von Klumbies einen einflussreichen Beitrag zur Entfaltung dieses Therapieverfahrens, wodurch das Universitätsklinikum Jena ein psychotherapeutisches Zentrum in der DDR wird, in dem unter anderem durch die von Klumbies geführte Station für internistische Psychotherapie suggestive Methoden eine bedeutende Rolle spielen (Strauß 2004, Strauß und Geyer 2015).

Über die Wendezeit

Über die Wendezeit äußert sich Klumbies sowohl mit Begeisterung als auch mit Enttäuschung: „Die Wende war der Traum meines Lebens, nicht nur weil ich Verwandte ‚drüben‘ hatte. Es war mein sehnlichster Wunsch, erstens die Wiedervereinigung Deutschlands zu erleben und zweitens Königsberg wiederzusehen. Beides hat sich dann auch erfüllt.“ Er meint weiter: „Nur in der Psychotherapie kam es etwas anders, als ich mir das vorgestellt hatte. Im Grunde wurde unsere vielseitig orientierte Psychotherapie mit ihren vielen Methoden nicht wirklich beachtet. Nach der Wende gab es plötzlich nur noch die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie“ (Strauß und Geyer 2015). Man sehe die Psychotherapie plötzlich vordergründig aus einem finanziellen Blickwinkel. Dies wird beispielsweise dadurch deutlich, dass eine Wiederauflage von seinem Lehrbuch nur ermöglicht wird, sofern er Informationen zur Abrechnung der psychotherapeutischen Leistungen mit einbezieht – andernfalls sei es wertlos (Strauß 2004). Nur zwei psychotherapeutische Methoden können nun über die Kassen abgerechnet werden: die Verhaltenstherapie und die Psychoanalyse. Dabei handelt es sich um zwei Verfahren, die

⁹⁸ E-Mail an die Verfasserin von Dr. med. Achim Klumbies am 07.01.2022.

bis dahin ihre Wissenschaftlichkeit wechselseitig anfechten. Das Kassendiktat der Restriktion auf nur zwei Methoden symbolisiert die Tatsache, dass die Wissenschaft zugunsten dem Streben nach sicheren Erlösen in den Hintergrund rückt (Klumbies 2011[A]).

Über die Facetten der Psychotherapie

Klumbies sieht sich in erster Linie als Internist. Der Psychoanalyse steht er eher kritisch gegenüber (Strauß und Geyer 2015). Trotz intensiver Befassung mit der Psychoanalyse wird er kein Vertreter dieser Theorie: „Wir haben sehr wohl verstanden, dass psychische Störungen in der Lebensgeschichte verankert sind, aber viele Detailannahmen konnten wir aus den praktischen Erfahrungen mit unserem Patientengut nicht übernehmen.“

Des Weiteren folgt er nicht den Spuren der Pawlow'schen Psychologie. Mit einem Vergleich zwischen Großhirnrinde und Partei bringt Klumbies beispielhaft zum Ausdruck, dass seine Reaktion auf die Pawlow'sche materialistische Psychologie nicht so vonstattengeht, wie es sich die Obrigkeiten gewünscht hätten: „[So] habe ich in Abrede gestellt, dass die Großhirnrinde der oberste Gehirnabschnitt sei, der die 'führende' Rolle innehätte (und habe damit auf die übliche Gleichstellung von Großhirn und Partei angespielt)“.

Bezüglich Erinnerungen aus der DDR-Zeit erwähnt Klumbies folgende Episode, die in Zusammenhang mit der „Mauerkrankheit“ steht, worüber Müller-Hegemann⁹⁹ ein Buch verfasst: „Ein gut bekannter Patient hier aus der Stadt, der zur Hochzeit seiner Tochter in den Westen fahren wollte und einen Antrag gestellt hatte, brach, als dieser Antrag abgelehnt wurde, noch im Passamt tot zusammen, hatte einen Herzinfarkt. Die Stasi verbreitete danach, er hätte fahren dürfen. Das war ganz typisch“ (Strauß 2004).

Zum Tätigkeitsfeld von Klumbies und Kleinsorge gehört neben der Weiterentwicklung suggestiver Methoden auch der „Theorienstreit“ zwischen Suggestion und Analyse. Während sich suggestive Methoden in die „nur symptomatisch[e]“ Therapie einordnen, gilt die Psychoanalyse als „kausal[e]“ Behandlungsmethode. Klumbies führt dazu an: „Was wir hier feststellen ist, dass sich die psychoanalytische Tätigkeit sehr häufig und auch erfolgreich ausgesprochener Wachsuggestionen bedient, dass sie aber im Allgemeinen dafür blind ist und es auch sein will“ (Strauß 2004).

Während krankhafte Erscheinungen pathophysiologisch gedeutet werden, werden sinnbildlich symbolhafte Auslegungen wie die aus „mangelnder Hingabebereitschaft“ resultierende Obstipation und die derartige „Organsprache“ zurückgewiesen. Es wird betont, dass biografische Verknüpfungen mit Symptomen vorkommen und auch eruiert werden sollen. Doch nicht jede Erkrankung müsse seine Wurzel in früheren Lebens-

⁹⁹ Dietfried Müller-Hegemann (1910-1989), siehe Personenverzeichnis.

abschnitten haben. Diese Denkweise würden einen zu unilateralen Charakter besitzen. Man solle beachten, dass unter den Patienten auch viele sind, deren psychopathologischer Befund und die biografische Anamnese unauffällig sind. Und genau dieses Patientengut sei das potenzielle für den Internisten. Psychotherapeutische Elemente kristallisieren sich in vielen ärztlichen Konsultationen heraus und fügen sich in die Fähigkeiten eines jeden Arztes ein. Wo genau die Abgrenzung zwischen einer suggestiven Gesprächsform und einer konkreten Psychotherapie liegt, sei schwammig (Klumbies 1961).

„Historisch ist die Psychotherapie den Weg vom symptombehandelnden Hypnotiseur zum Arzt der Persönlichkeit gegangen (Speer)“ und habe sich in Richtung einer Kausalthherapie gewandelt (Klumbies 1952). Es wird hervorgehoben, dass die Funktion und der Auftrag psychotherapeutischer Interventionen nicht darin bestehen, die Patienten in ihrem Mindset neuartig umzustrukturieren, dass sie mit ihren Problemstellungen besser zurechtkommen. Vielmehr wird eine Gesundung angestrebt bzw. eine Prävention vor einer möglichen Verschlechterung (Klumbies 1960). Die Psychotherapie sei ein „[i]n der Praxis wichtiges, zugleich das menschlich diffizilste Teilgebiet der Medizin“ (Klumbies 1983).

Hinsichtlich wissenschaftlichen Vorgehens äußern Kleinsorge und Klumbies, dass diese „nicht nur aus Beobachten [besteht], sondern auch aus dem kritischen Verknüpfen des Beobachteten mit dem ganzen bisherigen Erfahrungsgut. Das letztere ist bei der Psychotherapie bisher nur in unbefriedigendem Umfang geleistet worden. Sie wird daher die vielfach noch bestehende Einschätzung als eine Art Außenseitermethode nur durch eine überzeugende Bewältigung dieser zweiten Aufgabe ändern können“ (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Beide Wissenschaftler erachten die Innere Medizin als Verbindungsdisziplin aller anderen Fachrichtungen. Somit soll es der Inneren Medizin gelingen, die Psychotherapie in die Schulmedizin mit einzugliedern. Eine strikte Separation von Psychotherapie und internistischer Medizin sei unmöglich (Kleinsorge und Klumbies 1959). Klumbies bemühte sich zeitlebens um die Integration der Psychotherapie in die Innere Medizin. Parallel zur Durchführung psychotherapeutischer Interventionen soll eine regelmäßige „Organkontrolle“ stattfinden. Er verbildlicht den Zusammenhang mit Hilfe der Anatomie: Jegliche Neurone reichen bis weit in die Peripherie zum jeweiligen Endorgan. Beeinträchtigungen der Psyche können in somatischen Beeinträchtigungen resultieren, genauso wie andersherum beabsichtigte positive Wirkungen in Form einer Therapie von der Psyche ausgehend den Körper beeinflussen können. Aus diesem Grund entsteht die Notwendigkeit, sich auch als Nicht-Psychotherapeut mit diesem Gebiet auseinanderzusetzen. Die Psychotherapie innerhalb der Inneren Medizin sei 1952 „nirgendwo sonst bisher“ so konkret als

Arbeitsauftrag formuliert wie in der Jenaer Klinik (Klumbies 1952). Das ständige Prüfen der Organbefunde resultiert außerdem aus der Überlegung, dass positive Hypnoseeffekte keineswegs für eine psychische oder gegen eine physische Genese der Erkrankung sprechen. Folglich soll sich die Psychotherapie „wie etwa die Röntgentherapie“ in alle Fachdisziplinen mit eingliedern und keine vollends abgegrenzte Sparte sein (Klumbies 1951[A]).

Mit dem Lehrbuch aus dem Jahr 1959 wird auf die Auslöschung existierender Vorurteile gegen die Arbeit auf dem psychotherapeutischen Terrain „durch sachliche und reichhaltige Beweisführung“ abgezielt und betont, dass die Psychotherapie konsequent mit naturwissenschaftlichen Grundlagen zu verknüpfen ist, wodurch sie ärztliches Wissen vervollkommen soll (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Im Lehrbuch von 1974 bekundet Klumbies, dass es der Psychotherapie im letzten Jahrzehnt gelingt, eine Außenseiterstellung zu verlassen und den Kreis schulmedizinischer Verfahren zu betreten. Die Psychotherapie ist neuerdings ein Bestandteil der Lehrpläne an fast jeder Universität in Ost und West.

Den wesentlichen praktischen Stellenwert erhält die Psychotherapie dank ihres heute zeitlich sparsamen Ausübungsaufwandes. Klumbies gewinnt über ein Vierteljahrhundert lang vielfältige psychotherapeutische Erfahrungen, die durch siebzehn Psychotherapie-Kurse sowohl in der Jenaer Klinik als auch im Schloss Reinhardsbrunn im Thüringer Wald weiter bestückt werden. Es findet ein reger gegenseitiger Wechsel von Gedanken und beobachteten Sachverhalten mit Kollegen aus In- und Ausland statt, wodurch sich ein Kristallisationspunkt bildet, der die Gründung der GÄP hervorbringt. Außerdem ist Klumbies mit an der Vereinigung der psychotherapeutischen Bemühungen der sozialistischen Länder involviert (Klumbies 1983).

Vielfach erhält er Invitationen für Zusammenkünfte auf nationaler aber auch auf internationaler Ebene, wo er als Referent aufgrund seiner „wissenschaftlichen Leistungen wie auch [durch] seine Rhetorik“ erwünscht ist (Jäger 1984). Aufschlussreiche Eindrücke der verschiedenen Arbeitsweisen der Psychotherapie erhält Klumbies auf Vortragsreisen in zahlreichen Ländern wie der Sowjetunion, der VR Polen, der ČSSR, der VR Ungarn, in der Schweiz, BRD, den Niederlanden, in Frankreich, Österreich, Schweden sowie China (Klumbies 1983).

Ein internationaler Erfahrungsaustausch wird auch durch das 1977 von Klumbies geleitete Symposium zum Thema „Klinische Hypnose – Theorie, Praxis, Leistung“ symbolisiert. Daran nehmen 200 Ärzte und Psychologen aus der DDR sowie fünf sozialistischen Ländern

teil, darunter beispielsweise aus der UdSSR und Ungarn. Diskussionsschwerpunkt ist die Hypnose als ärztliche Behandlungsmethode.¹⁰⁰

Vielzählige Veröffentlichungen und der Konflikt um das Lehrbuch

Gerhard Klumbies gelingt in seinen vierzig Jahren, in denen er wissenschaftlich aktiv ist, über 200 Publikationen, wobei die allererste noch aus seiner Zeit als Assistent stammt und von der Geburtsmechanik handelt (Jäger 1984). Bis 1961 allein kann er bereits mehr als 70 Herausgaben von Beiträgen unter anderem über Innere Medizin und Psychotherapie nachweisen (Klumbies 1961). In Literaturrecherchen lassen sich Publikationen von Klumbies folglich auf verschiedenen Fachgebieten ausfindig machen, darunter mehrfach in der Gynäkologie und Geburtshilfe, wie beispielsweise ein gemeinsamer Artikel mit dem Direktor der Universitäts-Frauenklinik über Organveränderungen während der Gravidität (Döderlein et al. 1951) oder ein Artikel „Zur Ätiologie des Blasensprungs“ (Klumbies 1951) beweisen.

Ebenso lassen sich fremdsprachige Publikationen von Klumbies entdecken. Als Beispiel sei der englische Beitrag „Results of Ablation Hypnosis“ erwähnt (Kleinsorge und Klumbies 1960).

Des Weiteren verfasst er Abhandlungen auf Themengebieten fernab von Krankheitsbildern oder therapeutischen Verfahren, was die Breite seines Interessenspektrums aufzeigt: Er veröffentlicht beispielhaft einen Artikel zum Thema Evolution in der Zeitschrift „Philosophie und Humanismus“ (Klumbies 1978) und beleuchtet ebenso medizinhistorische Aspekte in der Zeitschrift „Philosophie und Geschichte – Beiträge zur Geschichtsphilosophie der deutschen Klassik“ (Klumbies 1983[A]).

1959 veröffentlichen Kleinsorge und Klumbies mit „Psychotherapie in Klinik und Praxis“ eines der ersten Lehrbücher der Psychosomatik (Strauß und Geyer 2015), welches sich in die „aktiv-klinische Psychotherapie“ eingliedert. Dies überrascht nicht, da die theoretischen Hintergründe von Kleinsorge und Klumbies auf derselben Jenaer Schule fußen, aus der zuvor auch unter anderem Schultz und Speer hervorgehen (König 2011[A]). In der DDR ist das Buch aufgrund der staatlichen Entzweiung nicht verfügbar (Strauß 2004). Es wird in München und damit im Westen verlegt. 1974 folgt mit „Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin“ ein entsprechendes Werk in der DDR durch einen Verlag aus Leipzig (Strauß und Geyer 2015), von welchem insgesamt fünf Auflagen entstehen. Die letzte stammt von 1988, einem Jahr vor der Wende. In diesen Veröffentlichungen erscheint der Name Kleinsorge nicht mehr, da er sich zum Zeitpunkt der Publikation bereits im Westen

¹⁰⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 36, keine Blattangabe.

aufhält: „Es war also kein Wort von Kleinsorge mehr drin; ich konnte bei der ersten Auflage noch angeben, welche Teile von wem stammen. Dies war vorweg noch Gegenstand vieler Diskussionen mit der Stasi, Verlag usw. Der Verlag wurde dann auch bedrängt. Die hatten mir kurz gesagt, wir haben das Papier und die Druckkapazität für das Psychotherapiebuch, es wird auf jeden Fall ein Psychotherapiebuch erscheinen, ob Sie dabei sind oder nicht, Herr Kleinsorge ist auf keinen Fall dabei“ (Strauß 2004).

Die Inhalte des Psychotherapiebuches werden also aufgegliedert, denn kein DDR-Bürger dürfe ein Werk unerlaubt in Westdeutschland herausbringen und das erst recht nicht zusammen mit einem „Republikflüchtling“ (Klumbies 2011[A]). Somit überarbeitet Klumbies die von Kleinsorge stammenden Buchkapitel und fügt sie in abgewandelter Form mit seinen eigenen Abschnitten zu einem neu verfassten Werk zusammen (Strauß 2004). Das Zentralkomitee der Partei verlangt eine Begutachtung des Manuskripts aus politischer Sicht. Zwei Hochschullehrer des Marxismus-Leninismus stehen nun „beraten[d]“ zur Seite. Die Begutachter resultieren, dass „der Autor den Anspruch auf eine marxistische philosophische Position nicht erheben kann und will.“ Aber daraufhin fallen die Erlaubnis zum Drucken und die Papierzuweisung aus. Klumbies widersetzt sich argumentierend, dass die „jahrzehntelange Erfahrungen [...] den Patienten zugutekommen“ sollen. Dann folgt ein Obergutachten von Prof. Karl Seidel. Seine Einschätzung basiert auf dem Wert für die Gemeinschaft. Die „ideologische Rechtgläubigkeit“ stellt er in den Hintergrund. Jetzt ist der Druck genehmigt. Klumbies „möchte hervorheben, dass das Ausscheiden von Herrn Kleinsorge als Mitautor des Psychotherapie-Buches in der DDR nach seiner „Republikflucht“ allein dem System der DDR geschuldet ist. Egal, ob wenig oder gar nichts von ihm darin verfasst ist, er war mit ersten Kenntnissen und Erfahrungen Initiator und Anreger, der seine ganze Klinik einbezog und dann Vertreter und Förderer der Psychotherapie in der DDR wurde, soweit es ihm möglich war“ (Klumbies 2011[A]).

Ein großartiges Lebenswerk

Sowohl als Arzt als auch als Dozent verzeichnet Gerhard Klumbies eine Fülle an beruflichen Errungenschaften und würdigenden Auszeichnungen. Insbesondere die internistische und die ärztlich-psychotherapeutische Disziplin sind durch Klumbies geprägt worden. Ebenso geht die Wandlung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena zu einem neuzeitlichen Fokus der Inneren Medizin hauptsächlich auf ihn zurück (Jäger 1984).

Gerhard Klumbies verstirbt am 19. Januar 2015 (Strauß und Geyer 2015) im Alter von 95 Jahren in Jena.

5.2.3 Weitere Vertreter in der DDR

Alfred **Katzenstein**, der deutsch-jüdische Vorfahren hatte, verließ 1954 das Exil und kam aus den USA in die DDR (Krause 2011). Prof. Katzenstein veranstaltete Hypnosekurse für Anfänger und Fortgeschrittene und war Autor vieler Bücher (Klumbies 1981) und Broschüren zur Hypnose. Er hielt 1964 ein Referat in der Poliklinik der FSU Jena und thematisierte die Registrierung von elektrobiologischen Werten mit dem Zweck, individuelle Differenzen der Hypnose zu erkennen. Seine Forschungsgruppe am Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Regulationsforschung der Akademie der Wissenschaften der DDR in Berlin spielte eine vorrangige Rolle in der Suggestionwissenschaft (Krause 2011). Im Oktober 1974 übernahm er die Leitung eines ersten mehrtägigen Kurses für Übung und Selbsterfahrung von der Sektion „Autogenes Training und Hypnose“ der GÄP (Geyer 2011).

Margit **Venner** arbeitete ab 1956 in der Jenaer Klinik und agierte als Stationsärztin der Psychotherapie-Abteilung, die ab 1985 auch von ihr geleitet wurde (Klumbies 1981, Klumbies 2011[A]). Sie konzentrierte sich auf Colitis ulcerosa und konstatierte, dass die Behandlung mit Medikamenten zugunsten der Hypnotherapie reduziert werden sollte. Somit ist der Patient angehalten, seinem Schub eigenständig mit Hilfe der vegetativ regulierenden Hypnose entgegenzuwirken. Außerdem integrierte sie Hypnotherapien in die stationären Aufenthalte der Gruppenpsychotherapie und bezeichnete diese „Kombination zweier eigentlich gegensätzlicher Verfahren [als] [...] sinnvoll, ja sogar [...] notwendig“ (Venner 1981).

Dietfried **Müller-Hegemann** von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig veröffentlichte 1957 in „Psychotherapie – ein Leitfaden für Ärzte und Studierende“ ausführliche Betrachtungen über Hypnose und Autogenes Training (Krause 2011, Steinberg 2017).

Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie Erfurt war Richard **Heidrich**¹⁰¹. Er nutzte 1959 sowohl das Autogene Training als auch die Hypnose in Lehre und Praxis, beispielsweise bei Ethanol-Abhängigen und hob hervor, dass diese Therapieoption „wegen Nebenwirkungsfreiheit [...] der Antabus-Therapie überlegen [ist]“. Seit Beginn der 50er Jahre präsentierte Heidrich als Mitarbeiter an der Charité regelmäßige Vorlesungen für die Studentenschaft zum Autogenem Training und zur Hypnose „mit theoretischen und praktischen Anteilen“ (Krause 2011).

¹⁰¹ Prof. Dr. Dr. Richard Heidrich, siehe Personenverzeichnis.

Gerhard **Schaeffer** war Abteilungsarzt im Bereich Psychotherapie in Jena ab 1960. Zu seinem Beschäftigungsgebieten gehörte die Hypnokatharsis und autogene Abreaktion. Er definierte drei verschiedene Indikationsmuster für die Hypnose: die „Ruhewirkung [...] als hypnotischer Heilschlaf“, die Hypnokatharsis als Methode zum Abreagieren von affektiv unausgewogenen Zuständen und die zielgerichtete Suggestion gegen eine bestimmte Symptomatik, bei der der Patient eine eher passive Haltung einnimmt (Girndt und Schaeffer 1981, Klumbies 2011[A]).

An der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg erfolgte 1969 die Habilitation von Karl-Heinz **Liebner** mit dem Titel „Wesen und Indikation von Fremd- und Selbsthypnose“. Darin brachte er die Bedeutung der Affektivität zum Ausdruck und merkte an, dass im Wachen amnestische Inhalte in Hypnose wieder aus der Verdrängung geholt werden können (Krause 2011).

Hans-Joachim **Maaz** praktizierte in Halle und leitete von 1981 bis 1984 Hypnosekurse. Dabei legte er insbesondere Wert auf das Verhältnis zwischen Therapeuten und Patienten. Maaz betonte, dass kein anderes psychotherapeutisches Verfahren eine so direkte Wirksamkeit auf den menschlichen Körper habe wie die Hypnose, die sich auch in Notfallsituationen eignen kann, zum Beispiel beim akuten Asthmaanfall (Maaz 1981, Maaz 2011[A]).

Es werden drei weitere Akteure aufgeführt, die auf dem Terrain der Hypnosetherapie in der DDR-Literatur erwähnt sind, obgleich sie nicht aus der DDR stammen:

Auf dem Gebiet der UdSSR berichtete **Rožnov**¹⁰², Leiter des Lehrstuhls für Psychotherapie im Zentralinstitut für ärztliche Fortbildung in Moskau, 1974 über die Hypnokatharsis und stellte die Stresshypnose als therapeutische Option bei Alkoholabhängigen vor (Klumbies 1981).

Ernst **Kretschmer** war an der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen, und damit in Westdeutschland, tätig. Er entwickelte die gestufte Aktivhypnose und vertrat eine zweigleisige Psychotherapie bestehend aus Hypnose und kommunikativen Elementen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Bouchal 1981).

In der BRD äußerte Dietrich **Langen**¹⁰³, Schüler von Kretschmer und Direktor der Uniklinik und Unipoliklinik für Psychotherapie in Mainz, dass er sich hauptsächlich mit der hypnotischen Analgesie auseinandersetzt. Des Weiteren ist er Vertreter der zweigleisigen Psychotherapie als geeignete Methode für die Einzeltherapie (Klumbies 1981).

¹⁰² Prof. Dr. sc. med. V.E. Rožnov, siehe Personenverzeichnis.

¹⁰³ Prof. Dietrich Langen (1913-1980), siehe Personenverzeichnis.

5.3 Etablierung des Psychotherapie-Verfahrens Hypnose in der DDR

Der Jenaer Biologe Preyer

Die ersten Erwähnungen der Hypnose auf dem Boden der späteren DDR gehen auf den Biologen Preyer im thüringischen Jena zurück, den das Interesse an wissenschaftlichen Untersuchungen durch den dänischen Schauhypnotiseur Hansen ergriff, der 1880 mit Demonstrationen der hypnotischen Brücke für Aufsehen sorgte. Neben Preyer wurde auch Heidenhain in Breslau zum Experimentieren inspiriert und des Weiteren auch seine Assistenten Pawlow und Binswanger. Letzterer kooperierte mit Preyer, der am kritischen Vergleich der Hypnose am Menschen und am Tier arbeitete. Durch die Zusammenarbeit dieser beiden Wissenschaftler war die Grundlage für die Tradition der Hypnose in Jena geschaffen, die zum einen die therapeutische Methode betraf, zum anderen auch die Forschung und Lehre an der Universität (Klumbies 1981).

Preyer setzte sich 1890 damit auseinander, weit verbreiteten laienhaften Vorstellungen zu entgegnen und zu eliminieren. Völgyesi¹⁰⁴ zufolge habe sich am Zustand existierender unprofessioneller Auffassungen über die Hypnose bis Anfang der 1960er Jahre nicht viel geändert. In der zweiten Auflage seines Buches „Hypnose bei Mensch und Tier“, die wenige Jahre später erschien, erwähnte er Fortschritte in Hinblick auf „das Interesse am wissenschaftlichen Hypnotismus“, der Anzahl publizierter Medien sowie der Einrichtung nationaler und internationaler Gesellschaften. Als Gründe dafür führte er „[den] Zeitaufwand und Kosten [der orthodoxen Psychoanalyse]“ auf, die „Krankheitserscheinungen als Symbolsprache verstand“, folglich durch die Etablierung psychosomatischer Konzepte in den Hintergrund geriet und anderen Methoden wie dem autogenen Training und der Hypnose den Weg ebnete (Völgyesi 1967).

Jena als Stätte psychosomatischen Interesses

Ein Jenaer Arzt namens Lemke¹⁰⁵, veröffentlichte 1949 eine Schrift mit dem Titel „Über die vegetative Depression“. Darauffolgend konnte ein schwallartiger Anstieg an publizierten Werken über vegetative Leiden verzeichnet werden (Thormann et al. 2018), wo sich von Klumbies exemplarisch die Veröffentlichung „Vegetativer Symptomenkomplex einschließlich nervöser Erschöpfungszustände“ (Klumbies 1960[A]) mit einreicht. In Jena befasste man sich gehäuft mit vegetativen Erscheinungen, die gleichzeitig zum Indikationsbereich hypnotischer Interventionen gehörten.

¹⁰⁴ Dr. Franz Andreas Völgyesi (1895-1967), siehe Personenverzeichnis.

¹⁰⁵ Rudolf Lemke (1906-1957), siehe Personenverzeichnis.

Hypnose und die Psychotherapie

Generell wird der ärztliche Hypnotismus als Pionier für die moderne wissenschaftliche Psychotherapie gehalten, da deren Vertreter erfolgreich die Psychotherapie als Außenseiterdisziplin in die Medizin einzupflegen schafften. Die Pionierstellung des Hypnotismus kam zum einen durch den Mangel an therapeutischen Möglichkeiten bei einer Zunahme potenzieller Patienten zustande, und zum anderen aufgrund des öffentlichen Auftriebs durch Laienhypnotiseure (Schröder 2011). Die somit entstandene Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt und fehlende kausale therapeutische Verfahren stellten die Schulmedizin vor Herausforderungen (Teichler 2002 zitiert nach: Schröder 2011). Der Hypnotismus verlieh der Psychotherapie einen „Innovationsschub“. Dafür lassen sich mehrere Gründe anführen:

Die Hypnose wurde als Therapiemethode akzeptiert, nachdem sie „als regelhafter [natürlicher] psychophysischer Zustand“ erklärt wurde (Tuke 1888 zitiert nach: Schröder 2011). Damit war die Hypnose für die Integration in das psychotherapeutische sowie psychosomatische Tätigkeitsspektrum geeignet. Die auf Grundlage der Suggestion formulierten theoretischen Hintergründe des Hypnoseverfahrens gehörten generell zu den ersten theoretischen Konzepten der Psychologie. Das Wissen um die Suggestion sicherte nicht nur die hypnotischen Erfolgsraten, sondern brachte über die Erkennung der Wachsuggestion als Mittel psychologischer Beeinflussung auch Fortschritte für den Heilauftrag verschiedenster Richtungen der Psychotherapie. Zudem wurde das sukzessive Verlassen der Außenseiterstellung mit der Intention zur Institutionalisierung der Psychotherapie in Aussicht gestellt. Dabei sollte die Psychotherapie als Fach der Medizin mit Facharztstitel, Lehrstühlen und Pflichtunterricht versehen werden. Auf die moderne Psychotherapie habe die Hypnose „konstituierend und identitätsbildend“ eingewirkt (Schröder 2011).

Binswanger und seine Assistenten in Jena

Binswangers Schüler Berger, der seinen Lehrstuhl übernahm, schuf in Jena die Basis der Elektroenzephalografie und verknüpfte Hirn- und Hypnoseforschung stets eng miteinander. Vogt war bereits als Student nach Jena gekommen und wurde Assistent unter Binswanger (Klumbies 1981, Strauß 2004). Als Begründer des „wissenschaftlichen Hypnotismus in Deutschland“ griff Vogt Ansätze aus Frankreich auf und brachte damit „die Hypnoselehre in Deutschland auf eine höhere Ebene“ (Krause 2011). Vogt war der Gründer des Instituts für Hypnotismus in Berlin, nachdem er unter Vermittlung von Binswangers Bruder in Zürich eine Hypnoseausbildung bei Forel erhielt, der ihm seine Herausgeberschaft der „Zeitschrift für Hypnotismus“ gönnend übergab (Klumbies 1981). Dieses Blatt war die Grundlage für die

Entwicklung der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie“, die 1948 erstmals erschien und offizielles Organ der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie sowie später der GÄP wurde (Geyer 2011). Das Wirken in seinem eigenen Neurobiologischen Institut in Berlin musste Vogt nach für das Dritte Reich unerwünschten Resultaten bei der Analyse von Lenins Gehirn aufgeben, bevor das Institutsgebäude dann im Krieg gänzlich destruiert wurde.

Sich mit Vogts Entwicklung befassend und sie präsentierend, erhielt Schultz von Binswanger die Einladung zum Assistenten und war ab 1912 in Jena tätig. Er entwickelte das autogene Training, das sich wie die Hypnose in die suggestologische Psychotherapie einreicht.

1925 fand die Gründung der Deutschen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie statt, um den Einsatz aller bestehender Methoden entsprechend ihrer jeweiligen Indikation sicherzustellen (Klumbies 1981).

Auf Kretschmer, Schultz und Speer, Schüler bei Binswanger und Nachfolger von Schultz, gehen die jährlichen Lindauer Psychotherapiewochen zurück, die die Möglichkeit der Fortbildung aufgrund der Zunahme psychotherapiebedürftiger Patienten durch den Zweiten Weltkrieg anboten und eine Lokalität der Gemeinsamkeit zwischen Ost- und Westdeutschen darstellten (Klumbies 1971, Klumbies 1981, Geyer 2011). Im Frühling 1950 starteten die ersten Psychotherapiewochen in Lindau. Eine rege Beteiligung von DDR-Psychotherapeuten wurde verzeichnet. Unter ihnen waren Crodel, Kleinsorge, Klumbies, Kohler¹⁰⁶ und viele andere (Geyer 2011).

Schultz war ebenfalls für den Unterricht der Studenten in Jena verantwortlich, was ihm zum ständigen Pendeln zwischen Thüringen und seinem Sanatorium am Bodensee veranlasste. Zu DDR-Zeiten wurde dann der psychotherapeutische Lehrauftrag von Speer auf seinen Nachfolger Kleinsorge übertragen (Klumbies 1981). Speers Vorlesungszeit als beliebter Hochschullehrer in Jena endete im September 1945 mit der Entlassung aufgrund seiner Unterstützung der Ziele der NSDAP (Strauß 2004, Geyer 2011).

Der Pawlowismus in der Psychotherapie

Nach dem Krieg wurde Pawlows Lehre erneut aufgegriffen und verlieh der Psychotherapie einen starken Aufschwung nicht nur in der DDR, sondern in allen weiteren sozialistischen Ländern (Klumbies 1981). Mit dem III. Parteitag der SED im Juli 1950 ging der Beginn einer „Pawlow-Kampagne“ zur Sowjetisierung der DDR-Wissenschaften einher (Geyer 2011,

¹⁰⁶ Christa Kohler (1928-2004), siehe Personenverzeichnis.

Maaz 2011). Platonow¹⁰⁷ begünstigte die Bekanntmachung hypnotischer Phänomene, deren Hintergrund und Einordnung in Pawlow'sche Theorien anhand eines Zeitschriftenartikels mit der Überschrift „Suggestion und Hypnose im Lichte der Lehre I. P. Pawlow“ von 1951. Darin wurde der medizinische Status quo in der Sowjetunion betont und gewürdigt, dank dessen überhaupt erst hypnotische Forschung realisierbar geworden sei (Krause 2011).

In Leipzig erfolgte unter Müller-Hegemann die Einführung der Pawlow'schen Schlaftherapie, die streng von der für eine „bürgerliche Irrlehre“ gehaltenen Psychoanalyse getrennt wurde (Maaz 2011). Erste Bestrebungen in Jena mit der Schlaftherapie nach Pawlow, die als politisch korrekt vertreten werden sollte, fallen in die zweite Jahreshälfte 1951 (Geyer 2011) bzw. je nach Informationsquelle auch schon ins Jahr 1945 (Kleinsorge und Klumbies 1953). Vielmehr jedoch folgten Kleinsorge und Klumbies in Jena der Tradition des ärztlichen Hypnotismus (Geyer 2011).

In verschiedenen Regionen bildeten sich abhängig vom Aufenthalt bedeutender in der Psychotherapie tätiger Persönlichkeiten Zentren mit Schwerpunkten auf unterschiedliche Konzepte. Als Beispiel seien Höck in Ost-Berlin, Müller-Hegemann in Leipzig sowie Kleinsorge und Klumbies in Jena genannt (Maaz 2011).

Die entstandenen psychotherapeutischen Kernstädte wurden bald zu Weiterbildungszentren. Zunächst wurde 1950 im Westen in Heidelberg eine erste Psychotherapie-Station geschaffen, worauf in den folgenden Jahren auch erste universitäre Psychotherapie-Abteilungen in Ostdeutschland folgten.

Durch das Wirken von Kleinsorge und Klumbies bildete sich Jena zu einem psychotherapeutischen Kristallisationskern. Zum einen fand man Anschluss an die traditionelle ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin. Zum anderen orientierte man sich am Pawlowismus. Jährlich wurden psychotherapeutische Fortbildungslehrgänge in der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena angeboten. Es kam zu insgesamt 23 Kursen.

Laut ostdeutscher Psychotherapie-Chronik erfolgte von Klumbies und Kleinsorge im September 1950 die Publikation ihrer psychophysiologischen Studie „Das Herz im Orgasmus“ in der Zeitschrift „Medizinische Klinik“. Das war die einzige deutsche Forschungsarbeit, die im Kinsey-Report „Das sexuelle Verhalten der Frau“, der 1953 in den USA erschien, in Erwähnung trat (Geyer 2011).

¹⁰⁷ Konstantin Platonow (1877-1969), siehe Personenverzeichnis.

In den 50er Jahren war eine Expansion der Nachfrage und des Interesses an der Hypnotherapie zu verzeichnen, nachdem sie zu Beginn des 20. Jahrhunderts aufgrund der Neuentwicklung von analgetischen und anästhetischen Substanzen eine untergeordnete Rolle spielte. 1950 diente ein gemeinschaftliches Zusammentreffen zwischen den Akademien der Wissenschaften der Sowjetunion und der DDR zur Bildung eines Standpunktes bezüglich hypnotherapeutischer Lehre und dem praktischen Einsatz. Die wachsende Anwendung hypnotischer Psychotherapie spiegelte sich auch darin wider, dass sich Veröffentlichungen in den 70er Jahren quantitativ anhäuferten, worunter sich neuerdings auch Publikationen experimenteller Untersuchungen fanden (Katzenstein 1978). Bei außermedizinischen Publikationen der Nachkriegszeit war Hypnose das zweithäufigste Thema nach Yoga (Schott und Wolf-Braun 1993).

Weitere Entwicklungen in Jena

Kleinsorge organisierte einerseits die Erschaffung einer Psychotherapie-Abteilung, die von Klumbies geführt wurde, und andererseits regelmäßige ärztliche Lehrgänge mit internationaler Beteiligung (Klumbies 1981). Patienten aus der Psychotherapie-Abteilung wurden neben Kollegen in Kliniken auch den Studenten in Vorlesungen vorgestellt. Die Zahl der Anfragen zum Hospitieren nahm immer mehr zu. Ab 1953 wurden Psychotherapie-Kurse in der Jenaer Klinik organisiert. Zehnjährige Erfahrungen und gewonnenes Wissen wurden in einem Manuskript niedergeschrieben, aus dem dann ein Lehrbuch wurde: „Psychotherapie in Klinik und Praxis“ von Kleinsorge und Klumbies erschien 1959, allerdings nur in Westdeutschland, da der Verlag in München nicht die durch die Leipziger Druckerei vorgenommene Ergänzung „Volkseigener Betrieb“ auf der Titelseite akzeptierte. Daraufhin erfolgte der Druck nur im Westen. Im Osten war keine Teilaufgabe erhältlich (Klumbies 2011). Somit war zwar ein Medium zur Wissensvermittlung produziert worden, aber die Gegebenheiten erschwerten bzw. verhinderten dessen Weitergabe in Ostdeutschland.

Das gemeinsame Lehrbuch „Technik der Relaxation“ von Kleinsorge und Klumbies war als übersetzte Version auch in der Sowjetunion erhältlich und sorgte somit auch für die Verbreitung von in der DDR gesammelten Erkenntnissen. Informationen über die Hypnoseanwendung in der Praxis wurden in Klumbies' Buch mit dem Titel „Hypnosetherapie“ aus dem Jahr 1981 gebündelt. Klumbies selbst formulierte darin Entwicklungen der Hypnosetherapie in Europa. Des Weiteren beinhaltete das Buch Erfahrungsberichte von vielen anderen Autoren, darunter Venner, Schaeffer und einige aus den sozialistischen Staaten Osteuropas stammende Verfasser wie beispielsweise Rožnov aus der UdSSR, aber auch einen Bericht über Tendenzen der Hypnose aus den USA (Klumbies 1981, Krause 2011[A]).

Von Klumbies für die Hypnosepraxis erstellte Farbtäfelchen wurden auch im Berliner Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Regulationsforschung der Akademie der Wissenschaften der DDR für die optische Fixation bei Ruhehypnosen als Grundlage für eine später geplante Therapiekonversion zur Ablationshypnose eingesetzt (Kriegel und Gaefke 1978), was die Verbreitung von in Jena erschaffenen Elementen über die Stadt hinaus illustriert.

Die Ausführungen unter 5.4.4 zu den hypnotherapeutischen Anwendungsstätten zeigen die multilokale Praxis auf. Klumbies' Ablationshypnose „ist auch von einigen Kliniken in beiden Teilen Deutschlands und im Ausland übernommen worden“ und wurde somit nicht nur auf dem Gebiet der DDR praktiziert (Klumbies 1959).

Erfahrungsaustausch und Wissensverbreitung

Das Angebot an Fortbildungen etablierte sich neben Jena auch in Leipzig und Berlin. Die Teilnehmer dieser Kurse waren an der Formation der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR am 10. Juni 1960 beteiligt, die ab 1969 eine von 250 Mitgliedern repräsentierte Sektion „Autogenes Training und Hypnose“ beinhaltete und Kongresse durchführte (Klumbies 1981, Maaz 2011). Die in den Tagungen behandelte Thematik verweist auf die damals jeweils aktuelle Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Psychotherapie. 1962 fanden sich „Suggestion und Hypnose“ als Kerninhalt. Die Mitgliederanzahl der GÄP nahm zu und vor allem die Regionalarbeit leistete einen gehörigen Beitrag zur Verbreitung und Anerkennung psychotherapeutischen Wissens (Maaz 2011).

Neben Tagungen wurde das Angebot auf Kurse erweitert, in denen Übungen zur Hypnose in kleinen Gruppen und Rollenspielen durchgeführt wurden. Diese Hypnosekurse erfuhren eine große Beliebtheit und eine entsprechend hohe Nachfrage (Krause 2011[A]). Als die GÄP in den 1980er Jahren in eine Arbeitsgruppe mit Kooperation der Fachgesellschaften verschiedenster medizinischer Disziplinen, unter anderem der Allgemeinmedizin, Inneren Medizin und Gynäkologie, umgewandelt wurde, war ein weiterer Gewinn an Interdisziplinarität zu verzeichnen (Maaz 2011). Bis 1990 wurden 13 Jahreskongresse im Rahmen der GÄP veranstaltet. Die Existenz dieser Gesellschaft wurde erst 2003 abgeschafft, nachdem der Adaptation beruflicher und fachlicher Gegebenheiten zwischen Ost und West während der Wendezeit eine wesentliche Bedeutung zukam (Geyer 2011).

In die Nachkriegszeit fällt auch die Gründung der Internationalen Gesellschaft für klinische und experimentelle Hypnose, in der vor allem Amerikaner, aber auch Schultz mitwirkten und an einem gemeinsamen Konsens arbeiteten (Klumbies 1981). In die International Society of Hypnosis (ISH) wurde die Deutsche Demokratische Republik allerdings nicht mit aufgenommen (Krause 2011[A], ishhypnosis 2019). Die ISH ist eine Organisation, die weltweit Mitglieder mit Interesse am Hypnotismus aus Klinik und Forschung vereint und

Kongresse anbietet. Der Ursprung der ISH führt ins Jahr 1889, als der erste internationale Kongress für experimentelle und therapeutische Hypnose in Paris tagte (ishhypnosis 2019).

Es wurde konstatiert, dass Ärzte nach der Studienordnung der deutschen Universitäten nicht genügend in psychotherapeutischer Hinsicht ausgebildet seien (Kleinsorge und Klumbies 1959). Dennoch gibt es Indizien dafür, dass sich die Verbreitung des Wissens über Hypnotismus auch in den Hörsälen abspielte: Die Medizinische Akademie Magdeburg war daran beteiligt, eine Videodatei zu kreieren, um den Studenten der Medizin Hypnoseerscheinungen präsentieren zu können. Weitere Ausführungen über die Ausbildung in der Hypnotherapie folgen unter 5.5.

Aus dem Grund, dass die Hypnose thematisch in Hinblick auf Ideologie und Politik als neutral galt, war die Bekanntmachung ebenfalls per Volkshochschulen, Fernsehen, Radio und den oben genannten Printmedien möglich (Krause 2011[A]).

Als die Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Jena am 18. November 1950 tagte, sprach Klumbies zum Thema „Hypnoseerfolge bei organischen Krankheiten“ (Klumbies 1951[A]).

Am 2. Juli 1957 referierten Kleinsorge und Klumbies in einem „Fernsehinterview durch das Berliner Fernsehen DDR [...] über die wissenschaftlichen Grundlagen der Hypnose.“¹⁰⁸

Über die Ablationshypnose wurde zur Demonstration des Ablaufes, „[der] Wirksamkeit [...] [und] des therapeutischen Effekts“ ein Film erstellt, der vor Ärzteversammlungen sowie zu populär-wissenschaftlichen Zwecken gezeigt wurde, „um die unwissenschaftliche Hypnosemystik zu zerstören und wissenschaftlich begründete Vorstellungen darüber zu verbreiten.“¹⁰⁹

Müller-Hegemann erstellte 1957 einen „Leitfaden für Ärzte und Studierende“ mit Schilderungen über die Hypnose (Krause 2011).

Ein angemessener kommunikativer Rahmen zur Wissensverbreitung stellten jegliche Versammlungen dar. Die Tagung der GÄP 1962 in Leipzig verzeichnete eine Vielzahl an Teilnehmern, darunter Kollegen aus Prag, Uchtspringe in der Altmark (Wendt¹¹⁰), Bratislava, Budapest (Völgyesi), Erlabrunn, Zwickau, Sofia sowie Leipzig. Kleinsorge – zu diesem Zeitpunkt aus Schwerin – hielt einen Vortrag über „Gegenindikation und Gefahren der Hypnosetherapie“ und Klumbies aus Jena zur „Suggestion und Hypnose“ (Müller-Hegemann 1963).

¹⁰⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1957, 21.

¹⁰⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1953, 14-18, 22-25.

¹¹⁰ Prof. Dr. med. habil. Harro Wendt (1918-2006), siehe Personenverzeichnis.

Der Kongress vom 5. bis 7. Juni 1967 zur vierten Jahrestagung der GÄP in Bad Elster unter der Leitung von Kleinsorge und Klumbies zum Thema „Psychotherapie von Organfunktionsstörungen“ vereinte Referenten aus der UdSSR sowie den Volksrepubliken Polen, Ungarn, Rumänien, Bulgarien und der ČSSR. Mit Rundtischgesprächen und Vorträgen wurde die Tagung als „gelingen“ bewertet, was zur regelmäßigen Wiederholung aller zwei Jahre mit zwischendurch stattfindenden Fortbildungslehrgängen zur „Vertiefung der internationalen wissenschaftlichen Zusammenarbeit“ veranlasste. Diese Kooperation bestand zum Beispiel mit dem Psycho-Neurologischen Institut „Bechterew“ in Leningrad. Dort konzentrierte man sich auf ähnliche Verfahren wie in der DDR, wobei sogar „ausdrücklich [...] auf psychotherapeutische Publikationen aus der DDR (Kleinsorge und Klumbies)“ verwiesen wurde. Es wurde angemerkt, dass „[die] Teilnehmer aus der Bundesrepublik und aus den Niederlanden [...] von der Intensität und den Ergebnissen unserer psychotherapeutischen Arbeit sehr beeindruckt [waren].“

Kleinsorge unterstrich die Absicht, dass die Psychotherapie „eine teilweise durch einseitige Bestrebungen geschaffene Isolierung endgültig überwinden [muss]“, in dem eine Integration in „Prophylaxe, Therapie, Rehabilitation und Kurortbehandlung“ erfolgen soll. Diesbezüglich seien „Spezialisierung einerseits und Integration andererseits [...] keine Gegensätze sondern der Entwicklung einer fortschrittlichen Therapie angepaßte Bestrebung.“ Der Kongress habe einen „starken Impuls“ für die weitere Verbesserung psychotherapeutischer Behandlungsmethoden, für die Vernetzung innerhalb der DDR sowie für die Kombination der Psychotherapie mit anderen Methoden gegeben. Des Weiteren diene die „Tagung [...] der Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses und der Fortbildung interessierter Hochschulkader des Gesundheitswesens“ und findet Eingang „in den Unterricht und die Erziehung der Studenten“. Die Zuhörer spiegelten die aktuelle Relevanz der Thematik und die Bedeutsamkeit für die Praxis wider. Außerdem „[bekundeten] Teilnehmer aus der Bundesrepublik und dem westlichen Ausland [...] hohe Anerkennung für die hier geleistete wissenschaftliche und praktische Arbeit.“¹¹¹

In Jena bestanden einige Freundschaftsverträge der Universität mit dem Ausland (Klumbies 1977), was eine geeignete Basis für den Austausch an methodischen Erfahrungen darstellte. Im Zusammenhang mit Veröffentlichungen, internen Besichtigungen, Hospitationen und Lehrbesuchen gab es Beziehungen zu 26 Staaten (Skibbe 1977). Beispielsweise besuchte Kleinsorge „auf Einladung des Gesundheitsministeriums“

¹¹¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 32, keine Blattangabe.

sowjetische Institute, darunter in Leningrad und Moskau, zur Erkundung wissenschaftlicher Tätigkeiten internationaler Partner.¹¹²

Die Integration der Psychotherapie in die Humanmedizin

Die Psychotherapie sollte sowohl die Funktion als unabhängige Spezialdisziplin als auch als Querschnittsdisziplin innerhalb komplexer Therapieregimes gewährleisten. Ziel war es, die Psychotherapie als „Medizinische Psychotherapie“ in die Grundbetreuung zu integrieren mit dem Sinn, die Arzt-Patienten-Beziehung optimal zu gestalten und das Auftreten iatrogenen Schäden zu minimieren. Eine lernbare Exploration sollte sicherstellen, dass psychogene Krankheitserscheinungen bereits in der Grundversorgung entdeckt, auf den eventuellen Auslöser untersucht und von den entsprechenden Ärzten selbst mit autogenem Training, Hypnose oder konfliktzentrierten Gesprächen behandelt werden.

Die nächste Etappe in diesem Stufenschema stellte die Überweisung zum ambulanten Fachpsychotherapeuten dar, bevor als dritte Möglichkeit die Psychotherapie im stationären Setting einer Klinik in Frage käme. Viele Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin schlossen sich diesem Konzept der psychotherapeutischen Grundversorgung an, bei vielen mit dem Motiv der Hoffnung auf ein Stück Freiraum ohne Politik und ohne Ideologie. Therapiemethoden wie das autogene Training und die Hypnose, die auf Entspannung, Beratung, Suggestion, einfühelndem Verstehen und korrigierendem Verhalten fußen, erfuhren weniger ideologischen Widerstand im Vergleich zur Psychodynamik.

Generell war die DDR-Psychotherapie „nicht nur eine dankbare und wichtige Arbeit, sondern immer auch eine Basis für ein würdevolles Leben mit einem großen Potenzial kritischer Distanz zur repressiven Ideologie des politischen Systems“ und sicherte den Therapeuten ein Stück an Autonomie in ihrem Dasein (Maaz 2011).

¹¹² UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1954, 17.

5.4 Beschreibung des Psychotherapie-Verfahrens Hypnose in der DDR

5.4.1 Hypnotherapie – Charakterisierung, Indikation, Setting und Bedeutung

Es folgt eine Skizzierung der Hypnose als psychotherapeutische Methode in Hinsicht auf theoretische Hintergründe, Indikationen und Voraussetzungen, verschiedene Ansätze für die Durchführung sowie mögliche Risiken. Dabei werden sowohl Literaturquellen aus der DDR-Zeit als auch aus anderen Epochen herangezogen.

5.4.1.1 Zur Definition von Hypnose und Hypnotherapie

Die Begrifflichkeit Hypnotherapie wird unterschiedlich gebraucht: In den Vereinigten Staaten von Amerika versteht man darunter die Verbindung der Hypnose mit psychoanalytischen Verfahren. Oft ist Hypnotherapie ein Synonym für die von Erickson entwickelten methodischen Ansätze. Im Allgemeinen steht der Begriff für das symptomorientierte Praktizieren von hypnotischen Techniken (Kossak 1993) und wird mitunter als „Systemtherapie nach Innen“ betrachtet (Riegel 2010).

Klumbies und Kleinsorge bezeichnen die Hypnose als geeignetes und „wichtiges Heilmittel, deren Wert für die praktische Therapie nur von dem verkannt wird, der über keine eigenen Erfahrungen und Kenntnisse verfügt.“ Das hypnotische Procedere weise eine beträchtliche Komplexität auf und entfalte seine „ungewöhnliche“ Wirkung durch eine Verflechtung von physiologischen Abläufen (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Katzenstein spricht von einer besonderen Situation in Trance, bei dem „durch intensiv motivierte Aufgabenzuwendung einseitig eingeengte Konzentration [erzielt wird], die zu einem vorübergehenden Verblässen der allgemeinen Realitätsorientierung führt.“ Trance liegt dann vor, wenn die Bestandteile der Wirklichkeitsorientierung ihre Verbundenheit verlieren. Bei der Hypnose wird nun auf solch einen Trancezustand konsequent eingewirkt (Katzenstein 1981).

Vogt und andere Wissenschaftler definieren die Hypnose als Partialschlaf, weil das Gehirn abschnittsweise schläft und zum Teil wach ist. Die Hypnose sei eine „biologische Erscheinung“, bei dem der Cortex nur stückweise und nicht gänzlich inhibiert ist. Der nicht gehemmte Teil der Großhirnrinde stellt als sogenannter „Wachpunkt“ den Rapport sicher, womit der gedankliche Zugang zum Hypnotisierten gemeint ist (Platonow 1953, Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981).

Der Vorstellung vom Teilschlaf stimmen auch Kleinsorge und Klumbies zu, sind aber skeptisch hinsichtlich der Erklärung und betonen, dass es sich um ein „differenzierteres seelisches Kräftespiel“ handelt. Sie berufen sich unter anderem auf ablationshypnotische Versuche, in denen der Proband zwar die Stimme der Schallplatte wahrnimmt, aber für gleichzeitig persönlich Gesprochenes vom Hypnotiseur eine Amnesie besitzt. Diesbezüglich

kann die Annahme, dass es zweierlei akustische Zentren gibt, nicht unterstützt werden. Es wird nicht von lokal verschiedenen Wachzuständen ausgegangen. Sie verweisen auf den kortikalen Aufbau in Schichten, was „ja auch noch ganz andere Möglichkeiten einer partiellen Funktionsruhe [zulässt].“ Es wird hinzugefügt, dass „der hypnotische Schlaf nicht die Ursache, sondern die Folge der Hypnose [ist]“ (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Vogt erklärt die Hypnotisierbarkeit als gewöhnliches menschliches Merkmal (Klumbies 1981). Kretschmer befürwortet die Ansicht der Hypnose als Teilschlaf, da die traumhafte Gestalt und passive Wahrnehmung sowohl in Hypnose als auch im Schlaf zu verzeichnen sind, aber als Unterschied der Rapport als Zugangsweg zum Seelenleben in der Hypnose existiert (Kretschmer 1943). Nach Schultz ist die „Hypnose als psychisch herbeigeführte, mit bestimmten Kennzeichen der Entspannung [...] versehene [...] Organismusumschaltung“ zu betrachten. Dabei müssen der Rapport und der Schlafzustand vorhanden sein, auf den der Hypnotiseur gezielt einarbeitet (Schultz 1952).

Als einen „aktiven Zustand[...] unbewußten Lernens“ findet sich Trance, von einer „Dissoziation oder [...] Lockerung der Ichkontrolle“ begleitet, auch in Ericksons Erläuterungen zur Hypnose wieder und ist subjektiv dadurch gekennzeichnet, dass jegliche Geräusche wie aus weiter Distanz klingen und „die Dinge von selbst zu geschehen scheinen“. Die Patienten registrieren ihrerseits sonderbare Reaktionen während der Induktionsvorgänge, doch die Ursache dafür können sie in dem Augenblick nicht fassen. Sie versuchen dies zu ergründen, in dem sich die volle Aufmerksamkeitsleistung ins Innere wendet und externe Stimuli hintergründig werden. „Diese innere Richtung und Suche [nach einer Orientierung] ist das Wesen der „Trance““, die als äußerst individueller „Sonderzustand“ die Funktion hat, das Therapeuten-Patienten-Verhältnis zu vertiefen und die Konzentration „auf innere Realitäten“ zu fokussieren. Trance versichert nicht obligatorisch, dass die Suggestionen auch angenommen werden.

Hypnose wird als „Zustand äußerst aktiven [autonom ablaufenden] Lernens“ mit dem tatsächlichen Nachweis erweiterten Potentials als Resultat beurteilt. Trance ist als eine alltägliche Erscheinung zu betrachten, die beim „Versinken“ zum Beispiel in Musik oder Tagträume natürlicherweise eintritt. Für die Hypnotherapie müssen demzufolge tranceartige Indizien registriert und bestätigend weiterentwickelt werden. Die auf einen Brennpunkt eingeeengte Aufmerksamkeit begünstigt die Entfaltung stattfindender Lernprozesse in Trance. Beim Patienten etablierte psychische Limitationen werden eine Ausweitung und somit eine Expansion potenziell vorhandener Fähigkeiten erfahren. Die Besonderheit im Wesen der Hypnose liegt darin, dass „sie uns diese Reaktionen, die gewöhnlich durch

unbewußte, außerhalb des Normalbewußtseins liegende Mechanismen vermittelt werden, kontrollieren läßt“ (Erickson et al. 1991).

Wendt kennzeichnet das psychotherapeutische Spezialverfahren Hypnose als einen „Zustand fernrohrförmig eingengter und intensivierter Kommunikation“, bei dem unter Elimination von Aufmerksamkeit und Wachsein auf somatische Aktivitäten und psychische Gesichtspunkte Einfluss genommen werden kann (Wendt 1978). Er macht die Aussage, dass Hypnosebeobachtungen schon „lange bevor es eine systematische Psychotherapie gegeben habe“ – aus ärztlicher sowie laienhafter Perspektive – existierten (Krause 2011).

5.4.1.2 Zur Theorie der Hypnose

Das Wesen der Hypnose wird als Kombination dreier physiologischer Prozesse charakterisiert: das Wort, die Suggestivreize und der Schlafzustand. Sowohl die therapeutische als auch die Schlafsuggestion sind als „Fixpunkte“ im Wesen der Hypnose zu sehen, während andere Komponenten einen variablen Charakter aufweisen.

Dass eine **Wort**äußerung autonome körperliche Veränderungen verursachen kann, wird als „bedingt-reflektorische Wortwirkung“ gedeutet. Ein typisches Beispiel ist die durch das Wort „Zitrone“ ausgelöste Salivation, was auf einer psychonervalen Verbindung seit der erstmaligen Erfahrung dieses Zusammenhanges beruht. 1895 stellt Vogt fest, dass „Gleichzeitigkeitssassoziationen [...] zu einer Bahnverbindung [führen].“ Acht Jahre später formuliert Pawlow diese Tatsachen in seiner Reflexlehre, was den Eingang in die Wissenschaft geebnet hat. Den Nachweis von einer willensunabhängigen scheinbar automatischen Reaktion eines Wortes auf den Organismus erbringt Smolenski – Schüler bei Pawlow – in folgendem Experiment. Er bietet dem Probanden simultan einen Licht- und einen akustischen Reiz. Zunächst reicht der Laut der Glocke allein aus, um eine Pupillenreaktion erkennen zu können. Später erweist sich das bloße Wort „Klingel“ als hinreichend und anschließend genügt sogar der Gedanke an eine Klingel. Die Hypnose ist folglich als Reflexvorgang zu sehen.

Bereits Bernheim prägt die Aussage: „Jede Vorstellung strebt zur Realisation.“ Pawlow unterstreicht die Suggestion als „einfachster und typischer bedingter Reflex“. Doch da Worte im normalen Alltag nicht immer sofort in reflektorischen Wirkungen münden, bedarf es eines Signalreizes, der die Voraussetzung bildet, dass bzw. wann das Wort seine „Wirkung ungehemmt entfalten [kann].“ Das suggestiv – also mit „Ausdruck der Gewissheit“, das heißt, mit der Überzeugung, dass „das Gesagte stimmt“ – Gesprochene bahnt sich den Zugang zum Realitätsurteil und darauf beruht die Wirksamkeit der Worte. Es kommt nicht auf den reinen Denkinhalt an, sondern auf die Einschätzung, dass der Gedanke oder das

Wort wahr sind – das sogenannte Realitätsurteil. Das Ausmaß der Überzeugung von der Tatsächlichkeit liegt in den Händen des Hypnotisten, der dies entweder durch eine konkrete Beweisdarlegung am Repertoire existierender Erfahrungen erreicht oder in dem er auf instinktive, bei allen Menschen gleiche, ohne gesonderte Lernaktivität vorhandene Elemente zurückgreift, zu denen „ansteckende“ Äußerungen wie Gähnen oder Lachen oder eben auch die Gewissheit gehören. Letztere vollbringt er mit Hilfe eines gerichteten Blickes, eines entschlossenen Verhaltens und mittels dem „Brustton der Überzeugung“. Das simultane Vorhandensein dieser Merkmale potenziert die suggestiven Auswirkungen nach der Reizsummenregel. Es ist hervorzuheben, dass Suggestivkräfte nicht existieren, sehr wohl aber **Suggestivreize**. Die bedingt-reflektorische Reaktion auf die Wortsignale und die instinktgemäßen Suggestivreize kennzeichnen den Anfang jeder Hypnose als sogenannte Wachsuggestion.

Nun fehlt noch die dritte Komponente, die dabei hilft, den Imaginationen den „Charakter traumhafter Wirklichkeit“ zu verleihen: der **Schlafzustand**, der den Effekt der Suggestion fördert. Gleichzeitig nimmt die Hypnosetiefe zu, je mehr die Imaginationen als real beurteilt werden und je mehr traumbildhafte Wirklichkeit erreicht wird, umso mehr intensiviert sich die Hypnose wie in einem Kreislauf (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Nun ist also eine hypnotische Situation vollbracht, die als „ein Zustand durch Suggestion gesteigerter Suggestibilität“ gekennzeichnet ist (Kleinsorge und Klumbies 1959). Der hypnotische Schlafzustand oder Somnambulismus wird erleichtert hervorgerufen und unterhalten durch eine Atmosphäre der Ruhe, durch monotone Laute oder durch ermüdendes Fixieren (Klumbies 1981). Nach Pawlow ruft die Reizmonotonie eine „lokale Ermüdung der Hirnrinde [hervor], die sich durch negative Induktion über den ganzen Cortex ausbreitet“ (Kleinsorge und Klumbies 1953). Die enge nachbarschaftliche Nähe der Zentren für den Schlaf-Wach-Rhythmus, den muskulären Tonus und die Augenmotilität bedingt eine „tief eingeschliffene Verbindung“ und erleichtert den Zugang zur Schlafkomponente der Hypnose (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Pawlow umschrieb „das Wort als Signalreiz und die erfolgreiche Suggestion als bedingten Reflex“ und prägte somit die wissenschaftlichen Begrifflichkeiten (Klumbies 1981). Pawlows Theorie zufolge bestehe eine Einheit aus Hypnose und Schlaf. Trotz Hemmung kortikaler Prozesse gäbe es einen Wachpunkt, der den Rapport ermöglicht (Rožnov 1981).

Laut Kleinsorge und Klumbies lassen sich bei Hypnoseeinleitung ähnliche Hirnströme aufzeichnen, wie im Schlafzustand, worauf bereits die Namensherkunft „ύπνος“ aus dem

Griechischem verweist (Kleinsorge und Klumbies 1959). Im Elektroenzephalogramm bilden sich keine charakteristischen Befunde während der Hypnose ab. Deswegen wurden die Ultralangschwingungen der Potentiale (ULSP) überprüft und tatsächlich von den Hypnosestadien abhängige Veränderungen detektiert, die weder für den Schlaf noch für den Wachzustand typisch sind. Daraus wurde – von Pawlows Annahme divergierend – die Hypnose als „besonderer physiologischer Zustand [...], der sich vom Schlaf und vom Wachzustand unterscheidet“, angesehen (Rožnov 1981).

Katzenstein beschreibt folgende drei Komponenten des hypnotischen Fundamentes: als erste ein auf Vertrauen basierendes **Arzt-Patienten-Verhältnis** und als zweite das Hervorrufen „eines vom Therapeuten gezielt veränderten Bewußtheitsgrades“ im quantitativen Sinne. Oft als Synonym gebraucht, bezieht sich der Begriff „**veränderter Bewusstseinszustand**“ – in den USA während der 70er Jahre als „altered state of consciuosness“ popularisiert – auf die Qualität. Als dritten Punkt wird die Darreichung konkreter **Suggestionen** angeführt. Der erste und dritte Punkt lassen sich auf die Psychotherapie generell projizieren. Für das Vertrauensverhältnis ist entscheidend, dass der Arzt sich nicht nur auf den inhaltlichen Kern einer Aussage des Patienten konzentriert, sondern dass man auch den hintergründigen Rahmen und die Wurzeln der Äußerung erfasst und entsprechend reflektiert. Es wird mehrfach beobachtet, dass die Resultate beim Explorieren von Hypnotisanden oft mit den erwarteten Annahmen ihres Therapeuten übereinstimmen. Dies führt stets zur Bestätigung der eigenen individuellen theoretischen Vorstellungen. Allgemein ist zu bedenken, dass die Beschreibung theoretischer Grundlagen mitunter einen recht einseitigen Charakter haben kann. Dem ist hinzuzufügen, dass laut Erickson Differenzen in Hinblick auf den Zweck der Hypnose existieren: Bei Experimenten mit Versuchspersonen bestehen zum einen keine spezifischen Beschwerden und die Wachheit gehe nicht komplett verloren, während bei klinisch-therapeutischen Hypnosen eine sich vom Wachzustand unterscheidende Trance erreicht wird und die Patienten ursprünglich mit Beeinträchtigungen erscheinen (Katzenstein 1978, Pickenhain 1978).

Aus der Vereinigung von Somnambulismus, den psychischen Reflexen auf das Wort und der gelenkten traumhaften Fantasie des Patienten ergibt sich ein variables Muster an Hypnoseerscheinungen. Dazu gehören Amnesie, Analgesie, Psychokatharsis oder auch Kataplexie sowie Katalepsie und Primitivreaktionen (Klumbies 1981), wobei letztere als affektive Antwort „in geistig nicht bewältigten Situationen“ mit Verlust der eigentlich bei Erwachsenen intakten Willkürmotorik zu verstehen sind. Die hypnotische Analgesie für Eingriffe wie Appendektomien, Entbindungen oder Zahnextraktionen zeigt, dass die

Grundlagen der Hypnose nicht auf Täuschung oder Überredung fußen (Klumbies 1959). Neben hypnotisch anvisierter Hypalgesie und somit der Dämpfung von Sinneswahrnehmungen, ist ebenso das Gegenteil möglich, wie die Hypermnésie zur Reaktivierung vergessenen Materials belegt (Schultz 1952).

Zum Abschluss der theoretischen Vorbetrachtungen wird noch eine Definition ergänzt: Hypnotismus bezeichnet „die Lehre [...] von allen Quellen, allen Erscheinungen und allen Gründen des suggerierten Schlafes“ und Hypnose ist als „suggerierter und suggestibler, d.h. suggestionsbereiter Schlaf“ zu verstehen (Trömner 1919). Wie genau das Wort „Suggestion“ zu fassen ist, wird im Folgenden dargelegt:

5.4.1.3 Über Suggestion und Suggestivtherapie

Suggestion bedeutet im Allgemeinen „seelische Beeinflussung“ (DUDEN 2010), lässt sich aus der englischen Sprache als „Vorschlag“ und aus dem Lateinischen als „Einflüsterung“ übertragen und ist nicht gleichzusetzen mit Begrifflichkeiten wie „Kommandieren“ oder „Persuasion“ (Trömner 1919, Riegel 2010).

Klumbies berichtet von EKG-Ableitungen, währenddessen Gefühlslagen wie Freude, Kummer oder Sorge suggeriert oder auch Erlebnisse wie ein Waldspaziergang nachts allein vermittelt werden. Es können charakteristische Veränderungen verzeichnet werden, die den Einfluss suggestiv erzeugter Vorstellungen auf physische Prozesse zeigen. Die Suggestion wird für einen Prozess mit Alltäglichkeit und Notwendigkeit gehalten und vom Begriff „Vortäuschung“ abgegrenzt. Sofern eine Vorstellung als „echt“ angesehen wird, sind Veränderungen körperlicher Funktionen zu verzeichnen. Als Beispiel kann man den Ruf „Feuer!“ anführen: Egal ob tatsächlich ein Brand vorliegt oder nicht, nimmt man subjektive und physiologisch objektive Reaktionen wahr, zu denen beispielsweise Tachykardie, Mydriasis und ein Gefühl von Angst gehören (Klumbies 1981, Strauß 2004, Klumbies 2011). Moll fasst die Suggestion als ein Geschehen zusammen, „bei dem unter inadäquaten Bedingungen eine Wirkung dadurch eintritt, daß man die Vorstellung von deren Eintritt erweckt.“ Beispielhaft führt er an, dass die Vorstellung einer Fliege auf der Stirn Pruritus verursache. Adäquat wäre es, wenn tatsächlich ein Insekt auf der Haut sitzen würde (Wendelborn 1995). Suggestieren sei ein Experiment mit dem intakten Gehirn und der Interaktion zwischen den von außen beobachtbaren Prozessen und derer subjektiver Repräsentation seitens des Hypnotisanden (Forel 1895). Zudem beinhaltet Suggestion „Kommunikationsaspekte [...], die einen starken Aufforderungscharakter besitzen.“ Suggestibilität beschreibt die individuelle Gestaltung der Antworten auf suggestive Einflüsse und folgt einer Normalverteilung in der Bevölkerung. Die Hypnotisierbarkeit bezeichnet die

Suggestibilität hinsichtlich der „hypnotischen Reaktionsfähigkeit“ (Kossak 1993, Riegel 2010).

Kretschmer untergliedert die Suggestivtherapie in die beiden Kategorien Wachsuggestio und Hypnose. Bei letzterer bedient man sich zusätzlich eines Teilschlafes zur Darreichung der Suggestionen (Kretschmer 1943). Die Wachsuggestio steht in Zusammenhang mit Placebo-Wirkungen und wird in diesem Fall bewusst „in Form einer larvierten Suggestion“ vermittelt. Öfter allerdings werden Wachsuggestio unabsichtlich geboten. Als Suggestivreize „werden analysierbare Ausdrucksmerkmale in Blick, Mimik, Gestik, Stimme“ gesehen, die „psychologisch ansteckend [sind] [...] [und] instinktiv gegeben und verstanden [werden].“ Suggestivwirkungen umgehen nicht nur den Willen, sondern rufen auch eine Amnesie deren Ursprungs hervor. Die Amnesie allerdings ist kein Kennzeichen der eigentlichen Hypnose, stellt keine Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Hypnotherapie dar und existiere eher in Form einer „Erinnerungssperre“ und nicht als kompletter Mangel an Erinnerungen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981).

Lambert¹¹³, Meisterschüler des Gründers der neuen Schule von Nancy – Emile Coué¹¹⁴ – meint, dass eine Definition für „Suggestion“ kaum machbar ist, gibt aber dennoch einen Vorschlag, in dem er Suggestion als „alles, was uns seelisch beeinflusst“ beschreibt. Lambert setzt mit der Aussage fort, dass in dem Augenblick der seelischen Beeinflussung „ein dementsprechender Glaube ausgelöst [wird]“ und fügt hinzu: „Was ich für mich glaube, ist für mich wahr“ (Lambert 1934).

Die damit umschriebene Autosuggestion wird auch von Klumbies und Kleinsorge aufgegriffen. Autosuggestion verläuft unbewusst und ohne Willen. Sie „arbeitet blind und verwirklicht Befürchtungen nicht weniger als Wünsche.“ Davon abgegrenzt werden muss die bewusste und willkürliche Simulation, auf die suggestiv nicht einzuwirken ist. Eine Autosuggestion beinhaltet zwei nötige Elemente: „1. eine Vorstellung und 2. ein positives Realitätsurteil“, wobei letzteres das Ausmaß der reflektorischen Antwort determiniert (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1967).

Mittels bewusst angeeigneter Autosuggestion nach der Coué-Methode soll der Mensch an die Realisierung seiner Lebensziele glauben, die alltägliche Nützlichkeit derselben erkennen, Positives gewinnen und schadhafte Negatives abwenden. Die Coué-Methodik beinhaltet drei Gesetze und die Theorie, dass ein konstruierter Gedanke, eine erschaffene Vorstellung, zum Glauben wird und zur Verwirklichung strebt. Ein Denken über misslingende

¹¹³ Fritz Lambert (1882-1952), siehe Personenverzeichnis.

¹¹⁴ Emile Coué (1857-1926), siehe Personenverzeichnis.

Tatsachen wird so zum Scheitern führen. Die praktische Umsetzung sieht gleichförmige mehrfach wiederholte Ausdrücke vor, wie „Mit jedem Tage geht es mir in jeder Hinsicht immer besser und besser“, wobei „die gesprochenen Worte automatisch, d. h. selbsttätig durch unsere Ohren in unser Unterbewußtsein ein[dringen]“, dieses einnehmen und somit zur Realisation beitragen, denn „alles, was uns erfüllt, wird Wirklichkeit.“

Ein anderes Beispiel ist die bewusste Verknüpfung der Atemphasen mit Gedanken der Frische und Energie bei der Inspiration und der Vorstellung des Aussonderns von „Schlechtem“ in der Expiration. Somit lassen sich eigenständig physiologische Prozesse ansteuern und vorteilhaft lenken. Suggestion wird für das Resultat des individuellen Glaubens gehalten. Für die Hypnotherapie bedeutet das, dass auch hierbei Suggestionen entweder empfangen oder verweigert werden, „d. h. sie werden geglaubt oder nicht geglaubt“. Je ausgeprägter der Glaube an das Gute, an sich selbst ist, umso positiver ist die Ausstrahlung der Person und umso suggestiver kann sie agieren und als Fremdsuggestion den Glauben an andere weitergeben. Diese Tatsachen etikettiert Lambert als Naturgesetze, da sie für jeden unabhängig von der eigenen Einstellung oder dem Wissen darüber gelten. Summierend sei es also wie folgt: „Alles in der Welt ist Ursache und Wirkung. Es ist gut, die Ursachen zu kennen, um die Wirkungen zu bestimmen.“

Eine Schlafsuggestion erfolgt fremdsuggestiv mit Willen, während die Autosuggestion selbstbeeinflussend funktioniert und der Willen ausgeschaltet werden sollte. Die Schlafsuggestionen tauchen als werthafte Formeln in das Unterbewusstsein ein, umgehen damit die Kritikfähigkeit und ermöglichen auf diese Weise die Einflößung eines Gedankens (Lambert 1934).

Mit dem gesprochenen Wort adressiert bzw. nutzt (to utilize) man bereits bestehende Gedankenverknüpfungen. Bei den Suggestionen handelt es sich also nicht um „Eingebung“, sondern um das „Hervorrufen“ existenter Muster (Erickson et al. 1991). Ein gängiges Exempel zur Unterstützung dieser Ja-Haltung ist: „Sie spüren, wie Ihre Arme auf Ihren Oberschenkel ruhen“ – es werden also unwiderlegbar offensichtliche Aussagen mit positivem Charakter offeriert. Beispielsweise würde man einen agitierten Patienten nicht zur Mäßigung seiner Unruhe bitten, sondern die überaus lebendigen Charakterzüge zum Ziele einer „Ja-Haltung“ einbinden (Kossak 1993). Diese vom Patienten nicht willentlich wahrgenommenen assoziativen Strukturen werden der Zielstellung der Behandlung entsprechend herangezogen, vorgebracht sowie verstärkt, anstelle „etwas von außen aufzudrängen, das für die Individualität des Patienten nicht geeignet sein könnte.“ Dieser Ansatz folgt der Utilisationstheorie nach Erickson. Er postuliert, dass jede Utilisation die Hypnose zu vertiefen vermag (Erickson et al. 1991).

Allgemein zu Suggestionen sei resümiert, dass es sich also nicht um Elemente zum gezielten Überzeugen und Überreden handelt, sondern man bietet kleine Hilfestellungen als „kurze formelhafte Signale von stark sinnlichem [...] Charakter“ an (Kretschmer 1943). Das elegant suggestive Arbeiten des Therapeuten fußt demzufolge nicht auf dessen Überlegenheit und Dominanz, sondern entfaltet sich als raffinierte responsive Entgegnung, auf die vom Patienten präsentierten, reaktiven Veränderungen (Kossak 1993). Zusammenfassend kann Suggestivtherapie metaphorisch mit „dem Messer des Chirurgen“ in Verbindung gebracht werden: bei bedarfsgerechter Verwendung durch einen Qualifizierten stehen erfolgsversprechende Resultate der Behandlung in Aussicht, während eine unsachgemäße Praxis ein hohes Gefahrenpotential mit sich bringt (Katzenstein 1978).

5.4.1.4 Bedeutung und Wirkungsspektrum der Hypnotherapie

Die Hypnotherapie gehört zu den bedeutendsten Verfahren mit der „effektiv größten Wirkung“ und besten Erfolgsrate in der internistischen Psychotherapie. Die Überlegenheit komme insbesondere dann zur Geltung, wenn medikamentöse bzw. chirurgische Optionen keine Besserung gebracht haben (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981). Liébeault geht von einem umgekehrten Wirkmechanismus im Vergleich zu einer pharmakologischen Therapie aus: Die suggestiv erzeugten Imaginationen setzen zentral im Nervensystem an und verbreiten ihren Effekt in Richtung der Organe. Arzneimittel wiederum erreichen oft peripher ihren Zielrezeptor und beeinflussen retrograd das Gehirn (Liébeault 1895).

Hypnotherapie als ein Baustein in einem therapeutischen Gesamtkonzept setze sich im Hinblick auf die Wirksamkeit gegenüber „der konventionellen Psychotherapie“ durch (Kossak 1993). Der Effekt auf somatische Funktionen sei bei der Hypnotherapie außerordentlich hoch und durch Messungen zu bestätigen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Wirkung gezielt auf bestimmte Körperregionen platziert werden kann und sich somit nicht systemisch auf den kompletten Organismus ausdehnen muss. Dies ist insbesondere bei hypnotischer Analgesie der Fall (Klumbies 1978[A], Klumbies 1981).

Die Funktionalität reicht von allseitigem Wohlbehagen, gebessertem Schlafverhalten, der eben erwähnten Analgesie, über Katharsis und intensiver Entspannung bis hin zu konkreten Indikationen bei Funktionsstörungen (Rožnov 1959, Klumbies 1981). Bei funktionellen Krankheiten liegt ein ordnungsgemäßes und unversehrtes Erfolgsorgan vor, welches allerdings „abnorme Reizzuführungen“ empfängt (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Sowohl Hypnose als auch autogenes Training erzeugen eine generelle Entkrampfung und begünstigen ein allgemeines Lockerlassen, sodass sich die auf die Symptomatik gerichtete Achtsamkeit abwenden kann (Bauer und Klumbies 1957).

Sofern nur die Ruhewirkung beabsichtigt ist, spricht man von hypnotischem Heilschlaf als therapeutisches Verfahren zur Beseitigung von Angst, Stärkung des Selbstbewusstseins sowie zur Vermittlung eines Gefühls der Geborgenheit und Zuwendung (Katzenstein 1978, Girndt und Schaeffer 1981). Neben der zur Erholung dienenden Hypnotherapie führt Schultz noch drei weitere Anwendungsbereiche an: die rein suggestive, die mittels Psychokatharsis oder -analyse „gedächtniserweiternde“ und die allgemein psychotherapeutische Hypnotherapie, die andere Interventionen erleichtern soll (Schultz 1952). Als Ruhehypnose erfüllt diese Therapieform des Weiteren Gesichtspunkte der Prophylaxe (Wendt 1978).

Eine recht schlichte Anwendung der Hypnose kommt bei der Suggestion über die Rekonvaleszenz bestehender Dysregulationen wie schlechter Angewohnheiten vor. Die in Hypnose vermittelte Aussage, „dass es besser wird“, hat oft bereits eine heilende Tendenz zur Folge (Liébeault 1895).

Ebenso macht man Gebrauch von der Hypnose, um eine Schlaftherapie zu realisieren. Dabei ist der Patient zu jeder Zeit weckbar und orientiert. Die Schlafeinleitung kann neben der hypnotischen Art und Weise auch medikamentös und bedingt-reflektorisch über spezielle Reize erfolgen. Das Vorgehen zielt darauf ab, einen verbesserten Kontakt und Zugang zum Patienten zu kreieren und somit eine Basis für die eigentliche psychotherapeutische Intervention zu erarbeiten (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Hypnosen werden auch zur Evaluation pharmakologischer Präparate verwendet. Bei einer Analyse von Rauwopur von 1956 als Antihypertonikum wird exemplarisch die renale Hämodynamik und das Herzzeitvolumen untersucht, währenddessen exogen manipulative Einflussgrößen mittels Ruhehypnose ausgeschlossen werden.¹¹⁵ Rauwopur enthält Reinalkaloide aus der Pflanze Rauwolfia serpentina, darunter das Reserpin, das eine sedierende Wirkung hat und aufgrund der antihypertensiven Wirkung orthostatische Synkopen hervorrufen kann (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Es ist hinzuzufügen, dass die Hypnotherapie mitunter eine Latenz bis zur definitiven Wirkung besitzt und der Erfolg erst nach Behandlungsende spürbar werden kann. Generell besteht ein invers proportionaler Zusammenhang zwischen Geschwindigkeit und Nachhaltigkeit der hypnotischen Rekonvaleszenz. Die Hypnotherapie basiert nicht auf

¹¹⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 66, 36.

schlichter Gegensuggestion bezüglich der Symptomatik, sondern beabsichtigt „die krankhaften Vorstellungen zu entwurzeln, ihre Haltlosigkeit und Grundlosigkeit klarzulegen“ und den Erkrankten „zur Selbstbeherrschung, zur Toleranz, zur Geduld“ zu unterrichten (Schultz 1952). Der Patient lernt also durch die Hypnotherapie mehr Aufmerksamkeit auf und in sich zu richten. Folglich kann er Zusammenhänge vermehrt erkennen und wahrnehmen und somit neue Bewältigungsstrategien für Problemsituationen gewinnen (Katzenstein 1978), indem hypnotisch individuelle Restriktionen beseitigt und damit neuartige Optionen zur psychischen Behebung von Konflikten erzeugt werden. Diesen Ansatz bezeichnet Erickson als „Außerkraftsetzen gewohnter Bezugssysteme“ (Erickson et al. 1991).

Quantitativ wenige therapeutische Zusammenkünfte und die zügige Normalisierung des krankhaften Zustandes bei mitunter langwierigen Beschwerdebildern zeigen den vorteilhaften Charakter der Hypnotherapie auf (Platonow 1953[A]).

Hinsichtlich der Erfolgsquoten bringt die Suggestivtherapie mit 73% die besten Resultate, gefolgt vom autogenen Training mit 48%. Eine frühzeitige Beendigung der Therapie tritt am geringsten bei der Suggestivtherapie mit 13% auf, bei autogenem Training öfter mit 32% (Klumbies 1960).

5.4.1.5 Zur Indikation der Hypnotherapie

Um sich der Indikationsstellung anzunähern, ist eine umfangreiche Psychodiagnostik mit einer vorher durchgeführten expliziten klinischen Untersuchung notwendig. Es gilt, neben der organischen und psychischen Disposition auch die Pathogenese, die Symptomatik und die auslösenden Umstände zu beachten. Explorationsdiagnostisch ist zu beurteilen, inwiefern eine zeitliche Verknüpfung zwischen dem Beginn einer psychischen Last und den Erstsymptomen vorliegt. Anamnestisch kann der Lebenslauf des Patienten wichtige Sachverhalte offenbaren. Allerdings ist auch darauf aufzupassen, dass „Seelenspaziergänge“ schädliches Potential seitens des Patienten haben können. Ausschlaggebend für die Hypnotherapie sind nicht die symptomatischen Beschwerden, sondern die Pathogenese. Bouchal, Leiter der medizinisch-psychologischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik im tschechischen Brno, bestätigt dies, indem er hinzufügt, dass „die Indikation [...] weniger durch die Diagnose als durch die Hypnotisierbarkeit, die Möglichkeit der gegenseitigen Zusammenarbeit und im Verlauf durch den positiven Effekt [zustande kommt]“ (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969, Bouchal 1981, Klumbies 1981).

Zu den Indikationen gehören Erkrankungen der verschiedensten Organsysteme. Als Beispiele seien folgende genannt: Angina pectoris, Migräne, Diarrhoe, Asthma bronchiale, Reizblase, Dysmenorrhoe, Tremor, Magersucht und Alkoholismus. Bei letzterem dient die Hypnose als Aversionsmethode. In Bezug auf Ethanol wird den Trinksüchtigen ein Ekelgefühl oder gar Nausea und Emesis vermittelt. Heidrich von der Medizinischen Akademie in Erfurt unterstreicht ebenfalls den Gebrauch suggestiver Methoden bei Alkoholabhängigen, begründet an dem günstigen Nebenwirkungsprofil sowie der weitestgehenden Unabhängigkeit von Komorbiditäten (Kleinsorge und Klumbies 1969, Kása 1981, Krause 2011).

Vor allem in der Sowjetunion findet die Hypnotherapie ab 1947 bei Alkoholismus breite Anwendung und vielfache Überzeugung als beste Methode bei dieser Indikation. Sie wird auch als „kollektive Hypnosetherapie“ nach Bechterew in Gruppen ähnlicher Charaktere und mit äquivalentem Krankheitsbild eingesetzt. Dabei beeinflussen Patienten mit einfacher Suggestibilität die schwieriger hypnotisierbaren Personen günstig. Nachteilig ist der hohe Zeitaufwand und die komplexe Organisation der Termine zur Nachkontrolle bei der großen Patientenzahl. Ebenso am Institut für Psychiatrie in Moskau etabliert, ist die Hypnotherapie in verlängerten Sitzungen. Die Dauer beträgt zwischen 90 und 150 Minuten – im Vergleich dazu geht eine Kurzhypnose ca. 20 Minuten. Dadurch kann der Schlafzustand intensiviert werden, Schlafstörungen werden kompensiert und die Suggestionen wirken additiv (Rožnov 1959).

Des Weiteren kann die Hypnotherapie bei Morbus Raynaud, Enuresis, Hyperhidrosis und Colitis ulcerosa indiziert sein sowie bei dermatologischen Erkrankungen wie dem Ekzem, der Psoriasis, Urtikaria, Pruritus und bei Alopezie (Schaeffer 1963, Klumbies 1981, Venner 1981).

Es ist zu betonen, dass der psychotherapeutische Erfolg nicht die psychogene Ätiologie der Erkrankung bestätigt: „So wenig ein greifbarer Befund eine Psychogenese widerlegt, so wenig kann ein greifbarer psychotherapeutischer Erfolg sie beweisen!“ Der Terminus „psychogen“ wird im Lehrbuch von Kleinsorge und Klumbies auf „alle psychisch ausgelösten Störungen“ ausgeweitet und nicht nur auf Krankheitseinbildungen eingegrenzt.

Oftmals liegen Einzelfallentscheidungen vor. Zunächst soll eine medikamentöse Therapie erwogen werden und die Sanierung des Milieus im Vordergrund stehen. Die Milieuthherapie basiert auf der Distanzierung von dem Reiz, der bedingt-reflektorisch die Krankheitsgenese unter Berücksichtigung der Lebensumstände des Patienten begünstigt. Besserung wird mit Hilfe einer Krankschreibung oder Anordnung eines „Erholungsaufenthaltes“ durch Unterbrechung und folgender Auslöschung des Reflexvorgangs erzielt. Die dritte Stufe

bildet das Repertoire an psychotherapeutischen Interventionen mit dem Gespräch als integralen Bestandteil. Erst dann sollen suggestologische Verfahren in Erwägung gezogen werden, wobei das autogene Training aufgrund der Ökonomie der Realisierung in Gruppen oft präferiert wird (Kleinsorge und Klumbies 1953, Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Die klare Indikationsstellung für die Therapie mit der Hypnose liegt in folgenden Konstellationen vor: zum einen, wenn rasch ein positives Ergebnis dadurch in Aussicht steht, beispielsweise beim Singultus. Zum anderen, wenn ein die Symptomatik bessernder Effekt nicht unmittelbar einzusehen ist, aber trotzdem eine gewisse Dringlichkeit besteht wie beim Kardiospasmus oder der Miktionsperre. Hierbei würde das Einüben des autogenen Trainings zu viel Zeitdauer in Anspruch nehmen. Wenn es sich um Beschwerden wie schwerste Schmerzen handelt, wobei eine Analgesie durch autogenes Training nicht so effektiv erzielt wird, dann besteht auch die Indikation für die Hypnotherapie (Kleinsorge und Klumbies 1969), sofern alternative Behandlungsoptionen keine besonders gute Prognose versprechen (Kossak 1993). So gehören Dyskinesien und Tic-Erkrankungen in das Anwendungsspektrum der Hypnose, da hierbei medikamentös keine Besserung zu erzielen ist und das Beschwerdebild psychisch getriggert sein kann (Wendt 1978). Platzangst, hysterische Lähmung oder posttraumatische Zwänge sind Indikationen für die Hypnokatharsis, deren Ziel es ist, Affekte oder Traumaereignisse zu verarbeiten (Girndt und Schaeffer 1981).

5.4.1.6 Voraussetzungen zur Hypnotherapie

Zusätzlich zur strikten Formulierung einer Indikation, ist als erstes die Einschätzung und Entscheidung notwendig, welcher Patient sich für dieses Verfahren überhaupt eignet. Dabei kommt es auf das Alter, den Bildungsstand und das Geschlecht nur insofern an, als dass man dementsprechend die Technik modifiziert, um die Kommunikation zu optimieren.

Zu den Kontraindikationen gehören das Vorliegen einer starken Beeinträchtigung der Intelligenz, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen (Schultz 1952, Riegel 2010).

Die Hypnotisierbarkeit verhält sich nicht konstant, ist als gewöhnliches Merkmal einer gesunden Person anzusehen und gelingt am einfachsten „bei intaktem und leistungsfähigem psychischem Apparat“. Mit steigendem Alter, bei Vorliegen von Hirnfunktionsstörungen und psychogenen Erkrankungen nimmt die Hypnotisierbarkeit ab. Menschen aus Großstädten lassen sich leichter hypnotisieren als Personen aus kleinen Städten. Wer im Beruf Anweisungen folgen muss, ist leichter zu hypnotisieren als

Selbstständige mit hoher Verantwortung. Die Gegenwart unsympathischer Mitmenschen wirkt sich negativ auf die Hypnotisierbarkeit aus. Dienlich ist das simultane Hypnotisieren anderer Personen. Als Voraussetzung muss Vertrauen zum ausführenden Arzt bestehen, der sich gut einfühlen können muss, geduldig sowie selbstsicher ist und mit Klarheit, Gewissheit und Bedeutsamkeit sprechen kann (Schultz 1952, Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Die aus ärztlicher Sicht meist am schwierigsten zu erfüllende Bedingung ist das Vorhandensein von ausreichend Zeit, da eine von Eile und Ungeduld gefüllte Atmosphäre hinderlich ist. Zum Hypnotisten sollte eine „besondere Beziehung der vertrauensvollen Achtung“ vorliegen. Für den Patienten ist die Fähigkeit einer lebhaften Fantasieempfindung dienlich (Kleinsorge und Klumbies 1959, Katzenstein 1978, Katzenstein 1981).

5.4.1.7 Setting und Ablauf der Hypnotherapie

Zuerst erfolgt eine **Vorbesprechung** zur Anamneseerhebung, Indikationsstellung, zum Auffinden von Kontraindikationen und zur Vorstellung des Therapieprinzips (Kleinsorge und Klumbies 1969). In das Aufklärungsgespräch gehören Informationen über die Kooperation mit dem Arzt, – je nach Intelligenzgrad des Patienten – über medizinisch-psychologisches Basiswissen sowie die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Schultz verwendet oft die Aussage, dass die „Leistung [...] bei dem Hypnotisierten [liegt]; der Hypnotisierende kann ihm seine Aufgabe nur erleichtern“ (Schultz 1952). Bestehende Ängste, aber auch Erfahrungswerte werden ausgetauscht. Es wird betont, dass Hypnotisierbarkeit kein Indiz für eine willensschwache Persönlichkeit ist und dass Geheimnisse unangerührt bleiben. Auch die Persönlichkeitscharakteristika des Patienten lassen sich durch hypnotische Interventionen nicht auslöschen. Ebenso ist es nicht möglich, jemanden unter Hypnose zu unsittlichen Handlungen zu veranlassen. Es sei vergleichbar mit dem „Schlaf bei einem bösen Traum“: Die „Hypnose verflacht bei Zumutungen schnell“ (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969). Dem Hypnotisierten überkommt keine Machtlosigkeit: „Sein Unterbewußtsein ist ständig wach, das schläft nicht“ (Lambert 1934). Während der Hypnose tritt kein Bewusstseinsverlust ein (Katzenstein 1978). Eine „gesunde Skepsis“ hindere an der Effizienz der Therapie nicht. Nach dem Gespräch hat der Patient Zeit zum Bedenken (Kleinsorge und Klumbies 1969). Ohne die mitunter zeitlich aufwendige „psychische Vorbereitung“ inklusive der klaren Indikation und Einwilligung des Patienten sollte keine Hypnotherapie initiiert werden (Schultz 1952).

Zum Termin der Ersthypnose wird dem Patienten geraten, „weder Erwartungen, noch Ablehnung [zu] hegen“ und als „ruhiger Beobachter“ zu erscheinen. Sofern inkorrekte Annahmen beim Patienten zu eruieren sind, werden diese korrigiert, in dem der Patient beispielsweise zunächst das autogene Training kennenlernt. Es ist notwendig, zu verstehen, dass nicht die Willenskraft ausschlaggebend ist, sondern die Konzentration auf konkrete Vorstellungen. Jede Ersthypnose sei ein Experiment. Sofern der Patient von geglückten Hypnoseerfahrungen aus seiner Vergangenheit berichtet, sollte man auch genau auf die von ihm geschilderten Einleitungsverfahren eingehen und diese nutzen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969, Klumbies 1981).

Die räumliche Gegebenheit sollte ohne blendendes Licht oder hörbaren Lärm reizarm sein (Kleinsorge und Klumbies 1969). Lichtquellen sollen geräuschlos dimmbar, die Tapete musterlos und einfarbig sein (Schultz 1952). Die Hypnotisierbarkeit hat tageszeitliche Differenzen und ist abends am intensivsten. Deshalb wird empfohlen, die Ersthypnose abends zu terminieren (Kleinsorge und Klumbies 1969). Des Weiteren bieten sich „die frühen Morgenstunden [wegen] größter Frische“ an oder postprandial zur Tageshälfte, wenn die Somnolenz physiologisch etwas ansteigt. Jedenfalls ist es wichtig, dass nach der Hypnosesitzung keine obligaten Termine anstehen (Schultz 1952).

Eine gemütliche und entspannte **Schlaflage** wird auf einem Sofa (Kleinsorge und Klumbies 1969) oder Armstuhl eingenommen (Schultz 1952). Es empfiehlt sich, einschnürende Bekleidung zu lockern. Der Patient wird nun gebeten, sich zu entspannen (Kleinsorge und Klumbies 1959). Unter der Bedingung der „Außenreizverarmung“ widmet man sich nun der Konzentration und Restriktion auf einzelne Reize (Schultz 1952).

Die eigentliche Hypnosetechnik kann individuell sehr unterschiedlich angewendet und bedarfsweise angepasst werden. In der Menge existierender **Hypnoseeinleitungs-**verfahren kann man Spontanhypnososen, die nicht willentlich ärztlich vorgesehen sind, von „sensoriellen Hypnososen“, bei denen auf „Gehörsinn“, „Hautsinn“ oder „Gesichtssinn“ zurückgegriffen wird, und Verbalsuggestionshypnososen nach Liébeault differenzieren. Bezüglich des „Gesichtssinnes“ lässt sich Fixation und Faszination unterscheiden, je nachdem, ob ein lebloses Material oder der „Augenstern“ des Arztes starr angeblickt werden soll (Schultz 1952).

Der Hypnotiseur platziert sich hinter das Kopfende. Wenn der Patient nun zum Hypnotiseur aufblickt, nehmen seine Bulbi eine schlafähnliche kranio mediale Position ein. Nun folgt der Aufruf zum festen Fixieren (Kleinsorge und Klumbies 1969), zum Beispiel der Augen des Arztes. Andernfalls werden auch folgende Gegenstände als Fixationsobjekt – als sogenanntes „Hypnoskop“ (Schultz 1952) – genutzt: ein Siegelring (Kleinsorge und

Klumbies 1959), die Ecke eines Bildes (Erickson et al. 1991), der Zeigefinger des Hypnotherapeuten (Kossak 1993), Lanzette-Besteck, ein Knopf, Glühbirnen, ein silberner Verschluss eines Gefäßes, ein sich drehender Hohlspiegel (Schultz 1952), ein Punkt an der Zimmerdecke, ein regelmäßig flackerndes Licht, das in seiner Dynamik jeweils mit dem Öffnen und Schließen der Augen kombiniert wird (Kriegel 1978) oder eine Farbkontrasttafel (Kleinsorge und Klumbies 1969). Dabei fungieren verschiedene Hintergrundfarben auf den Täfelchen als verschiedene Signale, zum Beispiel grün zur Schmerzreduktion mit folgendem Erwachen oder blau zur Schmerzreduktion mit folgendem Weiterschlafen für die nächtliche Anwendung. Doch noch mehr Vielfalt an Signalen bietet die Sprache mit einer riesigen Auswahl an Wörtern (Klumbies 1955[A]).

An methodischen Möglichkeiten für den Einstieg in die Hypnose gibt es schließlich sehr viele. Optische Reize stammen von Braid, der einen Kristall betrachten ließ. Daher entsteht der Begriff „Braidismus“ für die Fixation von Materialien mit Glanz. Taktile Reize gehen auf Mesmer zurück, akustische wie das Uhrenticken auf Heidenhain und die verbale Wachsuggestion ist auf Faria und Liébeault zurückzuführen. Schultz präferiert durch einen Wasserlauf erzeugte Klänge und gibt die Nebenwirkung des plötzlichen Miktionsbedürfnisses mit zu bedenken. Charcot nutzte seinerzeit Schreckreize wie plötzliche Geräusche oder „explodierende Schießbaumwolle“, doch da dadurch meist kein Rapport möglich sei, lehnen Kleinsorge und Klumbies diese Praktiken ab (Schultz 1952, Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981).

Es gibt weitere methodische Elemente, die beschrieben werden, aber nicht in Klumbies' und Kleinsorges Veröffentlichungen auftauchen. Dazu gehören fronto-epigastrische PASSES, der Tric nach Rifat, wobei man einen mit Chloroform getränkten Stoff vor das Gesicht platziert, das Zurückzählen von hundert auf eins oder Suggestionen eines sich intensivierenden, schlaffördernden Geruches, zum Beispiel nach Veilchen, oder auch streichende Berührungen am Körper und insbesondere an den Händen (Kretschmer 1943, Schultz 1952).

Zu weiteren Induktionstechniken gehört die Armsenkung, bei der im Liegen die Finger des ausgestreckten Armes anvisiert werden sollen. Zunehmend kann die Extremität nicht mehr stillgehalten werden, wird schwer und in dem Moment, wo die Aufforderung zum Nachgeben dieser Bemühung dargeboten wird, sinkt der Arm an den Körper und gleichzeitig die Augenlider.

Außerdem kann man – ebenfalls verbal durch suggestive Sätze unterstützt – Daumen und Zeigefinger sich annähern lassen und den Zeitpunkt des Kontaktes beider Finger mit dem Eintritt der Entspannung koppeln.

Bei dem recht zügig zur Induktion führenden Prinzip der Körperschwankung befindet sich der Patient mit geschlossenen Augen im Stand und erhält vom Therapeuten, der jederzeit bereit ist, den Patienten aufzufangen, Suggestionen über das zunehmende Hin- und Herschwingen des Körpers. Bei einer Amplitude von mehr als 15 cm geht man von einem Trancezustand aus (Kriegel 1978).

In Anbetracht des geringeren Zeitaufwandes günstig ist die von Bernheim und später von Liébeault genutzte Technik, dass nach suggestiver Präparation und Demonstration an anderen allein das Platzieren auf dem Hypnosessel ausreicht, um in einen Schlaf zu fallen (Liébeault 1895).

Die non-verbale Händedruck-Induktion kombiniert stilles Rückwärtszählen des Patienten mit aufeinanderfolgenden, taktilen Kontaktreizen abnehmender Stärke an wechselnden Lokalisationen der Hand bis hin zum Wegbewegen der Finger des Therapeuten, wobei dann die Hand des Hypnotisanden starr und regungslos verbleibt. Neben dem Zwecke der Induktion dient der Händedruck auch zur Evaluation der Aufnahmebereitschaft und Zugänglichkeit des Patienten für die hypnotische Arbeit: Ein zügiges Wegbewegen der Hand deutet eher auf eine Resistenz hin, während ein Belassen der Hand die Bereitschaft für das weitere Prozedere bekundet.

Des Weiteren kann man auch mehrere Versuchspersonen gemeinsam Trance-Zustände beobachten lassen. Dadurch begünstigt man die gegenseitige Trance-Induktion (Erickson et al. 1991), die auf „Nachahmungstrieben“ basiert (Liébeault 1895).

Bei sehr intelligenten Patienten, deren aktive Gegenwehr die Hypnoseeinleitung und Relaxation beeinträchtigt, bedient man sich der Verwirrungsstrategie nach Erickson. Die Instruktionen werden hierbei flink entgegengesetzt: Man suggeriert beispielsweise erst die Starre einer Hand und das Emporbewegen der anderen Hand und dann umgekehrt. Oder der Patient spricht die Zahlen von 200 absteigend laut aus und der Therapeut instruiert parallel dazu die Entspannung und das Emporrecken des Armes. Dann schleichen sich Fehler in die Zahlenreihe ein, auf die der Patient hingewiesen wird. Außerdem wird suggeriert, dass die Ziffernfolge in wenigen Zahlen abreißt und ein Trancezustand einsetzen wird (Kriegel 1978).

Die explizite Wahrnehmung und Betrachtung des Hypnotisanden ist ein essenzielles Mittel für eine erfolgreiche Induktion, die „gewiß kein standardisiertes und mechanisches Verfahren [ist], bei dem [der Hypnotist] Formeln mechanisch daherplappert“ (Erickson et al. 1991).

Neben der Fixation lebloser Objekte und dem Betrachten des sicheren Blickes des Hypnotiseurs lässt sich die Hypnoseeinleitung alternativ auch ausschließlich verbal in einer habituellen Einschlafhaltung vollziehen. Dabei können die Augen auch von Anfang an verschlossen sein und eine Hand kann – gleichsam einer „kindliches Vertrauen auslösende[n] Geste“ – auf des Patienten Haupt platziert werden (Kleinsorge und Klumbies 1959). Die Verbalsuggestion funktioniert durch die eindrücklich veranschaulichte Beschreibung des Einschlummerns, woraus sich anhand bedingter Reflexe „die physiologischen Korrelate [...] bei dem Hypnotisierten einstellen“ (Kleinsorge und Klumbies 1953).

Der Hypnotiseur spricht mit Gewissheit betonte Formulierungen aus und betrachtet dabei die Augen des Patienten, um die Aussagen entsprechend den Beobachtungen anzupassen: Bei Ermüdung kommt es zur Mydriasis der Pupillen und dies wird mit der passenden Aussage „Der Blick wird müde. [...] Alles ist verschwommen [...]“ verstärkt (Kleinsorge und Klumbies 1969). Mit einer kaudal über das Gesicht gerichteten Bewegung mit den Händen, begünstigt man das Zuklappen der Lider (Kleinsorge und Klumbies 1959), das Bernheim aktiv händisch mit Druck auf das Oberlid unterstützt. In diesem Moment ist das Abdunkeln des Raumes ein verstärkender Faktor (Schultz 1952).

Das unmittelbare Ziel ist also der **Augenschluss**, wofür drei mögliche Zustände existieren: Erstens, wenn die Bulbi nach kranio-medial ausgerichtet bleiben, ist ein Schlafzustand erreicht worden. Zweitens, die Augäpfel nehmen die normale Stellung wie bei Wachheit ein. Dies tritt häufig bei der Ersthypnose auf. Drittens, die Augen werden wieder geöffnet. Dann ist ein Gespräch zu empfehlen, in dem Ängste erfragt werden sollten.

Um die Annäherung an den hypnotischen Zustand zu erleichtern, wird der Zeitpunkt des Lidschlusses hervorgehoben. Dies gelingt durch die gleichzeitige Suggestion der zunehmenden Muskelrelaxation. Man lässt den Patienten seinen Kopf leicht anheben und spürt, wie die Kraft des Patienten abnimmt, je mehr Entspannung er erreicht. Im Moment des Augenschlusses lässt man das Haupt leicht aufs Kissen sinken. Dieses aktive Wahrnehmen der Relaxation begünstigt das Schließen der Augen (Kleinsorge und Klumbies 1969) und illustriert die „initiale Hypotonie“ (Schultz 1952), denn „Schlaf und Schlaff sind keine zufällig ähnlichen Worte“ (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Zur Hypnoseeinleitung gehören also der Augenschluss, die Relaxation und **Müdigkeitssuggestionen**. Letztere funktionieren durch Geräusche des Gähnsens, durch Aussagen über die Schwere der Extremitäten, über die Wärme im Körper und über die Ruhe in der Atmung, die man im Schlaf vorfindet. Die Aufmerksamkeit wird zu internen Eindrücken gelenkt, sodass das Erleben der externen Welt abklingt und die Monotonie der wiederholten

Sätze das Einschlafen erleichtern. Nun wird noch veranschaulicht, dass die Willkürmotorik blockiert ist, in dem suggeriert wird, dass das Anheben einer Extremität nicht mehr funktioniert, weil sie „bleischwer“ ist. Wenn die eigens initiierte Innervation der Muskeln aufgehoben ist, aber die gesprochenen Worte – der sogenannte Rapport – dennoch vom Patienten registriert werden, ist der Schlafzustand erreicht (Kleinsorge und Klumbies 1969), was man am „leichten Vibrieren des oberen Augenlides, den erschlafften Gesichtszügen, dem behaglichen Gesichtsausdrucke, dem ruhigem Atmen erkennen [kann]“ (Schultz 1952).

Bei dem suggestiv Gesprochenen geht es also nicht nur um eine „blasse Vokabel“. Vielmehr ist die Tatsache die, dass die von dem Wort „wachgerufene lebensvolle Vorstellung einer somatischen Funktion mit dieser Funktion selbst eine Verknüpfung eingegangen ist“ (Kleinsorge und Klumbies 1953).

Ebenso sind Verfahren „aus der gelenkten Imagination des Patienten“ etabliert, insbesondere unter den tschechischen Kollegen. Man benutzt ausgeschmückte poetische Beschreibungen, zum Beispiel die Vorstellung einer Wolke am Himmel oder Bilder eines Waldspazierganges (Kratochvíl 1981).

In Selbstbeobachtungsberichten von Frau Dr. Stelter¹¹⁶ – Mitarbeiterin der Poliklinik Jena – liest man hinsichtlich der Anschaulichkeit der Suggestionen: „Alle vom Hypnotiseur beschriebenen Bilder waren sehr deutlich und hinsichtlich der Farbe und Größe wie im täglichen Leben. Meist war es so, als würde ich alles mit eigenen Augen sehen [...]“ (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Diese imaginativ-fantastischen Suggestionen finden in erster Linie bei Kindern Anwendung (Kratochvíl 1981). Generell für junge Patienten empfiehlt sich die Induktionsmethode der Bildveranschaulichung: Die Kinder sollen sich ein Bild aus ihrem familiären Umfeld möglichst intensiv und detailliert vorstellen. Gleichzeitig erfolgen Suggestionen zur Elevation des Armes. Die Hand nähert sich Richtung Gesicht, bei dessen Erreichen ein besonderes Befinden ohne jegliche Anspannung einsetzt (Kriegel 1978). Unter Partizipation der Eltern steht die Hypnotherapie für Kinder ab circa dem neunten Lebensjahr zur Verfügung, sofern es sich nur um eine einseitige Symptomatik handelt. Häufigster Therapiegrund ist die Enuresis nocturna (Wendt 1978).

Als nächstes folgen die **therapeutischen Suggestionen**, die ganz frei und ohne Bezug auf die körperlichen Umstände dargeboten werden. Die Hypnose kann auch ohne spezifische suggestive Äußerungen Verwendung finden und führt als „Ruhebehandlung“ zu einer „Harmonisierung vegetativer Fehlleistungen“. In den meisten Fällen werden aber klare,

¹¹⁶ Frau Dr. Stelter, siehe Personenverzeichnis.

zielorientierte Suggestionen ausgesprochen, um bestehende, konsolidierte bedingte Reflexe zum Auslöschen zu bringen.

Eine Möglichkeit ist die Hinlenkung zu Ereignissen aus der Vergangenheit, die an Lebhaftigkeit gewinnen und als sogenannte „Hypermnesie“ wieder ins Gedächtnis aktualisiert werden. Ein weiteres Mittel ist die Psychokatharsis. Bei dieser von Breuer¹¹⁷ entwickelten Methodik werden belastende Erlebnisse durch einen Affektausbruch zur Abreaktion gebracht. „Affekt“ wird von Klumbies und Kleinsorge nicht als „Aufregung“ verstanden, sondern als eine psychosomatische Reaktion definiert, die von einer Wahrnehmung hervorgerufen wird. Solch eine Affektreaktion vermag es, an einem durch Vorerkrankungen organisch beeinträchtigten oder durch externe Faktoren und Überlastung bedingten locus minoris resistentiae auszubrechen (Kleinsorge und Klumbies 1953, Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Man beobachtet, dass die in der Hypnose gegebenen Formeln auch dann noch existent sind, wenn der Patient wieder wach ist. Diese posthypnotischen Suggestionen sind oft von einer Empfindung „des subjektiven Zwanges“ begleitet (Schultz 1952) und verwirklichen den eigentlichen therapeutischen Effekt (Kretschmer 1943).

Für das therapeutische Suggestieren ist es empfehlenswert, viele kleine Schritte zu tätigen als wenige große und die beabsichtigte Schilderung in einzelne Bestandteile zu zerstückeln. So berichtet Prof. Bleuler¹¹⁸: „Dem Befehl, außerhalb des Zimmers etwas zu holen, konnte ich ziemlich leicht widerstreben. Nicht mehr aber, als die Handlung zerlegt wurde, d.h., als ich die Suggestion erhielt, das eine Bein zu bewegen, dann das andere usw.“ (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Für die Hypnotherapie eines akuten Asthma bronchiale wäre die Suggestion „Sie atmen jetzt ganz ruhig“ unangebracht. Man erzielt viel mehr, wenn sukzessiv ein Frischegefühl im Pharynx und die Relaxation der thorakalen Muskulatur vermittelt wird (Katzenstein 1978). Die Äußerungen sollen „im Tone nachdrücklicher Gewißheit“, ruhig, simpel und kurz, nicht zu schnell, nicht monoton und nicht in schwankender Lautstärke vorgetragen werden (Kleinsorge und Klumbies 1969). Die Stimme soll bezüglich der Klangfarbe „unaufhörlich spannend, korrigierend, ermunternd, befehlend, beruhigend“ sein (Kretschmer 1943). Außerdem suggeriert man am besten „tatsachenhaft eindringlich im Präsens der Realität“ mit außerordentlich lebhaften Illustrationen (Schultz 1952).

¹¹⁷ Dr. Josef Breuer (1841-1925), siehe Personenverzeichnis.

¹¹⁸ Prof. Eugen Bleuler (1857-1939), siehe Personenverzeichnis.

Es bietet sich deshalb an, verständlich und plastisch zu suggerieren, um sich dem „bildhaften Denken des Halbschlafes“ anzugleichen und Vorstellungen der Überwältigung, des Zwanges oder der Auslieferung zu meiden. Die auf das zunehmende Einschlummern abzielenden Sätze sind synchron zur Expiration auszusprechen. Logische Begründungen spielen eine wichtige Rolle für die Wirksamkeit der Ausdrücke. Beispielhaft kann die Müdigkeit auf die Arbeit tagsüber zurückgeführt werden. Wiederholungen intensivieren die Hypnosewirkung. Es ist darauf zu achten, dass die Intervalle zwischen den einzelnen Äußerungen nicht zu ausgedehnt sind, sodass der Patient keine Gelegenheit für zerstreute oder kritisierende Gedanken hat. Größere Lücken beim Suggestieren können mit Sätzen gefüllt werden, die beispielsweise wieder auf die Ruhe der Atmung abzielen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Die Effektivität von Suggestivinstruktionen nimmt auch zu, wenn der Inhalt mit den wahrscheinlich momentan verspürten Wahrnehmungen des Patienten in Einklang steht und in Anlehnung an seine Anschauung und Sichtweise gestaltet ist (Kriegel 1978). Als sehr effektiv werden im Selbstgespräch geäußerte Einschätzungen wie „Ja, ausgezeichnet!“, Sätze über bislang Erzieltes und an Dritte gerichtete Aussagen wie „Sehen Sie nur, wie rot und warm die Hand schon geworden ist!“ erlebt. Positive Impressionen werden durch das „Erwecken der Hoffnung auf Gesundung, Daseinsfreude, Lebensgenuß“ unterstrichen (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Die Hypnosearbeit lässt sich durch eine Vielzahl konkreter Suggestivtechniken ergänzen. Hierzu gehört die doppelte Bindung nach Erickson: Man bietet dem Hypnotisanden zweierlei Varianten an, die allerdings beide zum erwünschten Ziel führen. Man fragt beispielsweise, welcher Finger zuerst zucken wird, obwohl die Hauptsache darin liegt, dass sich überhaupt ein Finger regt (Katzenstein 1978). Oder man nimmt sich die zeitliche Dimension zunutze: „Möchten Sie jetzt oder in ein paar Minuten in Trance gehen?“ – auch hier ist entscheidend, dass und nicht wann der hypnotische Zustand einsetzt. Die dem Patienten gegebenen Optionen befinden sich „außerhalb der gewöhnlichen Reichweite der bewußten Wahl und Kontrolle“: Man fordert den Patienten zur Elevation des Armes auf, während man gleichzeitig appelliert, dass dies unbewusst geschieht. Dieses Beispiel illustriert, dass die Doppelbindung aus dem Vorhandensein von „Kommunikation auf mehr als einer Ebene“ resultiert (Erickson et al. 1991).

Zum Ende der Sitzung hin können bilanzierend noch einmal die wesentlichen Suggestionen Revue passiert, bestärkt und durch Wiederholung gefestigt werden (Katzenstein 1978). Abschließend findet dann die **Desuggestion** (Kleinsorge und Klumbies 1969) bzw.

Dehypnose (Kriegel und Gaefke 1978) statt: „Sie atmen ganz ruhig. [...] Auch die Gedanken sind wieder ganz frisch und klar. – Sie fliegen dahin wie die Schwalben. Eine angenehme Frische erfüllt Sie“ Außer die therapeutischen, werden alle Suggestionen widerrufen und ein Wohlgefühl vermittelt (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Moll beendet Hypnosен, in dem er dem Patienten auf die Lider pustet. Solch eine oder ähnliche Varianten wie „Ohrfeigen, Anschreien, usw.“ sind zu vermeiden. Schultz kombiniert mit jeder desuggestiven Formulierung „kommandohaft“ den Ausruf einer Ziffer, wobei er im Verlauf von eins bis sechs zählt (Schultz 1952). Kretschmer berichtet vom „Anblasen oder Fächeln des Gesichts“, um das Erwachen herbeizuführen (Kretschmer 1943), genauso wie Liébeault, der einen Wedel nutzt, um eine Empfindung der Kühle zu verabreichen (Liébeault 1895).

Nachdem der Patient noch eine Weile liegend geruht hat, führt man ein „zwangloses **Gespräch**“ über das in der Hypnose Erlebte sowie Gefühle und über das Erinnernte. Die Besprechung im Anschluss an die Hypnotherapie dient dazu, inkomplette Desuggestionen zu detektieren, die sonst zu Nachwirkungen führen könnten (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Eine Konsultation hat im Mittel eine Dauer von 45 Minuten. Die Sitzungen finden anfangs öfter – ein bis zweimal täglich – statt und werden über Wochen wiederholt. Bevor die Hypnotherapie beendet wird, sind gründliche und ausdrückliche Sperrsuggestionen nötig, die zum Beispiel so formuliert sein können: „Niemand wird Sie mehr hypnotisieren können – außer mir oder einem anderen Arzt, den Sie zu Behandlungszwecken aufsuchen“ (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969). Die Wichtigkeit der Sperrsuggestionen zum Schutze manipulativer Einflüsse kommt in der Bezeichnung zum Ausdruck, dass die „Hypnotherapie gewissermaßen das „Messer“ in der Psychotherapie darstellt, also die Methode, die am schnellsten „einschneidend“ wirksam sein kann“ (Wendt 1978).

Zusammenfassend steht also ein „breites Methodenarsenal“ zur Verfügung, dessen man sich individuell variabel, nach Zweck und Charakter des Patienten adaptiert, bedient (Katzenstein 1978).

Es existieren Einteilungen der Hypnosestufen, beispielsweise dreistufig nach Forel in Somnolenz (Erschlaffung und Schläfrigkeit), Hypotaxie (Verwirklichung der Suggestionen) und Somnambulismus (hinzukommende Amnesie), doch die Stadien sind zum einen nicht eindeutig voneinander abzugrenzen und zum anderen individuell abweichend, wodurch ihnen nur eine didaktische Bedeutung zukommt.

Ob ein hypotaktischer oder somnambulistischer Zustand erzielt wird, spielt keine Rolle für die Effektivität der suggestiven Arbeit. Suggestionen besitzen grundsätzlich in allen Stufen Wirksamkeit und werden mit therapeutischer Absicht praktisch meist ab dem hypotaktischen Stadium gegeben (Schultz 1952, Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Einen Vergleich mit dem Patellarsehnenreflex anführend, betonen Klumbies und Kleinsorge, dass eine Hypnose „nicht zustande gebracht, sondern ausgelöst [wird]“. Die Effektivität der Therapie hängt nicht von der hypnotischen Tiefe ab (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Liébeault vertritt die Meinung, dass die Tiefe mit der Aufnahmebereitschaft für die Suggestionen in einem proportionalen Verhältnis steht (Liébeault 1895). Vielmehr entscheidend sind die Herstellung eines Kontaktes, der Konzentration und der Empfang der therapeutischen Suggestionen. Bei der Hypnotherapie liegt also ein kooperatives Verhältnis zwischen Therapeuten und Patienten vor (Bouchal 1981). Durch regelmäßige Repetition kann die Tiefe zunehmen. Falls es nicht gelingt, die erzielte Tiefe zu erlangen, besteht die Möglichkeit der medikamentösen Unterstützung. Hierbei werden Phenothiazinderivate wie Chlorpromazin, die zu einer Blockade der neuronalen Leitung zwischen Subkortex und Kortex führen, zur psychischen Entspannung und Abschirmung appliziert. Da die Medikamente eine starke Wirksamkeit im zentralen Nervensystem entfalten und gerade bei suggestologischen Verfahren Aufmerksamkeit und Konzentration unabdingbar sind, empfiehlt es sich, Phenothiazine nur zu Therapieanfang einzusetzen (Kleinsorge und Klumbies 1953, Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Allgemein gilt für die Hypnosetiefe: so leicht wie möglich – so tief wie nötig.

Wenn eine Hypnotherapie endgültig beendet wird, soll dennoch eine weitere Nachbeobachtung in regelmäßigen Konsultationen fortgeführt werden. Die „Wachpsychotherapie bleibt stets die führende Rolle“ (Schultz 1952).

5.4.1.8 Gefahren und Risiken

Wenn ein alltäglicher Gegenstand, zum Beispiel ein blitzender Kristall, zum Fixieren verwendet wird, sind versehentlich beim Anblick glänzender Metallstücke Hypnosen möglich (Kleinsorge und Klumbies 1969). Die Schwächen der Fixationsmethode können sich des Weiteren in Cephalgien, Schwindelgefühlen und Akkomodationsstörungen äußern (Schultz 1952). Durch groteske, furchterregende Suggestionen – als Beispiel sei ein Schuss genannt – können Depressionen, Lethargie oder Krämpfe hervorgerufen werden. Bei

Patienten mit psychiatrischen Störungen sind ungewöhnliche Hergänge mit affektiven Entladungen nicht auszuschließen. Bei schizophrenen Patienten kann gar ein neuer Schub initiiert werden (Kleinsorge und Klumbies 1969). Andauernden Dämmerzuständen kann mit kommandoartig gesprochenen Befehlen oder mit Hilfe von kaltem Wasser entgegengetreten werden (Kretschmer 1943). Bei mehrfachen Tiefenhypnosen kann beim Patienten eine verstärkte Tendenz zur Hypnotisierung mit übersteigerter Suggestibilität zurückbleiben, die als „Hypnomanie“ zu deuten ist (Schultz 1952). Aufgrund generell „angenehmer“ Empfindungen in Verbindung mit der Hypnose existiert das Potential des vermehrten Dranges nach Hypnosen in Form einer Sucht (Wendt 1978). Bei Gruppenhypnosen sei an die Diskretion gedacht. Es besteht die „Gefahr psychischer Infektion“ (Schultz 1952). Allein in der Aufzählung möglicher Risiken ist begründet, weshalb Laienhypnotiseure zurückzuweisen sind und warum die der therapeutischen Intervention vorausgehende Diagnostik ärztliches Wissen voraussetzt und für den Erfolg bedeutend ist (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969). Iatrogene Schäden lassen sich vermeiden, wenn die Grundprinzipien umfänglich bedacht und beachtet werden (Katzenstein 1978). Des Weiteren kann sich bei langjährigen Therapiedauern „eine gewisse Hörigkeit des Patienten gegenüber dem Arzte“ entlarven. Die Selbstständigkeit des Patienten nimmt dabei ab und der Drang nach ständigen Beratungen beim Arzt wächst (Kretschmer 1943). Die Hypnose zu therapeutischen Zwecken durch einen professionellen und kompetenten Sachkundigen „nach reichster Erfahrung“ zählt als ungefährlich ohne negative Konsequenzen (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

5.4.1.9 Kritikpunkte der Hypnotherapie

Das Verfahren wird als zeitlich sehr aufwendig beurteilt (Kleinsorge und Klumbies 1969). Dadurch erscheint es schwierig, diese Methode in die „zeitökonomisch durchorganisierte Praxis“ einzugliedern (Klumbies 1981).

Die Ausdrucksart und Vortragsweise von Suggestionen der Hypnotherapeuten aus der Jenaer Institution werden von tschechischen Kollegen als zu befehlend eingeschätzt:

„Die Hypnotisierungsmethode ist bei uns gewöhnlich nicht zu imperativ – jedenfalls weniger, als [...] auf den deutschen Schallplatten von Kleinsorge und Klumbies [...]“ (Kratochvíl 1981).

5.4.2 Abwandlungen des ursprünglichen Therapiekonzepts in der DDR und Einfluss auf die Entwicklung anderer Therapierichtungen

Auf der Hypnotherapie basierend sind weitere Methoden hervorgegangen, wozu unter anderem die Ablationshypnose nach Klumbies, das autogene Training nach Schultz als das am meisten verbreitete Verfahren in der Psychotherapie, genauso wie die die Basisübungen des autogenen Trainings beinhaltende gestufte Aktivhypnose nach Kretschmer (Kleinsorge und Klumbies 1969), die als Kombination von verschiedenen Therapiekonzepten erwähnt wird, sowie die autogene Trainingsschule nach Kleinsorge gehören. Nicht alle aufgeführten Konzepte haben bezüglich ihrer Entstehung einen direkten Bezug zur DDR-Zeit. Dennoch werden diese Abwandlungen in der DDR-Literatur aufgeführt und in der damaligen Epoche in der Psychotherapie eingesetzt.

5.4.2.1 Die Ablationshypnose nach Klumbies

Die 1952 erstmalig präsentierte Ablationshypnose nach Gerhard Klumbies ist eine spezielle Art der Hypnotherapie, die auf bedingten Reflexen fußt, keinen Hypnotiseur benötigt und dennoch nicht an Wirkungseffekten einbüßt. Dies bedeutet eine angenehme sowie unproblematische Applikation beim Patienten mit vertrautem Ablauf und präziser Verordnung, vergleichsweise mit einer medikamentösen Therapie (Kleinsorge und Klumbies 1969, Krause 2011). Der Patient gewinnt an Selbstständigkeit (Klumbies 1981), da diese Methode keinem hetero- sondern einem autohypnotischen Schema folgt (Kriegel 1978).

Je nach zeitlicher Notwendigkeit ist die Ablationshypnose bei Bedarf einsatzfähig (Schaeffer 1963). Vorteilhaft dabei ist, dass die Ablationshypnose nach Entlassung aus der stationären Therapie ambulant und sogar daheim in der häuslichen Umgebung praktiziert werden kann. Bei bestimmten Umständen erweist sich diese Hypnoseabwandlung ebenfalls als äußerst zweckmäßig: Als Exempel dient die postprandiale Hyperemesis, die nach jeder Mahlzeit eine 30-minütige Hypnotisierung zur symptomatischen Besserung durch Inhibition des bedingt-reflektorischen Vomitus erfordert (Kleinsorge und Klumbies 1953).

Allerdings muss zunächst eine ordnungsgemäße Erarbeitung einer Tiefenhypnose als Ausgangspunkt über Wochen erfolgen. Es bedarf eines Signales für den Einstieg und für den Abschluss. Dies kann sowohl auf optische als auch auf akustische oder taktile Art und Weise erfolgen, sollte allerdings in ähnlicher Gestalt nicht wider Erwarten im Alltag vorkommen. Meist werden farbige Täfelchen als Fixationsobjekt eingesetzt. Die Darstellung von Komplementärfarben fördert durch eine verstärkte retinale Empfindlichkeit für die Gegenfarbe das Blass-werden der Farben auf der Tafel. Mit ähnlichen Suggestionen wie „Die Farben verblassen. Die Augenlider sinken herab. Der Arm mit der Tafel sinkt. Sie selbst

versinken in tiefen, tiefen Schlaf“ wird der Weg zur Einleitung der Ablationshypnose geebnet (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Der theoretische Hintergrund ist folgender: Zur Hypnoseinduktion wird ein Signalreiz mit Suggestivreizen durch den Hypnotisten kombiniert. Wenn dieser Prozess vielfache Wiederholung erfährt, reicht dann durch den bedingten Reflex der Signalreiz allein aus und auf den Hypnotiseur kann verzichtet werden. Es handelt sich demnach um einen „stereotypen“ Prozess aus Induktion einer tiefen Hypnose, den therapeutischen Suggestionen wie zum Beispiel der Analgesie und letztlich dem Aufwecken (Klumbies 1978[A], Klumbies 1981).

Die Realisierung der Hypnose kann auf verschiedene Weise geschehen:

Erstens, anhand **einfacher Signale**, die den Beginn und das Ende kennzeichnen. Für den Anfang kommt gern eine Farbtafel zum Einsatz, für die Beendigung stets derselbe Wecker. Lässt man das Wecksignal weg, erfolgt der Übergang in den Normalschlaf und der Patient erwacht, wenn er ausgeschlafen hat. Diese Methode findet Anwendung bei ausgeprägten Schlafstörungen.

Diese sogenannte „bedingt-reflektorische Selbsthypnose“ kann auch „mit spezieller Formel“ realisiert werden. Hierbei spricht entweder der Patient eigens einen Satz wie beispielsweise „Die Schmerzen sind weg“ aus oder es erfolgt eine Hilfestellung, das heißt der Partner oder ein anderer Mitmensch aus dem Haushalt übernimmt den Sprechanteil des Hypnotiseurs, falls der Patient durch seine Beschwerden so beeinträchtigt ist, dass durch selbstständiges Formelaufsagen keine Vertiefung zu ermöglichen ist.

Die Signalhypnosens bedürfen einer intensiven Einübung. So kann beispielsweise einstudiert werden, dass auf das zuletzt gesagte Wort noch drei Atemzüge folgen, die anschließend das Spontanaufwecken signalisieren. Als additive Vorgehensweise gewinnt der Patient hierbei an lokaler und situativer Unabhängigkeit. Nachteil ist die mangelnde Steuerbarkeit, die die Gefahr birgt, dass die Formeln bei starken Schmerzmomenten nicht effektiv genug sind und somit auch die zukünftige Wirksamkeit schmälern. Die Reflexhypnose mit Farbtafel ist eine Modifikation der Ablationshypnose, die präsentiert, dass Hypnose „nicht eine Leistung des Hypnotiseurs, sondern des Hypnotisierten ist“ (Klumbies 1952, Klumbies 1952[A], Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Zum zweiten ist die Zuhilfenahme von **Sprachwiedergabeapparaten** etabliert (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969):

Die **Telefonhypnose** bringt räumliche Unabhängigkeit. Eine zusätzlich zeitliche Loslösung wird als weiterer Fortschritt im Rahmen der Schallplattenhypnose bereitgestellt. In der Klinik

vorteilhaft erweist sich die Tonbandhypnose aufgrund einer flexiblen Neueinspeicherung von Inhalten (Klumbies 1952).

Die **Schallplattenhypnose** gelingt umso besser, wenn der Hypnosebeginn im Voraus hauptsächlich mit Verbalsuggestionen gestaltet wurde. Jedoch kann es ein, dass der Patient nur den Suggestionen „seines“ Hypnotiseurs entgegnet. In diesem Fall liegt ein sogenannter Isolierprotokoll vor. Im Folgenden muss der bisherige Hypnotiseur parallel zur Stimme der Schallplatte sprechen und konsekutiv seine Lautstärke reduzieren, sodass zunehmend die Schallplatte allein an Wirksamkeit gewinnen kann.

Auch hier ist die Hypnose nicht lenkbar, was allerdings durch die Möglichkeit des Zurückspulens durch eine andere Person behoben werden kann. Das uniforme Prozedere begünstigt auf bedingt-reflektorische Weise Zwischenfälle, wie beispielsweise einen Niesreiz stets am gleichen Zeitpunkt, was wiederum gegensuggestiv und durch Bereitstellung mehrerer Platten abgestellt werden kann. Die Platten unterliegen dem Verschleiß, es entstehen Zäsuren im Ablauf, wodurch die Hypnose an Tiefe verliert und der Patient durch vermehrte Kritikfähigkeit die Wirksamkeit anzweifelt.

Eine noch komfortablere Anwendung stellt die **Tonbandhypnose** dar. Hierbei kann der Hypnotist neue, an den aktuellen Zustand adaptierte Formeln aufnehmen. Während diese Form mehr Umständlichkeit aufgrund der Gerätschaft mit sich bringt, ist sie von mehr Bequemlichkeit und Wirkung geprägt und eignet sich hervorragend für die Anwendung in der Klinik zur Konsolidierung der therapeutischen Resultate durch Wiederholung ohne, dass ein Hypnotiseur speziell dazu anwesend sein muss. Bevor das Tongerät zum Einsatz kommt, ist auch hier erst ein Training nötig. Zu beachten ist außerdem, dass das Tonband nur für den persönlichen Gebrauch kreiert ist, folglich nicht von anderen Personen „ausprobiert“ werden darf, da sonst das Phänomen der „Tonbandübertragungshypnose“ drohen kann.

Von Eleganz gekennzeichnet ist die dritte Form, bei der die **Ablationshypnose auf bloßer Erinnerung** basiert. Eine Tonbandaufnahme muss hierbei außerordentlich oft verwendet werden, bis es möglich ist, die erlernte Ablationshypnose unauffällig zu praktizieren. Allerdings ist die Erinnerungshypnose recht unflexibel und starr „mechanisch“ im Ablauf.

Der Weckreiz darf nicht unerwartet und abrupt erfolgen, um Schreckreaktionen auszuschließen. Ein Wecker kann benutzt werden, wobei der Patient die Weckzeit vorher eigens regelt. Es ist wichtig, nicht den Start des Ertönsens, sondern das Ende des Erklingens als Wecksignal zu assoziieren. Des Weiteren empfiehlt es sich, neben dem akustischen Signal zum Erwachen einen taktilen Reiz zur Sicherheit zusätzlich zu etablieren, um mögliche „Übergriffe“ rechtzeitig abwehren zu können. Zusätzlich wird eine Räumlichkeit

ohne störende Einflüsse sowie die nicht weit entfernte Anwesenheit einer anderen Person vorausgesetzt (Kleinsorge und Klumbies 1959, Kleinsorge und Klumbies 1969).

Zum Einarbeiten der Ablationshypnose sind durchschnittlich 34 Tage notwendig, wobei die positiven Wirkungen meist über 200 Tage erhalten bleiben (Klumbies 1978[A]).

Bedingte Reflexe verschwinden ohne Wiederholung. Deshalb ist es wichtig, die persönliche Ablationshypnose regelmäßig durchzuführen und somit aufzufrischen. Die Beendigung dieses Verfahrens bei einem Patienten kann dadurch notwendig werden, weil die Wirkung kontinuierlich nachlässt oder weil sie plötzlich erlischt (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Als „zerbrechliches“ Verfahren gilt die Ablationshypnose dadurch, weil sie „bei sehr starken Erregungen unwirksam wird“. Man denke daran, dass Pawlows Hunde durch ein Hochwasser ihre antrainierten Sachverhalte verloren. Für diesen Umstand steht die „Neueinschleifung“ zur Verfügung (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Auch wenn keine unvermittelten Nebenwirkungen zu eruieren sind, gibt es dennoch einige Kritikpunkte. Die Ablationshypnose wird als „Maschinenhypnose“ kritisiert, bei der die persönlichen und menschlichen Werte zugunsten des Materialismus verloren gehen würden. Von seitens der Tiefenpsychologie wird geäußert, dass hierbei „eine Sucht durch eine andere ersetzt [werde]“ oder dass „die Symptome dem Arzt zuliebe“ unterdrückt würden. Es gibt Kritik über die Abhängigkeit vom Arzt, während eigentlich eine besondere Freiheit für den Patienten mit dieser Hypnosemethode erreichbar ist (Kleinsorge und Klumbies 1969).

Eine komplette kausale Behandlung sei nicht der Zweck der Ablationshypnose. Vielmehr handele es sich um eine symptomatische Therapie mit variierenden Zeitspannen der posthypnotischen Wirksamkeit. Die Ablationshypnose als effektive Alternative zu Morphin bietet die Vorteile, dass als unerwünschte Nebenwirkung keine physischen oder kognitiven Einschränkungen zu befürchten sind und dass die Schmerzausschaltung zielgerichtet ohne maskierenden Einfluss auf mögliche andere Schmerzwahrnehmungen ist (Klumbies 1959).

Im Lehrbuch von Kleinsorge und Klumbies aus dem Jahr 1959 werden insgesamt 42.000 durchgeführte Ablationshypnososen innerhalb von sechs Jahren erwähnt – im gleichen Zeitfenster sind 5.000 persönliche Hypnososen praktiziert worden. Meist handele es sich um schwerste Schmerzzustände (Kleinsorge und Klumbies 1959), wie zum Beispiel Trigeminalneuralgien oder Phantomschmerzen (Strauß 2004, Strauß und Geyer 2015). Von der Ablationshypnose kann folglich als Ultima ratio nach Ausschöpfen pharmakologischer sowie operativer Ansätze, nach langwieriger Morphinapplikation bzw. bei ausbleibender Rekonvaleszenz nach neurochirurgischer Intervention Gebrauch gemacht

werden. Die Ablationshypnosen bringen mit Morphium- und Schmerzfreiheit, Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit einen immensen Erfolg dank der erfolgreichen Verbesserung der Lebensqualität. Klumbies fügt hinzu, dass „Patienten mit schwersten therapieresistenten Schmerzzuständen der Sozialversicherungskasse im Jahre durchschnittlich 1000 DM [sic] kosten. Nach entsprechender Prüfung hat die Kasse mehrfach die Kosten eines Tonbandgerätes für Patienten übernommen“, da der Therapieerfolg den zeitnahen Wiedereintritt ins Arbeitsleben sicherstellte. Im Vergleich zu weitaus höheren, mehrjährigen Therapiekosten belief sich die Finanzierung eines Tonbandgerätes auf einen einmaligen Wert von „800 Mark“ (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1959, Klumbies 1978[A]).

Anhand von Erfolgsberichten wird ersichtlich, dass auch an anderen Institutionen die Ablationshypnose durch Ärzte in deren therapeutisches Repertoire integriert wird. 1973 wird die von Klumbies entwickelte Methode auf dem ersten Symposium sozialistischer Länder über Psychotherapie thematisiert. Schallplatten werden in andere Sprachen übersetzt und fördern die Verbreitung von Klumbies' Methode, die außerdem in Trainingsprogramme von Sportlern und Kosmonauten einbezogen wurden (Kleinsorge und Klumbies 1969, Klumbies 1981, Krause 2011).

5.4.2.2 Das autogene Training nach Schultz

Johannes Heinrich Schultz präsentiert 1926 ein Referat über „autogene Organübungen“ als konzentratives Prinzip. Das autogene Training entsteht also schon fast zwei Jahrzehnte vor der Gründung der DDR, ist aber in die Psychotherapie Ostdeutschlands fest eingegliedert. Der 1. Weltkrieg verursachte mannigfaltige Traumata bei Soldaten, woraufhin Schultz diese Form der Autohypnose für breite Bevölkerungsschichten in weitreichender Anwendung etabliert (Riegel 2010).

Auf seinem Lebensweg sammelt Schultz Erfahrungen in der Psychiatrie in Chemnitz, Dresden und Jena und somit in Städten auf dem Gebiet der späteren DDR (Steger 2015). Die Entstehung des autogenen Trainings führt auf grundlegende Erfahrungen aus der Hypnosetherapie zurück. Schultz befasst sich mit Selbstbeobachtungen von Ruhehypnosen geschulter Versuchspersonen und summiert seine Resultate in konkreten, kurzen Formulierungen, welche von den Patienten in Übungen systematisch „zu verlebendigen“ sind. Diese „konzentrierte Selbstentspannung“ stellt keine absolute Relaxation mit geistiger Leere dar und ist kein Trancezustand. Der Patient lenkt den Grad der Entspannung eigenständig. Der autogen Trainierende bleibt autark und in der Behandlungskonsolidierung unabhängig von einem Hypnotiseur. Dennoch ähneln die bedingt-reflektorisch ausgelösten

Veränderungen des Organismus dem hypnotischen Zustand (Kleinsorge und Klumbies 1953, Kleinsorge und Klumbies 1962).

Elemente der Hypnose wie die Entspannung, das Wärme- und Schweregefühl und „die weitgehenden Analogien des suggestiven und des nächtlich periodischen Erholungsschlafes“ begünstigen die Erschaffung des autogenen Trainings. Dabei werden sukzessiv durch eine „systematische, ärztlich kontrollierte konzentrierte Selbstentspannung echte „Versenkungszustände“ [erzielt]“, die auch als „Autohypnose“ betrachtet werden können (Schultz 1952).

Das somit auch als „Selbsthypnose“ beschriebene autogene Training ist das am meisten verwendete psychotherapeutische Verfahren, aber erfährt ebenso am häufigsten eine Therapiebeilegung ohne Zielerreichen. Dies kann auf monotone Wiederholungen, die lange Dauer und die notwendige Mühe zurückgeführt werden: „Trainieren heißt konsequent üben.“ Es braucht ein Quartal – zweimal pro Woche innerklinisch eine Stunde und dreimal täglich für Minuten daheim – bis das Trainingsprogramm einstudiert ist. Ziel ist es, auf das Vegetativum als Ort der Störung mit dem Willen einzuwirken. Weil das vegetative Nervensystem unwillkürlich funktioniert, bedarf es Tricks, in dem man passende Imaginationen verbildlicht. Eine bewährte Körperposition ist die Droschkenkutscherhaltung. Eine unerwünschte Wirkung ist das Weitervertiefen bis zur Hypnose, weil „Die Glieder sind schwer“ als „Lider sind schwer“ verstanden wird. Der Patient würde einfach weiterschlafen und benötigt eine Aufwecksuggestion zur Auflösung (Kleinsorge und Klumbies 1959).

5.4.2.3 Die Trainingsschule nach Kleinsorge

Eine Modifikation vom autogenen Training stellt die Trainingsschule nach Hellmuth Kleinsorge dar. Er bildet Klassen, in denen konsekutiv und individuell geübt wird. Dieses Prinzip eignet sich für die ambulante Behandlung eines breiten Spektrums an Erkrankten. Die Klasse eins nimmt bisher unbehandelte Patienten auf und zeigt die Basisstellung sowie die Ruhesituation. In der zweiten Klasse kommen dann Grundübungen hinzu und die dritte Stufe bilden spezielle Gruppen (Kleinsorge und Klumbies 1959).

Kleinsorges Konzept wird bei Krankheiten wie Asthma bronchiale, Angina pectoris und Insomnien praktiziert (Schaeffer 1963).

5.4.2.4 Die Autohypnose nach Heidrich

Die vom Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie der Medizinischen Akademie in Erfurt, Richard Heidrich, angewandte Autohypnose wird bei chronischen Schmerzen genutzt. Der Patient kann die Hypnose eigenständig induzieren, in dem er seine Fingerkuppe anvisiert (Schaeffer 1963, Krause 2011).

5.4.2.5 Die Fraktionierte Hypnose nach Vogt

Die Fraktionierte Hypnose stammt von Oskar Vogt aus dem Jahr 1895 (Kossak 1993). Mit der Zielsetzung, Somnambulismus herbeizuführen, werden stets Kurzhypnosen praktiziert, an die sich intermittierend nach dem Erwachen eine Unterhaltung mit dem Patienten anschließt. Die Konversation thematisiert die wahrgenommene Wirkung und eine subjektive Einschätzung der Resultate. Gelungene und erfolgreich umgesetzte Suggestionen werden weiterentwickelt, während ungenügend ausgeführte Suggestionen nicht weiterverfolgt werden. Nach dem Auswertungsgespräch knüpft man die nächste Kurzhypnose an. Kleinsorge und Klumbies üben diese Form mit der Begründung einer „unserer Meinung nach ihn störenden intellektuellen Registrierung“ nicht aus. Der Aufwand, mehr Somnambulismus in der praktischen Erfahrung zu erzielen, stehe in keinem tragbaren Verhältnis zum therapeutischen Vorteil.

Auf Vogt führt der Versuch der „Pflaumenabwehr“ zurück, den Kleinsorge und Klumbies in ihrem Lehrbuch illustrativ bei ihren Ausführungen über „Das Unbewußte“ schildern: Während einer Hypnosesitzung wird der Versuchsperson suggeriert, dass Pflaumen Maden haben. Nach dem Erwachen werden die Früchte trotz Amnesie des Hypnosevorgangs tatsächlich verweigert. In der nächsten Sitzung wird die Amnesie suggestiv abgestellt und die Pflaumen werden wieder begehrt (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981).

Die Wiederholung der hypnotischen Momente fördert die Relaxation. Diese Form kommt insbesondere bei schwierig zu hypnotisierenden Patienten zum Einsatz, die Widerstand gegen die Therapie hegen oder befürchten, die Kontrolle zu verlieren (Kossak 1993).

5.4.2.6 Die Narkohypnose

Die Narkohypnose wird selten, nur in Ausnahmefällen, durchgeführt und bezieht sich auf das „Suggerieren im narkotischen Rauschzustand“. Durch eine emotionale Disinhibition soll ein affektiver Zugang ermöglicht werden (Klumbies 1952, Kleinsorge und Klumbies 1959).

5.4.2.7 Die Hypnokatharsis

Zur Durchführung der Psychokatharsis wird sich eine Situation erschaffen, in der die Kritikfähigkeit und zeitliche Orientierung reduziert und traumbildhafte Imaginationen vorhanden sind. Außerdem muss stets eine kommunikative Verbindung zum Arzt bestehen, der eine leitende und lenkende Funktion zur Affektveranlassung und zum -abstoppen übernimmt. Dies kann in einem narkotischem aber auch in einem hypnotischen Zustand als sogenannte Hypnokatharsis erfolgen. Schon bei der Psychoanalyse Freuds, wobei im Vergleich zur Psychokatharsis Breuers „die Hypnose durch den Wachzustand ersetzt wurde“, werden entspannende Positionen des Patienten liegend auf einem Divan beschrieben, was an das Setting der Hypnotherapie erinnern lässt (Kleinsorge und Klumbies 1959).

5.4.2.8 Hypnotische Strukturen in der späteren Verhaltenstherapie

Die Hypnotherapie gliedere „sich nicht nur lückenlos in den Rahmen eines der psychotherapeutischen Systeme“ ein, sondern stelle gar ein „Grundmodell“ dar. Hypnotische Elemente lassen sich in verhaltenstherapeutischen Methoden wiederfinden. So haben Hypnotisten bereits mit Aversionen oder Gegenkonditionierung gearbeitet, als die eigentliche Behaviortherapie noch gar nicht existierte (Katzenstein 1978).

5.4.3 Kombinationen mit anderen Psychotherapie-Verfahren in der DDR

Generell sollten Psychotherapie-Methoden nicht parallel zu anderen Disziplinen ausgeübt werden, sondern in die verschiedenen Fachrichtungen integriert und hinzugefügt werden (Kleinsorge und Klumbies 1959). Die Hypnotherapie soll als eine „spezielle Form, eine Unterstützung der Gesamtpsychotherapie“ (Schultz 1952) sowie als Vervollkommnung und „Optimierung [...] des konventionellen therapeutischen Rüstzeugs“ fungieren (Kossak 1993).

Bei bestimmten Erkrankungen wie Aphonie oder Mutismus eignet sich die Hypnotherapie als „Werkzeug für die Kommunikation“, um die anschließende eigentlich beabsichtigte therapeutische Intervention zu erleichtern. Die Hypnose dient dann „als Vehikel für die Psychoanalyse“ und stellt einen Baustein im gesamten Behandlungskonzept dar (Wendt 1978).

Sofern ein einziges Verfahren zum Beschwerderückgang ausreichend effektiv ist, wird man der Nutzen-Aufwand-Relation zufolge keine Therapiekombination anstreben. Im stationären Setting wiederum garantiert die Verknüpfung verschiedener Konzepte für den begrenzten Zeitrahmen ein recht prägnantes Fortschreiten im Behandlungsprozess, unter anderem aufgrund der gegenseitigen Potenzierung (Wendt 1978).

Manche Autoren geben generell zu bedenken, dass die Hypnotherapie überhaupt kein isoliertes therapeutisches Format darstellt, sondern stets eine Komposition bzw. Fusion mit anderen Verfahren, wie mit psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Interventionen, ist, die im hypnotischen Zustand durchgeführt werden (Kossak 1993).

5.4.3.1 Hypnotherapie im stationären Gruppensetting nach Venner (Poliklinik Jena)

In der Jenaer Psychotherapie-Abteilung der Poliklinik werden psychosomatische Erkrankungen mit unterstützenden Methoden, darunter die Hypnotherapie, behandelt. Künftig sollte noch mehr Wert daraufgelegt werden, dass die Symptomatik eine affektive Unausgewogenheit in Zusammenhang mit einer aktuellen Problematik in der Lebenssituation des Patienten repräsentiert. Ärzte und Psychologen ergänzen tiefenpsychologische und verhaltensorientierte Prinzipien zu den suggestiven Therapieangeboten (Venner 2011[A]).

Margit Venner etabliert psychotherapeutische Interventionen in Gruppenform. Dort leistet sie einen wesentlichen Beitrag zur Strukturierung der Tagesordnung und des Zeitplans der neun Patienten in der Abteilung. Mit autogenem Training und Hypnosen gehören auch suggestive Verfahren zum Therapierepertoire für das stationäre Gruppensetting (Venner 2011).

Patienten mit typischen Krankheitsbildern wie Morbus Crohn oder Asthma bronchiale oder mit Symptomen wie Kopfschmerzen werden zunächst ambulant eingeschätzt, bevor die stationäre Behandlung beginnt. Das „Jenaer Modell“ sieht eine 24-Stunden-Gruppenpsychotherapie inklusive Bewegungsaktivitäten und Gruppengesprächen vor. Anschließend folgt eine ambulante Nachbetreuung zur Stabilisierung und Integration in den Alltag.

Den „Psychosomatosen“ wird auf zwei Wegen entgegengetreten: Einerseits wird die vegetative Dysregulation behandelt und andererseits hat man sich der „Persönlichkeitsnachreifung [...] und dem Abbau der Rolle als „chronisch Kranker“ [zu widmen]“ (Venner 2011[A]).

Seit 1940 werden Patienten mit Colitis ulcerosa in der Poliklinik Jena beobachtet und ab den 50er Jahren hypnotisch behandelt. Wenn affektive Belastungen aufgrund der stationären Gruppentherapie in Form eines drohenden Rezidivs zu Tage treten, wird mit Ruhehypnosen interveniert und der Rückfall kupiert (Schaeffer 1978). Venner führt den Kasus einer 33-jährigen Colitis-ulcerosa-Patientin an, die durch einen katastrophalen familiären Hintergrund unter anderem mit Alkoholismus, Missbrauchsgeschehen und mangels mütterlicher Geborgenheit stark belastet ist. Zur Wendezeit erlebt sie eine Exazerbation. Die in der DDR vorhandenen Institutionen geben ihr Struktur und Ordnung, was sie von zu Hause nicht kennt. Durch den Wegfall der DDR-Organisationen dekompenziert die Patientin mit einem Schub im November 1990. Sie wird in die stationäre Gruppenpsychotherapie eingegliedert und erlernt die Verknüpfungen zwischen ihrer Symptomatik, der psychischen Imbalance und ihrem biografischen Kontext, was zu einer subjektiven Besserung und Rezidivfreiheit führt (Venner 2011[A]).

Die „kombinierte Gruppenpsychotherapie“ stammt von Frau Venner und stellt eine Verflechtung „persönlichkeitszentrierter Verfahren, wie dem analytisch orientierten Gruppengespräch und symptomzentrierten Behandlungsmaßnahmen, wie dem autogenen Training“ dar. Medikamentengaben sollen vermieden oder reduziert werden. Der Patient lernt, das Beschwerdebild als „Spiegel seiner Stimmung, seiner inneren Verfassung“ zu reflektieren. Bei Bedarf werden Hypnosens zum Ausbalancieren der vegetativen Störung genutzt. Da auf diese Weise ein „optimales Behandlungsergebnis [erreichbar wird], halten wir auch eine gezielte Hypnosebehandlung während einer stationären Gruppenpsychotherapie, also die Kombination zweier eigentlich gegensätzlicher Verfahren, für möglich und sinnvoll, ja sogar notwendig“ (Venner 1981). Hinsichtlich der Verknüpfung von Hypnose mit der dynamischen Gruppenpsychotherapie ist hinzuzufügen, dass vor Interventionsbeginn in Einzelsitzungen die „Gruppenfähigkeit“ erarbeitet werden müsse (Wendt 1978).

5.4.3.2 Die gestufte Aktivhypnose nach Kretschmer

Auch wenn Ernst Kretschmer selbst keine Station seines Lebens in der DDR verbringt, wird die gestufte Aktivhypnose, dessen Basis er 1946 erschafft und sein Schüler Dietrich Langen 1967 weiter voranbringt, sowie die zweigleisige Psychotherapie nach Kretschmer und Langen zu DDR-Zeiten eingesetzt (Klumbies 1981, Kossak 1993, Steger 2015).

Die Grundlage für die Entwicklung der gestuften Aktivhypnose bildet die Zerlegung der Hypnose in drei Elemente: die Entspannung, die Konzentration und den Schlaf, denen man sich stufenartig konsekutiv widmet (Kretschmer 1943). Bei der gestuften Aktivhypnose beginnt der Patient zuerst einmal mit dem autogenen Training, bevor die Hypnotherapie initiiert wird (Kleinsorge und Klumbies 1959). Nachdem über die Schwere- und Wärmeübung anhand des Schultz'schen Trainings eine entspannte Lage erzielt ist, geht man zur Fixation einer Lichtquelle über, wobei durch erklingendes Ticken einer Uhr die Konzentration angestrebt und der Weg zur Hypnose ermöglicht wird (Kretschmer 1943).

Diese Variation stammt aus der Tübinger Universitäts-Nervenklinik und steht in der Jenaer Klinik für Sonderfälle zur Verfügung, da die Einarbeitung des autogenen Trainings zeitlich aufwendig und die Hypnose für eilige Situationen als Option vorbehalten wird (Kleinsorge und Klumbies 1959). Beispielsweise in der Schmerztherapie beansprucht die Schulung des autogenen Trainings einen zu großen Zeitrahmen, weshalb die gestufte Aktivhypnose nicht vorrangig zu analgetischen Zwecken eingesetzt wird (Klumbies 1978[A]). Die Aktivhypnose ist eine geeignete Form, um zu betonen, dass „der Patient nicht nur passiver Konsument von Zuwendung bleibt, sondern aktiv an seiner Genesung mitarbeitet“ (Wendt 1978).

5.4.3.3 Die zweigleisige Psychotherapie nach Kretschmer und Langen

Die „zweigleisige Psychotherapie“ gilt als „methodisch am besten durchgebildete und in der Einzelbehandlung optimale Behandlungsform“, die eine analytische Verfahrensweise mit dem autogenen Training kombiniert und nach Empfinden des Schwere- und Wärmegefühls mit Hilfe der Fixation zur Hypnose forciert (Klumbies 1981). Der analytisch ausgerichtete Dialog mit dem Patienten soll dessen Standpunkte und mögliche Probleme aufdecken. Anschließend folgt eine Hypnose zur Stabilisierung des Therapieziels.

Wendt empfindet diese Verbindung von Analyse und Hypnotherapie als „begrenzt erfolgreiche Kombination“, da die analytischen Elemente hierbei keinen eigenständigen therapeutischen Zweck besitzen würden, sondern nur ein Instrument darstellen, um „die helfende Auto- und Fremdsuggestion in einen möglichst treffenden „formelhaften Vorsatz“ zu gießen“ (Wendt 1978). Dahingegen halten tschechische Kollegen die Kombination aus Hypnose und Gesprächspsychotherapie nach der Methodik der zweigleisigen

Psychotherapie für sinnvoll und betonen, dass eine „mechanische Durchführung der Hypnose ohne therapeutischen Kontakt und ohne Lockerung intrapsychischer Vorgänge“ mehr zerstört als es zur Verbesserung beiträgt (Bouchal 1981).

In der Jenaer Poliklinik wird dieser Ansatz insbesondere bei habitueller Obstipation und Reizdarmsyndrom gehandhabt (Schaeffer 1978).

5.4.3.4 Hypnose und Verhaltenstherapie

Vielversprechend ist die Kombination von Hypnose mit der Verhaltenstherapie. Bei Suchterkrankungen bietet sich die gemeinsame Anwendung der Konditionierung mit suggestivtherapeutischen Vorgehensweisen an, um über eine „hypnotische Bekräftigung“ inadäquate Strukturen des Verhaltens zu adressieren. Die Suggestionen während der Hypnose werden – je nach Ziel – der Unterstützung adäquater oder Auslöschung inadäquater Verhaltenselemente belohnend oder bestrafend gestaltet. Die in der Vorstellung erlebten Szenarien sind vom Patienten eigenständig mehrfach täglich zu wiederholen und in folgenden Sitzungen auszuwerten und zu vertiefen.

Typische Indikationsbereiche sind Phobien oder suchthafte diätetische Schwierigkeiten. Neben der aktiven Teilnahme des Patienten, dem eigenständig und unabhängigem Praktizieren und der Möglichkeit der Erweiterung zur Ablationshypnose ist die für den Therapeuten günstige Tatsache des regelmäßigen Erhalts von Feedback ein vorteilhafter Aspekt dieser methodischen Vernetzung (Kriegel und Gaefke 1978).

5.4.3.5 Sonstige Kombinationen

In der suggestologischen Therapie lassen sich mehrfach Verflechtungen von autogenem Training mit Hypnose auffinden.

Kurzhypnosen erweisen sich grundsätzlich als hilfreich, um Therapieabsichten beim autogenen Training zügiger realisieren zu können (Kleinsorge und Klumbies 1962).

Vogt beschreibt 1898 „prophylaktische Ruhepausen“. Hierbei wird „autogenes Arbeiten“ in die Hypnotherapie integriert bzw. danach angeschlossen (Schultz 1952). Das anfangs als „autogene Organübungen“ bezeichnete autogene Training erweist sich somit als Progression der von Vogt postulierten „prophylaktischen Ruhepausen“ (Schott und Wolf-Braun 1993).

Klumbies etabliert eine Zusammenstellung von autogenem Training mit Fremdsuggestionen und geruhamer Musik. Dafür verwendete Schallplatten werden als Übersetzung weltweit genutzt (Klumbies 1981). Eine spezielle Bezeichnung dafür existiert nicht.

Aus der Nervenabteilung der Poliklinik der Krankenanstalten Wittenberge/ Elbe berichtet man über das autogene Gruppentraining. Hierbei werden aus Personen gleichen Geschlechtes und ähnlicher Interessenbereiche Zirkel mit maximal sechs Patienten gebildet. Das Gruppengespräch ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie und „[gehöre] nicht ins Wartezimmer oder in den Krankensaal“. Zusätzlich erfolgt eine Verknüpfung des autogenen Trainings mit der Autosuggestion nach Coué, dessen Phrasen integriert werden. Das autogene Gruppentraining bietet neben zeitlichem Gewinn auch einen rezidivprophylaktischen Effekt. Hierbei ist die „psychische Infektion“ als günstiger Faktor einzuordnen (Kruse 1961).

5.4.4 Anwendungsstätten in der DDR

Eine Hauptstätte der Hypnosepraxis war die Psychotherapie-Abteilung der Universitäts-Poliklinik in **Jena** unter Hellmuth Kleinsorge bzw. Gerhard Klumbies. Die Einrichtung profilierte sich als Behandlungsort für Psychosomatosen. In den 50er Jahren wurden Räume abseits der Klinik für Innere Medizin ergänzt und 1984 wieder eingegliedert. Während anfangs Supportivverfahren wie Hypnosen betrieben wurden, werden später auch tiefenpsychologische Ansätze mit dem Ziel eines fundierten Krankheitsverständnisses und folglich mit verbesserten Coping-Strategien integriert (Klumbies 1981, Venner 2011[A]).

Die Ausübung hypnotischer Verfahren erfolgte auch in der Psychotherapie-Abteilung der Psychiatrischen Uniklinik **Leipzig** unter Wendt. Harro Wendt, Leiter der seit 1953 existierenden Abteilung für Psychotherapie in Leipzig bei Dietfried Müller-Hegemann, war hypnotisch tätig, insbesondere bis 1956, als dann vor allem gesprächstherapeutische Ansätze überwogen. 1960 bis 1973 ging die Leitung der Abteilung auf Christa Kohler über. Zum Behandlungsprogramm im Sinne einer „integrativen Psychotherapie“ gehörten unter anderem Hypnosen, die als geeignete Bereicherung zur Gesprächstherapie die Effizienz der Behandlung steigerten. Die Psychotherapeutische Abteilung der Neurologisch-Psychiatrischen Klinik Leipzig integrierte Hypnotherapie konsequent in die sonstige Psychotherapie (Müller-Hegemann 1963, Klumbies 1981, Plöttner 2011, Tögel 2011).

In das Konzept der „komplexen Psychotherapie“ an der Klinik für kortikoviszzerale Regulationsstörungen in **Berlin-Buch** unter Alfred Katzenstein reihte sich auch die Hypnose mit ein (Richter-Heinrich 2011).

Ebenso wurden im Haus der Gesundheit in **Berlin-Mitte** zwischen 1949 und 1956 Hypnosesitzungen praktiziert (Sonnenmoser 2009).

Hans-Walter Crodel erwähnte bezüglich der internistischen Psychotherapie in **Halle** an der Saale die Hypnose als praktiziertes Verfahren (Geyer 2011). Ergänzend zur Tiefenpsychologie wurden auch hier „übende Verfahren“ in Form von autogenem Training und Hypnosen durchgeführt (Liebner 1969 zitiert nach: Fikentscher 2011). Auf der Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsnervenklinik in Halle wurde ein multimodales Konzept vertreten, wobei methodische Kombinationen Anwendung fanden, wie psychodynamisch-tiefenpsychologische Arbeitsweisen mit Hypnosen und Suggestivtherapie (Hennig 2011).

In **Neu Fahrland**, unweit von Potsdam, befand sich ein ehemaliges Lazarett, das in den 1950er Jahren als Kliniksanatorium umfunktioniert wurde. Hier entstand 1974 die erste psychosomatische Abteilung des Kur- und Bäderwesens der DDR. In dieser Einrichtung wurden unter anderem die gestufte Aktivhypnose mit konkreten Organübungen praktiziert (Seefeldt 2011).

In der Nervenklinik der Medizinischen Akademie **Erfurt** hielt der Direktor und Lehrstuhlinhaber seit 1958, Richard Heidrich, Studentenunterricht über Suggestivtherapie inklusive Hypnose, der später von Jürgen Ott und Micheal Geyer weitergeführt wurde. Hypnotische Therapien wurden von Oberärzten praktiziert, aber eher weniger den jüngeren Kollegen demonstriert (Geyer 2011).

In der ab 1955 bestehenden Medizinischen Klinik im Bergarbeiterkrankenhaus im erzgebirgischen **Erlabrunn** gab es ab 1956 eine Psychotherapie-Station, auf der autogenes Training, das auch ambulant genutzt wurde, und Hypnosen als therapeutische Instrumente vor allem „als Adjuvans“ zum Einsatz kamen (Schnabl 2011).

Harro Wendt, ab 1961 Ärztlicher Direktor der Bezirksnervenklinik in **Uchtspringe** (Altmark), trieb auch hier die Erschaffung einer Psychotherapie-Abteilung voran. Dabei wurde von der Anwendung von Ruhesuggestionen berichtet. Dank Wendts Reputation kamen sowohl Patienten aus entfernten Gegenden nach Uchtspringe, aber ebenso Interessenten für Hospitationen (Tögel 2011[A]).

Wendt berichtete 1967 auf einem Kongress in Bad Elster vom neurotischen Torticollis als psychogenetisches Krankheitsbild, welches oft mit einer emotionalen Imbalance in Zusammenhang stehe. Somit sei auch die Behandlung „eine Domäne der Psychotherapie“, wobei Ruhigstellungen, Bewegungsübungen und autogenes Training und Hypnose Anwendung finden sollen.¹¹⁹

¹¹⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 32, keine Blattangabe.

Im Jahresbericht der Jenaer Poliklinik von 1962 wird beschrieben, dass die „praktischen Auswirkungen unserer psychotherapeutischen Fortbildungskurse [...] im Berichtsjahr darin besonders sichtbar geworden [sind], dass an der Nervenklinik **Karl-Marx-Stadt** eine Psychotherapie-Abteilung entstanden ist.“ Dies bedeute „für einen namhaften Anteil bisher nicht adäquat behandelbarer chronisch Kranker eine kausale Therapie in jenem Einzugsbereich.“¹²⁰

Zu den psychotherapeutischen Behandlungsstätten in Jena gehörte neben der Psychotherapie-Abteilung der Medizinischen Poliklinik der FSU Jena im von-Hase-Weg 1 auch die psychotherapeutische Station der Nervenklinik der FSU Jena im Philosophenweg 3.¹²¹ Für diese Einrichtung fungierte bezüglich der psychotherapeutischen Arbeit Margit Venner als Lehrperson (Misselwitz 2011).

In der Umgebung ist darüber hinaus die psychotherapeutische Abteilung des BKH für Psychiatrie und Neurologie in Stadtroda zu erwähnen.¹²² Die Jenaer Einrichtung soll im Folgenden, vor allem im Hinblick auf die Psychotherapie-Abteilung, näher skizziert werden.

5.4.4.1 Die Medizinische Universitäts-Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena

1876 wurde die Medizinische Universitäts-Poliklinik in Betrieb genommen.¹²³ Zu ihren Besonderheiten gehörte einerseits die Segmentierung der Inneren Medizin in ihre Unterdisziplinen und andererseits die Separierung von ambulanter und stationärer Betreuung. Dank eines spendablen Supports seitens des Staates konnte aus einer kleinen Räumlichkeit ein „modernes diagnostisches Zentrum [...] mit zahlreichen qualifizierten und spezialisierten wissenschaftlichen Mitarbeitern“ entstehen. Gleichzeitig stellte die Poliklinik ein Zentrum für die Ausbildung dar, wovon später viele ehemals Lernende hohe Funktionen im Gesundheitssystem des Sozialismus übernahmen. Die Angleichung an weltweit vorherrschende Standards sei konsolidiert worden (Skibbe 1977).

Die Mitarbeiteranzahl hatte sich stetig vergrößert: 1950 waren insgesamt 28 Mitarbeiter, darunter sieben Ärzte zu verzeichnen und 15 Jahre später zählte man das Dreifache an Ärzten bei über 100 Mitarbeitern. Dadurch wurde neben der personellen ebenfalls eine Erweiterung der Räumlichkeiten nötig, wodurch sich die Poliklinik im „Zuge des Ausbaues [...] zu einer modernen diagnostischen und therapeutischen Institution“ umstrukturierte. Eine Besonderheit der Poliklinik betraf die Abteilung für Psychotherapie „mit einem

¹²⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 23, Jahresbericht 1962, 57.

¹²¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Neurose: Diagnostik und Therapie“, 1.1.1980, keine Blattangabe.

¹²² UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Neurose: Diagnostik und Therapie“, 1.1.1980, keine Blattangabe.

¹²³ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 11, 100 Jahre Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena, 1976, 1-3.

Einzugsgebiet, das sich fast auf die gesamte DDR erstreckt[e]“, da es eine Einmaligkeit bedeutete, dass eine „interne Klinik in der DDR mit einer eigenen Psychotherapieabteilung“ ausgestattet war. Weiterhin wurde die Interdisziplinarität betont: Durch das Vorhandensein mehrerer Spezialabteilungen, darunter Kardiologie, Rheumatologie, die Psychotherapie und vielen mehr, war die Poliklinik durch „eine enge wissenschaftliche und konsiliarische Zusammenarbeit mit den anderen Kliniken“ gekennzeichnet. Zwischen 1945 und 1965 gab es 47 Promotionen, sechs Habilitationen, über 400 Veröffentlichungen, zahlreiche Forschungsvorhaben und über 500 Vorträge auf Versammlungen mit internationaler Beteiligung.¹²⁴

In der Medizin ließ sich im Laufe der Jahre immer mehr eine Spezialisierung zahlreicher Disziplinen verzeichnen. Eine Stätte, wo dieses Phänomen besonders repräsentiert wurde, war die Poliklinik. Der Hintergrund führt ins Jahr 1875, als der damalige Direktor der Medizinischen Klinik, Prof. Nothnagel, den Antrag auf Errichtung einer Poliklinik stellte, da das Feld der Inneren Medizin zu üppig für eine Professur geworden sei. Nothnagel war zuvor Poliklinik-Direktor in Freiburg, wodurch er bereits über Erfahrungen mit einer derartigen Institution verfügte. Ein Jahr später bereits konnte die Jenaer Poliklinik eröffnet werden.

Anfangs gab es einen einzigen Raum, bis 1905 der Bau eines eigenen Hauses begann. Die Kriege brachten Zertrümmerungen universitärer Gebäude mit sich. Die Wiedererrichtung „im Zeichen des Sozialismus“ ging mit einer Erweiterung der Räumlichkeiten einher. Nach und nach wurden Fachbereiche ausgelagert, wie beispielsweise die Psychotherapie-Abteilung im Jahre 1954. Die Jenaer Poliklinik erfüllte eine Vorreiterfunktion in der DDR zum Beispiel in der Hinsicht, als dass sie das allererste klinische nuklearmedizinische Laboratorium beherbergte, das ein breites Spektrum an Diagnostik anbot (Klumbies 1977).

Die Aufgaben der Poliklinik bestanden in der ärztlichen Versorgung und Behandlung von Erkrankten nicht nur aus Jena, sondern ebenfalls aus benachbarten Kreisen. Des Weiteren existierte die Funktion der Beratung von Patienten aller Kliniken in Form von Konsilen.¹²⁵ Im Jahre 1976 zählte man über 150.000 Konsultationen „im Rahmen der sozialistischen Gesundheitsbetreuung“.¹²⁶ Zur Hauptaufgabe gehörte es, „neben der Lehrtätigkeit, der poliklinischen Arbeit neue diagnostische und therapeutische Erkenntnisse und Methoden zunutze zu machen“ (Thiele 1958).

¹²⁴ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Entwicklung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena nach 1945“, 1.9.1965, keine Blattangabe.

¹²⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Betreff: Ärztliche Versorgung und Rekonstruktion“, 1-6.

¹²⁶ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 11, 100 Jahre Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena, 1976, 1-3.

In Hinsicht auf die Forschung sollte neben den Fächern wie Rheumatologie, Immunologie oder Kardiologie auch der „psychischen Seite des erkrankten Menschen“ besondere Beachtung geschenkt werden.¹²⁷ So hieß es, dass die „Psychotherapie [...] an der Medizinischen Poliklinik Jena besonders gepflegt [werde]; Gruppentherapie, autogenes Training und Tausende Einzelbehandlungen finden hier statt.“¹²⁸

In der Forschung über kortikoviszzerale Zusammenhänge erfolgten Untersuchungen in Hypnose, wobei „unter Gleichbleiben aller übrigen Versuchsbedingungen [...] lediglich eine Änderung dadurch herbeigeführt [wurde], daß mittels des gesprochenen Wortes auf den Patienten eingewirkt wurde.“ Die Erkenntnis bestand darin, dass mittels hypnotherapeutischer Intervention „ein bestehender pathologischer Reflex durch Einschleifen eines entgegengerichteten bedingten Reflexes blockiert“ werden könne. Ebenso spielte sich die Prüfung des ablationshypnotischen Verfahrens in der Poliklinik ab.¹²⁹

Die 1951 gegründete¹³⁰ Psychotherapie-Abteilung als eine von mehreren internistischen Bereichen der Poliklinik unterteilte sich in die Psychotherapie-Station und das psychologische Labor.¹³¹

„Das Haus von-Hase-Weg 1 ist im vergangenen Jahr voll in die Nutzung unserer psychotherapeutischen Abteilung übergegangen“, wie man in einer Archivakte zu „Innerdienstlichen Angelegenheiten“ liest, die allerdings undatiert ist, aber auf Anfang der 1960er Jahre geschätzt werden kann.¹³²

Die Überweisung von Patienten erfolgte aus den verschiedensten Kreisen der DDR, wobei „jedoch wegen Personal- und Raumschwierigkeiten leider nur einen Bruchteil“ die Behandlung zugutekommen konnte. In Form von „zahlreichen Einladungen aus dem Ausland und Anforderungen zu Artikeln in ausländischen Zeitschriften“ repräsentierte sich die Würdigung der poliklinischen Arbeit weit über die Grenzen der DDR hinaus. So sollte der Fundus an Wissen und Erfahrung aus der Jenaer Einrichtung für die strukturierte Erschaffung weiterer psychotherapeutischer Poliklinik-Abteilungen in der DDR dienen.¹³³

Ein stationärer Aufenthalt gestaltete sich über sieben Wochen in einer einheitlichen Patientengemeinschaft. Seitens der Einrichtung existierte ein Austausch mit den

¹²⁷ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 11, keine Blattangabe.

¹²⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 11, 100 Jahre Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena, 1976, 1-3.

¹²⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1952, 6-16.

¹³⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 07, 63-65.

¹³¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 16, keine Blattangabe.

¹³² UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Betreff: Ärztliche Versorgung und Rekonstruktion“, 1-6.

¹³³ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 23, Jahresbericht 1959, 49.

Institutionen in Dresden-Weißer Hirsch und Halle-Döhlau, sowie Patenschaftsverträge mit Klinik-Abteilungen in Bad Berka und Pirna (Schaeffer 1977).

Aus Schriftwechsel zwischen Klumbies und dem Bezirksarzt und Obermedizinalrat aus dem Bereich Gera im Frühjahr 1968 entstammte die Charakterisierung der Psychotherapie-Abteilung als eine Einrichtung, die eine „hochspezialisierte Versorgung“ bieten würde. Dabei beträfe diese „Superspezialisierung unserer Klinik [vor allem den Teilbereich] Psychotherapie innerer Erkrankungen“, wobei „verschiedene psychologische Testmethoden, Provokationsdiagnostik, autogenes Training [und] Therapie“ zum Einsatz kamen, wie es sich in Klumbies' Antwortschreiben zeigt.¹³⁴

Der Zeitraum zwischen Beschwerdebeginn und Indikationsstellung zur Psychotherapie betrage im Zusammenhang mit der Jenaer Einrichtung etwa vier Jahre, während beispielsweise in Berliner Kliniken durchschnittlich zehn Jahre benötigt werden würden. Als möglicher Grund wurde angeführt, dass in Jena „seit vielen Jahrzehnten durch Binswanger, J.H. Schultz, Speer und bis in die Gegenwart die psychotherapeutische Arbeit laufend gepflegt wurde“ (Klumbies 1960).

Die internistische Psychotherapie konzentrierte sich einerseits vor allem auf die Psychosomatik mit Krankheiten des Kreislaufs und des Gastrointestinaltraktes. Als Beispiel sei Colitis ulcerosa genannt. Andererseits sind Funktionsstörungen als Schwerpunkt benannt, die mit einer Monosymptomatik einhergehen, wie beispielsweise Schlafstörungen.

Ein Psychologe mit Diplom hatte die Planstelle inne mit der Aufgabe, die psychologischen diagnostischen Methoden standardisiert zu betreuen. Als Therapiemethoden wurden „Wiederauffrischungsbehandlung der Ablationshypnose bei chronischen Schmerzzuständen, und Gruppenbehandlung mit autogenem Training für funktionelle Erkrankungen“ angeführt.¹³⁵ Hypnosebehandlungen wurden im Vergleich 1955 und 20 Jahre später als rückläufig beschrieben. Dies symbolisiere die zunehmend eingesetzten persönlichkeitszentrierten Therapiekonzepte, während symptomzentrierte Behandlungen rückgängig seien (Schaeffer 1977).

In einem Schriftwechsel zwischen zwei der poliklinischen Oberärzte aus dem Jahr 1973 geht hervor, dass diese Einrichtung „die einzige internistische psychotherapeutische Abteilung“ ist und dass die Kapazität nicht mehr genügt, um der Nachfrage – auch „aus ferner gelegenen Bezirken der DDR“ – effektiv begegnen zu können.¹³⁶

¹³⁴ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 09, 1-2.

¹³⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 06, „Betreff: Hochspezialisierte medizinische Betreuung“, 29.3.1973, keine Blattangabe.

¹³⁶ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 06, „Betreff: Hochspezialisierte medizinische Betreuung“, 29.3.1973, keine Blattangabe.

In der ersten Dekade der Existenz der Abteilung kooperierten ein Arzt mit zwei Diplom-Psychologen „unter der beratenden Leitung eines Oberarztes“ (Bauer und Klumbies 1957), während in der zweiten Hälfte der 70er Jahre unter Schaeffers oberärztlicher Leitung zwei Ärzte und zwei Psychologen angestellt waren (Klumbies 1977).

Die Psychotherapie-Abteilung verfügte ab 1952 über Aufträge für Forschungsfragen. Die „Spezialabteilung von-Hase-Weg 1“, die für die „Leitung und Organisation von 25 Ausbildungslehrgängen“ zuständig war, bildete „eine Basis für die Gründung der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie der DDR und der Regionalgesellschaft des Bezirkes Gera.“ Es habe über 200 Veröffentlichungen gegeben, darunter viele Bücher, mehrfach aufgelegt und übersetzt ins Russische, Englische, Französische, Spanische, Italienische, auch ins Japanische und in Indisch-Andhra. Es erfolgte die „Anwendung der hier entwickelten Entspannungsübungen z.B. in der SU bei Kosmonauten, Sportlern und Arbeitern der Übersee-Fischerei-Flotten.“¹³⁷

5.5 Ausbildung im Psychotherapie-Verfahren Hypnose in der DDR

5.5.1 Implementierung in das Studium

Dank Prof. Klumbies wurde „die deutsche psychosomatische Tradition in der DDR konstruktiv weitergeführt“, aber die Einflechtung dessen in die Lehre für Ärzte habe kaum erfolgt (Krause 2011[A]). Für Medizinstudenten sei weder psychotherapeutischer noch psychosomatischer Unterricht vorgesehen gewesen (Misselwitz 2011).

Konträr dazu verhalten sich folgende Aspekte, die Einblicke in die Ausbildung auf dem psychotherapeutischen Terrain geben:

Ab 1949 übertrug die Universität den Kollegen der Medizinischen Poliklinik einen Lehrauftrag für „Medizinische Psychologie und Psychotherapie“.¹³⁸ Die von Kleinsorge vertretene Lehre in diesem Fach manifestierte sich später in der gesamten DDR als Pflichtvorlesung.¹³⁹ In Aktenunterlagen findet man beispielhaft Vorlesungsinhalte vom 14. März 1964 zum Thema „Psychische Fehlentwicklungen und biographische Anamnesen“. Als Zielsetzung dieser Lehreinheit wurde dargelegt, dass der „Student [...] für [die] spätere ärztliche Tätigkeit wissen [soll], warum und wie man eine biographische Anamnese erhebt.“¹⁴⁰

¹³⁷ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 16, 27.5.1980, keine Blattangabe.

¹³⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 07, 63-65.

¹³⁹ UAJ. Personalakte Prof. Dr. med. habil. Hellmuth Kleinsorge D 3636, 186.

¹⁴⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 28, keine Blattangabe.

Somit reihte sich auch die Ausbildung der Studentenschaft in die Arbeitsfelder der Jenaer Institution ein und gestaltete sich mit Vorlesungen und Seminaren sowie Fakultativangeboten im Fach Medizinische Psychologie und ab 1990 in Psychosomatik/ Psychotherapie. Bezüglich des Entwurfes der klinisch-praktischen Lehre habe es viel Spielraum gegeben (Venner 2011[A]). Mit drei Wochenstunden hielt Kleinsorge in beiden Semestern des akademischen Jahres Vorlesungen zur Medizinischen Poliklinik vor etwa 145 Hörern. Im Frühjahrssemester wurde mit einer Wochenstunde vor 70 Zuhörern zur Therapie innerer Erkrankungen von Kleinsorge referiert und von Klumbies über die Psychotherapie in der Inneren Medizin. Zur Medizinischen Psychologie hat auch Klumbies unterrichtet, wie beispielhaft im Herbstsemester 1957 mit einer Wochenstunde vor einer Hörerschaft von 165 Personen.¹⁴¹

In seinen Vorlesungen habe Prof. Klumbies den Studenten die Hypnose auch „gerne übergeben“, in dem sie eigenständig Schmerzfremheit suggerieren und die Wirkung mit einer Kanüle prüfen durften.¹⁴²

Von besonderer Bedeutung am Standort Jena waren Praktika. Klumbies betonte hierzu zweierlei Gesichtspunkte: „Eine Krankheit, die ich nicht gesehen habe, kann ich nicht diagnostizieren“ und „Die abstrahierten Krankheitsbilder des Lehrbuches haben keine reale Existenz“ (Klumbies 1983[B]). Für die Studentenschaft erfolgte die Errichtung einer Studentenkrankenstation und das Angebot gesonderter Sprechstunden für „eine praxisnahe Ausbildung“, wobei dies in der gesamten DDR an keinem weiteren Ort existiert habe.¹⁴³ Mittels Studienreformen realisiert, wurde die Poliklinik die erste Einrichtung, die Studenten zum Praktikum an poliklinischen Sprechstunden teilnehmen ließ (Skibbe 1977).

Die Vorlesungen über die Dauer von zwei Semestern in der Psychotherapie-Lehre der DDR umfassten im Rahmen des Themas suggestiver Methoden auch die Hypnose (Ettrich 2011). Der Erfurter Heidrich hat sich in seiner Tätigkeitszeit an der Charité seit Beginn der 50er Jahre für das Angebot an Vorlesungen über autogenes Training und Hypnose eingesetzt und dies auch für die Studenten verwirklicht (Krause 2011).

In der Medizinischen Akademie in Magdeburg wurde eine Videodatei für Medizinstudenten erstellt, in der Hypnoseerscheinungen gezeigt wurden (Krause 2011[A]).

¹⁴¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1957, 23, 24.

¹⁴² [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 26_A_01 II (A), Minute 13:30-14:16.]

¹⁴³ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Entwicklung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Jena nach 1945“, 1.9.1965, keine Blattangabe.

Sowohl in Klinik als auch im ambulanten Setting hatte die Hypnotherapie ihre Einsatzbereiche. Dennoch existiere keine Krankheit, für die die Hypnose das alleinige Verfahren ist, wodurch die hypnotherapeutische Ausbildung nicht dringendst obligatorisch sei. Da die Aneignung aber weder heftig aufwendig noch außerordentlich kompliziert sei, befassten sich viele Psychotherapeuten damit und nahmen die Hypnose mit in ihr Repertoire auf (Wendt 1978).

5.5.2 Weiterbildungsangebot zu DDR-Zeiten

Ein bedeutender Versammlungsort für psychotherapeutischen Austausch war Lindau. Die jährlich am Bodensee tagenden „**Lindauer Psychotherapie-Wochen**“ wurden von Speer gemeinsam mit Schultz und Kretschmer hervorgebracht und fanden ab 1950 statt. Spätestens mit Mauerbau und Ausreiseuntersagung wurde die Gelegenheit für fachliche Diskussionen von Hypnotherapeuten aus West- und Ostdeutschland unterbunden (Klumbies 1981, Geyer 2011, Krause 2011).

Ab 1953 gab es **Psychotherapiekurse in der Jenaer Klinik**. Für die Kollegschaft war dies ein äquivalentes Angebot für die Lindauer Psychotherapiewochen, für die bereits seit dem Volksaufstand vom 17. Juni 1953 keine Besuchserlaubnis mehr erlassen wurde. Präsentiert wurden neue diagnostische sowie therapeutische Verfahren und Fallvorstellungen.

In 24 Jahren fanden über 20 Kurse in Jena, im Schloss Reinhardsbrunn, in Gera und Rostock-Warnemünde statt. Fortbildungskurse für Psychotherapie in Jena finden beispielsweise Erwähnung mit Lehrgängen in den Jahren 1957 und 1959. Zu den Themen gehörten psychosomatische Krankheitsbilder wie Asthma, zu denen Therapieoptionen in Form von autogenem Training und Hypnose vorgestellt wurden (Schaeffer 1963, Klumbies 2011).

Vom 5. bis 8. November **1959** fand beispielsweise der achte Lehrgang für Psychotherapie der Poliklinik in Jena statt – geleitet von Kleinsorge und mit etwa 70 Besuchern. Unter anderem wurden Ruhehypnososen und autogenes Training thematisiert (Geyer 2011).

Kleinsorge erschuf somit ärztliche Schulungen, die das hypnotische Praktizieren umfassten. Ab der neunten Auflage dieser Fortbildungsreihe übernahm Klumbies die Organisation dieser jährlichen Symposien, die sich zu „[einer der] profiliertesten Psychotherapie-Veranstaltungen der DDR“ entwickelten (Klumbies 1981, Tögel 2011[A]).

Die Nachfrage an den Kursen überstieg die Kapazitäten der Klinikhörsäle, sodass ab der zweiten Hälfte der 60er Jahre Reinhardsbrunn im Thüringer Wald als Austragungsort für den fachlichen Meinungsaustausch gewählt wurde (Klumbies 2011[A]). In einem Dankes-

schreiben an den Direktor des Parkhotels bei Friedrichroda aus dem Herbst **1967** bekundete der Kursleiter Klumbies, dass die „Atmosphäre von Reinhardsbrunn [...] allen Kursteilnehmern wieder sehr gefallen [hat] und der Wunsch, auch später wieder in Reinhardsbrunn zu tagen, [...] allgemein [zu vernehmen war].“¹⁴⁴ Im Kurs des Folgejahres referierte Kleinsorge über „Pharmaka in der Psychodiagnostik“, wie aus einem Brief von Klumbies nach Schwerin ersichtlich wird, in dem er den „Dank für [Kleinsorges] Bereitschaft in Reinhardsbrunn mitzuwirken“, zum Ausdruck brachte.¹⁴⁵ Die dortigen Symposien boten die Basis für einen „zwanglose[n] Gedankenaustausch“.¹⁴⁶

So fand beispielsweise vom 25. bis 27. September 1967 ein Psychotherapiekurs für Fortgeschrittene in Reinhardsbrunn statt, wobei die „organisatorische Ausarbeitung und Vorbereitung“ als „außerklinische Arbeit“ dem Aufgabenspektrum der Psychotherapieabteilung mit angehörte.¹⁴⁷

Auch in **Leipzig** bestanden Möglichkeiten zur Weiterbildung für Ärzte. Verschiedenste therapeutische Modelle wurden hierbei thematisiert, darunter ebenso Hypnose und autogenes Training als Komponenten des „moderne[n] Methodenarsenal[s]“.

In **Berlin** beinhalteten angebotene Fortbildungen hauptsächlich die Individualtherapie des Direktors der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité Leonhard¹⁴⁸ sowie die Gruppenpsychotherapie von Höck. Letztere nutzte an suggestologischen Methoden höchstens das autogene Training, während Leonhard suggestivtherapeutisch nur bei hysterischen Krankheitsbildern agierte (Klumbies 1981).

Lehrgänge für Einsteiger und bereits Erfahrene auf dem Boden der DDR wurden vielfach von Katzenstein veranstaltet. Die **Kurse zur Hypnotherapie** fanden wiederholt für die Mitgliedschaft der GÄP statt. Unter Katzensteins Vorsitz gab es **1974** in Bernburg einen Kurs, an dem vier Tage lang über 50 Ärzte und Psychologen teilnahmen. **1975** folgten in Dessau drei Fortbildungstage, die von Teilnehmern der vorherigen Kurse sowie überdies von 25 Hypnotherapeuten besucht wurden. **1976** fand in Eisenach solch eine Fortbildung durch die Sektion „Autogenes Training und Hypnose“ statt. Es gab Gelegenheit zur gegenseitigen Übung der hypnotischen Arbeitsweise. Während die Aneignung der Vorgehensweise einwandfrei funktionierte, sei die Integration des Erlernten in die alltägliche psychotherapeutische Tätigkeit kaum gelungen. Das habe vermeintlich daran gelegen, dass

¹⁴⁴ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 38, keine Blattangabe.

¹⁴⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 38, keine Blattangabe.

¹⁴⁶ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 35, „Symposium „Probleme der komplexen Psychotherapie“ 2.-5.5.1974 in Reinhardsbrunn“, keine Blattangabe.

¹⁴⁷ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Halbjahresbericht“, 7.10.1967, keine Blattangabe.

¹⁴⁸ Karl Leonhard (1904-1988), siehe Personenverzeichnis.

während der Fortbildungen zu wenig auf das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Problematik von Übertragung und Gegenübertragung eingegangen wurde. Daraufhin sollte der Schwerpunkt weg von den rein technischen Inhalten hin zur Beziehungsdynamik gelenkt und mehr wie die Balintarbeit gestaltet werden (Katzenstein 1978, Kratochvíl 1978, Klumbies 1981, Maaz 2011[A]).

Ferner lassen sich weitere Gelegenheiten zur Fortbildung und zum fachlichen Austausch anführen, die durch Akteure der DDR-Psychotherapie besucht bzw. realisiert wurden:

Kleinsorge referierte am 8. Februar **1956** vor der Greizer Ärzteschaft über „Neue Erfahrungen über Technik und Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose“. Im April desselben Jahres sprach Klumbies über die Ablationshypnose auf dem Kongress der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie in Freudenstadt. „Das Wesen der Hypnose“ beleuchtete er vor einer Ärzteversammlung in Arnstadt am 17. Mai 1956. In Velden fanden im September 1956 Vorträge von Kleinsorge über Indikationen zur psychotherapeutischen Behandlung interner Krankheiten und von Klumbies über die Ablationshypnose statt.¹⁴⁹ **1957** tagte im eben genannten Ort am Wörther See erneut der Internationale Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Dort leitete Kleinsorge ein Kolloquium über Hypnose mit praktischen Übungen an und vermittelte in- und ausländischen Ärzten eigene Erfahrungen und Erkenntnisse.¹⁵⁰

Seitens der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie des Bezirkes Gera wurden für ambulant tätige Ärzte Grundkurse in autogenem Training angeboten.¹⁵¹ Im März **1972** wurde auf einem Lehrgang an der Akademie des Gesundheits- und Sozialwesens des Bezirkes Gera in Gera-Kaimberg die Hypnotherapie durch den Referenten Klumbies in Form einer Filmaufführung für Internisten, Betriebsärzte und Allgemeinmediziner dargelegt.¹⁵²

Durch den länderübergreifenden Austausch beim ersten Treffen der Psychotherapeuten sozialistischer Staaten **1973** in Prag und sechs Jahre später in Warschau wurde ein Gesamtkonsens hinsichtlich des Prozederes und der Betrachtungsweisen gebildet, wodurch sich Lehrgänge zur Hypnotherapie anderswo recht ähnlich gestalteten (Katzenstein 1978). Die hypnotherapeutische Lehre sah theoretische Hintergründe, das praktische Umsetzen sowie souveränes Können als wesentliche Komponenten vor. Der einwöchige Kurs bestand aus Vormittagen mit Frontalunterricht und Vorführungen, während nachmittags gruppenweise koordiniert praktiziert und mehrmals täglich autogen trainiert

¹⁴⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1956, 23, 24, 27.

¹⁵⁰ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 22, Jahresbericht 1957, 26.

¹⁵¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Neurose: Diagnostik und Therapie“, 1.1.1980, keine Blattangabe.

¹⁵² UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 39, keine Blattangabe.

wurde. Das Artikulieren sowie Akzentuieren im Rahmen der Hypnose-Technik und die Auseinandersetzung mit nicht gelungenen Aufgaben wurde geübt. Nach ein bis zwei Jahren folgte ein Weiterbildungskurs zur Intensivierung der Kenntnisse sowie zur Diskussion des therapeutischen Nutzens in der Routine (Kratochvíl 1978).

Die wissenschaftliche Leitung des Symposiums „Klinische Hypnose – Theorie, Praxis, Leistung“ vom 24. bis 26. Oktober **1977** im Rostocker Interhotel Warnow wurde durch Klumbies arrangiert. Er erhielt die Erlaubnis, die angemeldete Tagung durchführen zu dürfen, jedoch nur mit ausländischen osteuropäischen Kollegen. Die Herkunft der Teilnehmenden sollte zunächst auf die sozialistischen Länder begrenzt werden, „um sich zu dieser Problematik einen einheitlichen Standpunkt zu erarbeiten, und evtl. später eine Arbeitstagung mit anderen Ländern zu organisieren“, wie in einem Brief aus dem Generalsekretariat aus Berlin an Klumbies vom 14. April 1976 zu lesen ist.

Insgesamt 200 ärztliche Kollegen, darunter Neurologen, Internisten, aber auch Gynäkologen, und Psychologen aus der DDR und den fünf sozialistischen Ländern UdSSR, ČSSR, Polen, Ungarn und Rumänien traten in Dialog und kommunizierten ihre Erfahrungen und Entwicklungen bezüglich der Hypnose als ärztliche Therapiemethode. Da „[abergläubige], wundersüchtige Vorstellungen längst überholt“ seien, sollten die Indikationsstellungen der Hypnotherapie in Hinblick auf Zweckdienlichkeit und Angemessenheit geprüft und in Abgrenzung anderer psychotherapeutischer Methoden diskutiert werden. Der Indikationsrahmen wurde „im Sinne einer Ultima ratio“ eingengt.

Als Veranstalter fungierte die Sektion „Autogenes Training und Hypnose“ der GÄP. Aus dem Austausch über Forschung, Therapie und Technik der Hypnose resultierte der Vorsatz, noch mehr „Effizienz auf diesem Gebiet“ zu schaffen. Die meisten Forschungsvorhaben seien in der UdSSR und den USA angesiedelt, wobei letztere durch die Errichtung von „Hypnoselaboratorien mit standardisierten Versuchsbedingungen, Video-Bandaufzeichnungen und Blindversuchen [eine] Faktenbasis geschaffen [habe], deren Aufarbeitung noch im Gange ist.“ Grundfragen seien noch offen. Während die USA sich in der Hypnoseforschung eher psychologisch orientierte, wurde in der UdSSR eine eher physiologischere Basis gewählt.

Das Symposium, das durch den intensiven Austausch internationaler Erfahrungswerte zu einer „spezialisierte[n] Weiterbildung“ wurde, brachte die Teilnehmer der DDR zu dem Ergebnis, dass die sozialistischen Kollegen „mehr informiert“ und dem Forschungsstand zufolge fortschrittlicher seien. Diese Tatsache veranlasste, einen Maßnahmenplan zwischen Klumbies, Katzenstein in Berlin und Rožnov zu erstellen, um den Informationswechsel mit der UdSSR zu forcieren. Der Plan sah vor, dass ein in der Hypnotherapie

sachkundiger Arzt sowie ein neurophysiologischer und ein technischer Vertreter nach Moskau geschickt werden mit dem Ziel der Exploration dortiger Methoden und Resultaten hypnosespezifischer Beobachtungen. Die psychotherapeutische Klinik sowie das Neurophysiologische Institut in Moskau wurden somit eine Stätte zur Kooperationsvertiefung.¹⁵³

Die Abteilung für Psychotherapie der Medizinischen Poliklinik der FSU Jena beantragte im August 1981 die Zulassung als Teilweiterbildungseinrichtung für den **Facharzt in Psychotherapie**.¹⁵⁴ In einem „Fragespiegel zur Zulassung“ vom 22. März 1981 wurde bezüglich verwendeter Verfahren die „Einarbeitung einer hypnotischen Analgesie mit nachfolgender Ablation“ und für jährlich 60 Patienten autogenes Training als Gruppenangebot angegeben.¹⁵⁵ Dabei gab das „Ministerium [...] der umfangreichen Weiterentwicklung der Psychotherapie in der DDR jetzt organisatorische Form mit der Einführung des Zweifacharztes für Psychotherapie, der Berufung einer Zentralen Fachkommission für Psychotherapie [...] und der offiziellen Zulassung von Weiterbildungseinrichtungen.“ Die Jenaer Psychotherapieeinrichtung habe bereits seit längerer Zeit zahlreiche Ärzte und Psychologen „weitergebildet, die inzwischen in angesehener Stellung in verschiedensten Städten der DDR tätig sind.“

Für die drei Jahre dauernde Zweifacharztausbildung für Psychotherapie war mindestens ein Jahr Psychiatrie notwendig. Klumbies betonte, dass „[...] bei der Vielzahl psychotherapiebedürftiger Patienten aus dem Bereich der Inneren Medizin eine qualifizierte Teilausbildung auf diesem Gebiet, auf dem unsere Abteilung in der DDR führend ist“, ausgesprochen bedeutend sei. Es wurde betont, dass der „Leiter der Abteilung, Oberarzt Dr. Schaeffer, [...] außerdem Vorsitzender der Regionalgesellschaft für Psychotherapie des Bezirkes Gera [ist]. Er führt laufend bei uns für eine große Zahl interessierter Ärzte aus der Praxis Problemfallseminare über deren Patienten durch, was die engste Verbindung der Weiterbildungseinrichtung zu den Aufgaben des Gesundheitsdienstes sichert.“¹⁵⁶

Im Bildungsprogramm des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR für psychotherapeutische Fachärzte aus dem Jahr 1978 findet man im Methodenkanon ebenso die Hypnose. Hierbei sollen „Erfahrung und Kenntnisse“ über das Verfahren, die Indikationen, Gegenanzeigen sowie die momentane Situation der Wissenschaft vorhanden sein. Die angehenden Fachärzte sollten in der Lage sein, „die Rolle der Suggestion im Rahmen

¹⁵³ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 36, keine Blattangabe.

¹⁵⁴ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 07, 63-65.

¹⁵⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 39, keine Blattangabe.

¹⁵⁶ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 07, 63-65.

anderer Therapien abschätzen und kritisch verwerten zu können.“ Ebenso war das autogene Training im Weiterbildungskatalog beinhaltet. Diesbezüglich sollten die Fachärzte beispielsweise zur Durchführung von Organübungen, einzeln und in Gruppenform, fähig sein (Geyer 2011).

Der Facharzt für Psychotherapie sollte eigenständig psychotherapeutische Verfahren anwenden können und somit prophylaktisch, diagnostisch, therapeutisch und metaphylaktisch agieren. Zur Weiterbildung gehörten auch Teilnahmen an Kursen und Lehrveranstaltungen, zum Beispiel von der Gesellschaft für Psychotherapie. Ein Lehrgang für Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte für Psychotherapie wurde exemplarisch in Sondershausen vom 23. bis 27. November **1981** abgehalten, wobei Hypnose und die Bedeutung der Suggestion thematisch erwähnt wurden und sich als Methoden im Lehrplan befanden (König 2011).

Zur Wendezeit Ende 1990 entwickelte sich, mit Hauptsitz in Haldensleben, der WBK (Weiterbildungskreis) Sachsen-Anhalt e.V., der die Bereiche Psychotherapie, Tiefenpsychologie und Psychosomatik abdeckte und sich aus den Regionalgesellschaften Halle/Saale sowie Magdeburg formierte. In der Vielfalt der Lehrgebiete fanden sich auch Hypnose und autogenes Training wieder, wofür acht Dozenten zur Verfügung standen (Hess und Wachter 2011).

5.6 Das sozialistische Menschenbild

Die Wissenschaft sollte in Anlehnung an die Sowjetunion gestaltet und modernisiert werden. Dies wurde in der Psychotherapie vor allem dadurch deutlich, dass eine enge Orientierung an den Konzepten Pawlows vorherrschte (Thormann et al. 2018). Die als Pawlowismus bezeichnete Übernahme biologischer Deutungsversuche psychischer Erscheinungen war Zeichen der „ideologisch geforderten Sowjetisierung“ der wissenschaftlichen Landschaft innerhalb der DDR (Kumbier und Steinberg 2018).

Im bestehenden System war die Herausbildung einer „sozialistischen Arztpersönlichkeit“ erwünscht und beabsichtigt (Skibbe 1977). Diese „sozialistische Persönlichkeitsbildung“ fußte auf der „zentralen Rolle der Tätigkeit [...] und definierte den Menschen als Subjekt psychischer und sozialer Beziehungen“ (Steinberg 2016[A]).

Die Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena als Institution habe ihrem Patientengut unmittelbare Impressionen des Gesundheitssystems des Sozialismus verschafft.¹⁵⁷ Das Patientengut wuchs im 20. Jahrhundert quantitativ stark an, was mit „den besonderen

¹⁵⁷ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04, „Betreff: Ärztliche Versorgung und Rekonstruktion“, 1-6.

Bemühungen des sozialistischen Gesundheitswesens“ in Zusammenhang stehe, wobei speziell ein großer Wert auf Prävention und Früherkennung gelegt worden sei. In einem Artikel anlässlich des 100-jährigen Bestehens der Jenaer Poliklinik wird der Dank „unserem Arbeiter-und-Bauern-Staat“ zugerichtet, der unter Leitung der „Partei der Arbeiterklasse für die großzügige Unterstützung des Gesundheitswesens und die vielfältige gute Zusammenarbeit“ Sorge. Einer weiteren Förderung zur Expansion des Leistungsangebotes im Gesundheitswesen wurde 1976 auf dem IX. Parteitag der Weg geebnet. Die Lehrabsicht richtete sich nicht mehr auf die Lehrerziehung eines selbstständig arbeitenden Praxisarztes, sondern vielmehr auf die Reifung eines Facharztes, der „auf Kooperation [...] im abgestimmten System des sozialistischen Gesundheitswesens [eingestellt ist]“ (Klumbies 1977).

Auch in der Ausbildung fand die Vorstellung des Menschenbildes Platz. So umfasste der Lehrkatalog der Akademie für Ärztliche Fortbildung von 1978 für zukünftige Fachärzte für Psychotherapie solides Wissen über die Anschauung menschlicher Individuen aus Sicht des Marxismus-Leninismus. Diesen Standpunkt sollte man in der zwischenmenschlichen Interaktion „gründlich beherrschen und differenziert realisieren“. Des Weiteren wurden „Grundkenntnisse der sozialistischen Leitungswissenschaften und pädagogischer Prinzipien“ verlangt (Geyer 2011).

Im Rahmen sogenannter Kaderfragen wurde die Erziehung im Kommunismus thematisiert. Dabei sei „Arbeit als wichtigstes Bedürfnis“ anzusehen. Der Vorgang der Erziehung, der durch die Partei initiiert werde, sollte mehrere institutionelle und organisatorische Einheiten aufweisen. Sowohl Studenten des Faches Marxismus-Leninismus als auch Ärzte im Colloquium jenense sowie weitere Mitarbeiter in marxistisch-leninistischen Kollektiven und im medizinischen Unterricht sollten sich die Geschichte, die dominante Rolle des Sozialismus sowie den Patriotismus ins Bewusstsein rufen. Aus dem IX. Parteitag sind folgende weitere Maßstäbe hervorgegangen: Solides Können und Wissen, Disziplin, Kollektivität und Organisiertheit stellen „[A]spekte für die fachliche Arbeit der Studenten, Facharzt-Kandidaten und Mitarbeiter“ dar. Aufgrund der Interaktion mit Patienten in der Poliklinik wurde verstärkt auf Gewissenhaftigkeit, Pflichtbewusstsein sowie Verantwortung hingewiesen, sodass „die kommunistische Erziehung eine langfristige, lebenslange Aufgabe für uns [ist].“¹⁵⁸

Am 5. Juni 1967 bekundete Klumbies auf der 4. Jahrestagung der GÄP, dass immer mehr Organfunktionsstörungen diagnostiziert werden, was mit der „technischen Revolution“ und

¹⁵⁸ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 17, „Leitungsbesprechung“, 11.10.1977, keine Blattangabe.

der sich dadurch verändernden Arbeits- und Lebenssituation in Verbindung gebracht werden könne. Darauf werde therapeutisch hauptsächlich medikamentös reagiert, was die zunehmende Applikation von Sedativa und Hypnotika unterstreiche. Klumbies betonte, dass diese Therapie aber nur symptomatisch angreift und dadurch auch nur für begrenzte Zeit eine bessernde Wirkung zeige. Vielmehr sei „ein gezielter Einsatz der Psychotherapie erforderlich, der sich nicht nur auf die Behandlung sondern auch auf die Prophylaxe und die Rehabilitation erstrecken soll.“

Klumbies bezog sich in seinem Vortrag über funktionelle Erkrankungen auf Berufskonflikte. Er führte Risikofaktoren an, wie zum Beispiel abnormes Leistungsbestreben, Hypersensibilität, Überforderung, Wechselschichten und Überstunden, die Gesundheits Einschränkungen begünstigen. Am dritten Kongresstag ging es um „pathogene Berufskonflikte, ihre Bedeutung als Krankheitsfaktor und ihre Behebung durch psychotherapeutische Maßnahmen.“ Mechanisierung und Automatisierung führten zu einer veränderten Arbeitsplatzsituation, was Potential für die Entstehung von Konflikten und Pathogenität habe. Hiermit wurde der möglicherweise schädigende Einfluss des Faktors Arbeit innerhalb des sozialistischen Systems beleuchtet, der die Notwendigkeit einer Psychotherapie bei entstandenen Problematiken im alltäglichen Leben bzw. sozialen Konstrukt eines jeden Menschen bedingen kann.

Das Ministerium für Gesundheitswesen habe die Therapie „psychisch bedingter Funktionsstörungen unter den modernen Arbeits- und Lebensverhältnissen“ richtlinienhaft benannt. Somit habe die Tagung „[ihrem] Ziel [...] voll gedient und sie hat durch den Erfahrungsaustausch zwischen Psychotherapeuten, Arbeitspsychologen [...] usw. konkrete Impulse für die weitere Arbeit auf diesem Gebiet gegeben.“ Außerdem sei die „konsequente Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Grundlagen [...] [sowie die] [...] allgemeine zunehmende Einbeziehung sozialer Aspekte in die notwendigerweise individuell gezielte Psychotherapie [hervorgehoben worden].“¹⁵⁹

Es wurde die Auffassung verbreitet, dass Suchterkrankungen und Suizide ihren Ursprung im Kapitalismus haben würden – im sozialistischen System gäbe es hierfür keinen Platz (Misselwitz 2011). Eine Errungenschaft seit Einführung der „sozialistische[n] Gesellschaftsordnung, die in der Sowjetunion bereits siegte“, sei der Rückgang durch Alkoholabusus ausgelöster Krankheiten. Dank der Beseitigung der „sozialen Gründe des Alkoholismus [...] als Überbleibsel der kapitalistischen Vergangenheit“ durch die Sowjetisierung sei es zur „allgemeinen Verbesserung unserer Volksgesundheit“ gekommen.

¹⁵⁹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 32, keine Blattangabe.

Bereits in initialen Phasen werde aktiv therapeutisch interveniert, wobei die Psychotherapie als „eine der wirksamsten Therapieformen an[erkannt sei]“. Es bestehe das Erfordernis, „den Kranken zur Arbeit zu erziehen, den Wunsch in ihm zu erzeugen, ein nützliches geachtetes Glied der sozialistischen Gesellschaft zu werden“ (Rožnov 1959).

Das Gesundheitsministerium der DDR bekundete in den 70er Jahren das Ziel der Expansion der Hypnose-therapie – ähnlich wie in der Sowjetunion. Tätige Therapeuten, darunter Maaz, erblickten in dieser Formulierung die mögliche manipulative Gefahr suggestiver Verfahren bei unsachgemäßer Anwendung. Folglich entstand eine bilaterale Problematik „zwischen den „Technikern“ und den „Dynamikern““, womit sich ein allgemein existierender Zwiespalt innerhalb der Hypno-therapie widerspiegelte: „[der] Konflikt[...] der DDR-Gesellschaft [...], der zwischen dem überall vorherrschenden autoritär-repressiven Syndrom und einem beziehungs-dynamisch orientierten Verständnis sozialer Strukturen bestand, aber nicht offen oder gar öffentlich ausgetragen werden konnte.“ Einerseits entfalteten einige Therapeuten durch ihre Arbeit eine Konsolidierung ihres Selbstbewusstseins und „[lebten] die Macht und Bedeutung in ihrer therapeutischen Funktion [aus]“, während andere nach Freiheit strebten und sich mittels der Dynamik in der Therapie „ein offeneres, ehrlicheres, authentischeres Leben ermöglicht[en]“. Die Psychotherapie habe stets die Perspektive geboten, liberale Muster für das eigene Dasein sowie für die soziale Interaktion walten zu lassen (Maaz 2011[A]).

Das marxistische Menschenbild schien jedenfalls für Psychotherapeuten naheliegend, weil dabei das „Ideal einer hochreflexiven, beziehungsorientierten, selbstbestimmten, autonomen Persönlichkeit verkörpert [wurde]“ (Geyer 2011).

Die ideologische Atmosphäre der damaligen Zeit in Bezug auf die Poliklinik in Jena wurde beispielhaft an einem archivierten Bericht¹⁶⁰ literaturanalytisch untersucht:¹⁶¹

In einer EntschlieÙung der Parteigruppe der Medizinischen Poliklinik und Zahnklinik Jena werden die Rolle und Aufgabenbereiche der Parteigruppe innerhalb der Poliklinik thematisiert. Das Schreiben ist undatiert und kann aufgrund der Aktenchronologie auf Mitte der 1960er Jahre geschätzt werden.

Eine Parteigruppe ist als kleinstes Glied innerhalb der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands zu verstehen und stellt somit eine Unterformation in der Parteiorganisation dar (DUDEN 2020).

¹⁶⁰ Abschrift des Originaltextes unter 10.1 Erhebungsmaterial

¹⁶¹ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04. EntschlieÙung: 1-3.

Es wird bekannt gegeben, dass die Notwendigkeit bestehe, die Einflussnahme der Parteigruppe auf jegliche Tätigkeitsabläufe in der Poliklinik zu erweitern. Dies soll durch exzellente Arbeit der Mitglieder geschehen, woran sich Parteilose ein Beispiel nehmen sollen und folglich die Korrektheit der Parteientscheidungen erkennen. Somit entstehe die Überzeugung, auch ein Teil der Parteigruppe werden zu wollen.

An der Bereicherung durch neue Mitglieder habe es bislang gemangelt. Diese Erkenntnis eines in der Vergangenheit vorherrschenden Missstandes wird in eine Tat transformiert, die wiederum einen Fortschritt symbolisiert: Die Mitgliederschaft soll ausgeweitet werden, sodass die Parteigruppe eine Expansion erfährt. Es wird erneut ein Zustand der Vergangenheit aufgegriffen, der nun in der Gegenwart wieder Anwendung finden soll: „Auf übergeordneten Ebenen in der Universität [habe es sich bereits] bewährt“, eine Vertrauensbasis zu Parteilosen zu erschaffen. Im Folgenden wird exploriert, wie der Gewinn neuer Parteiangehöriger geschehen soll: Das Fundament stelle ein stärkendes Gemeinschaftsgefühl durch „eine enge Zusammenarbeit mit den Parteilosen“ dar. Den Mitarbeitern der Poliklinik sei gemein, dass sie alle „objektiv gleiche Interessen“ haben. Sofern der Einzelne diese Gemeinsamkeit erkennt und sich folglich identifiziert, entwickeln sich wahrscheinlich Gedanken des Einverständnisses und es steigt die Bereitschaft, der Parteigruppe zuzutreten und somit Teil dieser zu werden. Es läge an der Parteigruppe selbst, wie schnell und in welchem Umfang dies gelingen wird. Dabei wird aktives Handeln betont, an dem alle Mitglieder beteiligt sind. Die Zugehörigkeit zur Partei ist die Grundlage sowie die Voraussetzung für eine aktive Lebensgestaltung, da „die Politik unserer Partei den wirklichen Lebensinteressen jedes Bürgers der DDR entspricht.“ Der Bürger stellt ein Glied im System dar, welches den Rahmen und die Voraussetzung für den Vollzug des Lebensentwurfes bildet.

Der Einzelne ist Teil der Parteigruppe und die Partei ist dem Zentralkomitee untergeordnet. Als Ziel – formuliert im Superlativ und damit verstärkt zum Ausdruck gebracht – wird „das höchste Niveau in Lehre, Forschung und ärztlicher Versorgung“ angesehen. Den Festlegungen des Zentralkomitees folgend, soll für dieses Vorhaben gekämpft werden. Da die Beschlussfassungen alle betreffen und jeder ein Bestandteil des Großen und Ganzen sei, sollen alle – „von der Reinemachfrau über das mittlere Medizinische Personal, alle Ärzte und wissenschaftliche Mitarbeiter bis zum Direktor“ – in die Umsetzung inbegriffen sein. Eine „bewußte“ und „verantwortliche“ Arbeitsweise seien der Schlüssel zum Erfolg. Darin bestehe die Möglichkeit, dass es gelingt, „den Kapitalismus zu überholen“.

Die Reform soll laut Parteigruppe der Poliklinik in erster Linie das Medizinstudium betreffen. Als erstes müsse von allen Kollegen die Problemsituation erkannt und die Wichtigkeit

eingeschätzt werden. Dies sei bislang noch nicht der Fall. „Die Studienreform wird [...] zu einer vollständigen Veränderung unserer eigenen täglichen Arbeit führen und von jedem Einzelnen ungleich mehr medizinische, pädagogische und politische Kenntnisse und Fähigkeiten verlangen, als das bisher der Fall gewesen ist.“ Es wird also einen Wandel der Arbeitsweise in Form eines Fortschrittes geben. Die Tätigkeitsbereiche sollen intensiviert werden („mehr“). Mit der mehrfachen Betonung von „alle“ oder „jedem“ kommt wieder die Gemeinschaft zum Ausdruck. Jeder dient mit seiner Leistung als Einzelner dem ganzen Kollektiv.

Zur Reformierung gehört als zweiter Schritt die Analyse bisheriger Strukturen: die Organisation, Atmosphäre und der Arbeitsstil sollen umfassend kontrolliert und beurteilt werden, „um den Studenten, die jetzt verstärkt Einblick in unsere Einrichtung erhalten, wirklich Beispielhaftes [...] zeigen zu können.“ Studenten sollen also mit den Gegebenheiten der Partei in Kontakt kommen, sich von Anfang an damit auseinandersetzen, am Modell lernen und somit sukzessive auch im Sinne der Parteiführung erzogen und ausgebildet werden.

Als dritte Etappe folgt die Diskussion von Lösungsvorschlägen. Die Autorität des Klinikdirektors solle gesichert und stabilisiert werden. Für jeden Mitarbeiter bestehe die Chance, seinen Standpunkt und seine eigenen Ideen zu äußern. Zur Sammlung von Verbesserungsvorschlägen werde ein „Aktiv“ geschaffen. Die Vertreter dieser Arbeitsgruppe agieren als Anlaufstelle bei Problemen. Das Aktiv stellt hiermit eine Institution zur Problembhebung dar.

Zur Zieldurchsetzung wird noch ergänzt, dass ein intensiver Austausch mit dem Direktor der Klinik erfolgen soll. Die Parteigruppe ist also in jegliche Ebenen integriert, bis hin zum Direktor, der ab 1961 Gerhard Klumbies war. Auch die Bemühung, „neue Kandidaten für unsere Partei zu gewinnen“, wird in dem Entschluss am Ende noch einmal formuliert.

Als Verfassungsanlass dieses Schreibens erweist sich also die Tatsache, dass (noch) zu viele Mitarbeiter der Poliklinik keine SED-Mitgliedschaft erfüllen und dass sich diese zu eigenverantwortlich und zu unabhängig bezüglich der parteilichen Struktur betätigen und verhalten. Deswegen soll Überzeugungsarbeit geleistet werden, um das Ziel – bisherigen Nicht-Anhängern der SED zur Parteikonformität zu verhelfen – erreichbar zu machen. Selbstständig vollbrachte und souveräne Leistungen werden begrüßt – doch es soll im Rahmen der Partei agiert werden. Und um die Erziehung im Sinne der Parteilinie möglichst früh aufzunehmen, ist angedacht, die Studenten und jungen Mitarbeiter als Nachwuchs bereits zeitig in die SED-Strukturen einzugliedern.

Die Parteigruppenmitglieder sollen vorbildliche Arbeit leisten und zur Parteivergrößerung auf Mitmenschen überzeugend wirken, um diese, basierend auf einem „Vertrauensverhältnis“, mit in die Gruppe zu integrieren. Vom ZK beschlossene Zielstellungen sollen nicht einfach nur erreicht, sondern – so die Ausdrucksform – „erkämpft“ werden, was wiederum die Stärke und Wichtigkeit der Handlungen unterstreicht. Die Menschen sollen den verschiedenen Aufgabenbereichen Engagement schenken, Interesse zukommen lassen und durch „ihre bewusste schöpferische Mitarbeit an der Lösung aller Probleme“ partizipieren. Die sozialistische Gesellschaft zeichne sich des Weiteren durch ein verantwortliches Mitwirken der Bürger aus. Im Sinne eines eigenständigen Prozesses eines jeden Individuums sei das „Denken [...] die erste Bürgerpflicht“. Als Arbeiter fungiert man in Funktion eines Vorbildes. Mit seinen Tätigkeiten hat man demonstrativen Charakter, um als Beispiel für andere zu dienen. Vorbildhaft bedeutet sowohl verantwortungsbewusst als auch gründlich und mit logischem Denken zu arbeiten. Selbstzufriedenheit sei schädlich. Den Arbeitern wird Mitsprache zugesichert. Geäußerten Kritiken und Gedanken werde Beachtung geschenkt. Damit wird jedem Einzelnen eine aktive Beteiligung gegeben, sein Arbeitsumfeld eigenständig mit beeinflussen zu dürfen.¹⁶²

„Ein Individuum [trägt] die Ressourcen zur Veränderung bereits in sich“ (Bundesärztekammer 2006) – Dieser Grundsatz zeigt eine Parallele zwischen dem Menschenbild im Rahmen des hypnotherapeutischen Konzeptes und dem Menschenbild im damaligen gesellschaftlichen System auf: Jeder Bürger ist angehalten, für die gemeinsamen Ziele im Sozialismus Initiative zu zeigen und sich einzusetzen. Er kann eigenständig, aber unter Befolgung sozialistischer Muster, agieren. In der Suggestivtherapie liegen die Kernelemente auch im Patienten bzw. Probanden selbst. Anhand der hypnotischen Atmosphäre gelingt dann schließlich die Einflussnahme auf bestimmte Prozesse und somit das Erreichen erwünschter Wirkungen.

¹⁶² UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 04. EntschlieÙung: 1-3.

5.7 Aktuelle Relevanz heute

Nach der Darstellung des Charakters, der Verbreitung und Ausprägung hypnotischer Ansätze zu DDR-Zeiten, wird nun abschließend auf die Hypnose in den Jahren seit der Wende eingegangen. Hierbei soll zunächst der Gesichtspunkt aktueller Wissenschaftsintentionen beleuchtet werden.

Aufgrund der beachtlichen Komplexität und Individualität der Hypnose am Menschen besteht der Anspruch der Hirnforschung keinesfalls in der Aufzeichnung und Auswertung eines eindimensionalen Elektroenzephalogramms. Vielmehr besteht die Intention in der Charakterisierung physiologischer Indikatoren zur Widerspiegelung der hypnotischen Wirkung auf die Person. Innerhalb des EEGs sollen sogenannte „ereignisbezogene Potentiale“ (ERP) gedeutet werden. Zur Verbildlichung hypnotischer Auswirkungen im Gehirn hat sich die Untersuchung mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) durchgesetzt, dessen Resultate sich zu den mit ERPs gezeigten Bewusstseinsalterationen kohärent verhalten. Hierbei wird die „neuronale Aktivität“ in verschiedenen Bereichen des ZNS nachgewiesen, beispielhaft bei Analgesie unter Hypnose (Barabasz 2004).

Zur Illustration des Zusammenhangs zwischen neurophysiologischen mit anatomischen Befunden werden neben der PET auch magnetresonanztomographische Verfahren wie die fMRI genutzt, wodurch die Exaktheit im Vergleich zu elektrophysiologischen Untersuchungen erhöht werden kann.

ERPs als ereigniskorrelierte Potentiale dienen zur Exploration neuronaler Prozesse in Hinblick auf die Aufnahme, Fokussierung und Verarbeitung dargebotener Reize. Es werden aus dem Sinnesimpuls resultierende zerebrale Veränderungen in Raum und Zeit abgebildet. So nimmt in Hypnose die ERP-Amplitude ab, was eine Inputblockade bedeutet, aber nicht per se mit einer Aufmerksamkeitsreduktion einhergeht. Vielmehr zeigt sich ein komplexes Zusammenspiel vieler neuronaler Vorgänge. Ziel ist die Identifizierung von Bahnen im ZNS, von Funktionen verschiedener Hirnabschnitte und deren aktivierendes oder inhibierendes Verhalten im Rahmen einer hypnotischen Intervention sowie von der Einflussnahme auf Neurotransmitter (Spiegel und Kosslyn 2004).

Abschließend wird noch beispielhaft demonstriert, wie die Hypnose im klinischen Kontext gegenwärtig Einsatz findet. Heutzutage ist Hypnotherapie ein geeignetes Verfahren bei Suchterkrankungen. So gibt es beispielsweise ein hypnotherapeutisches Konzept namens „Smokex“ zur Reduktion von Nikotinabusus. Hierbei werden unter anderem „Ich-stärkende individuelle Suggestionen in Trance“ vermittelt, der Besuch eines imaginär kreierten „Wohlfühlortes“ autohypnotisch geübt und die „Verabschiedung der Zigarette“ in einem tranceartigen Zustand praktiziert.

Weiterhin können an Depression oder Angststörungen Erkrankte von Hypnose profitieren, wobei bei letzterem die Amnesie gegenüber dem angstausslösenden Faktor als posthypnotisches Ziel beabsichtigt wird. Ebenso kann Hypnose bei PTBS zur „gezielten Dissoziation“ und zum Erlernen eines geeigneten Copings indiziert sein. Hypnose begünstigt die Aufarbeitung der Kernproblematik und leitet eine kognitive Neuorganisation ein. Psychosomatische Beschwerdebilder bieten bis heute einen Ansatz für hypnotische Interventionen, beispielsweise in der Schmerztherapie (Riegel 2010).

Bei Operationen, für die theoretisch ein lokal anästhetisches Verfahren ausreichend ist, aber eine zusätzliche Sedierung für den Patienten angenehmer ist und mehr Komfort bietet, stellt Hypnose ein angemessenes Add-on dar, wie beispielsweise in der Oralchirurgie (Hermes et al. 2004).

Eine besondere aktuelle Relevanz erfährt die Hypnose im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Für die Unterstützung insuffizienter respiratorischer Funktionen erhalten die Patienten eine Maskenbeatmung. Das Spüren des Druckes der Maske auf dem Gesicht resultiert oft in Angstzuständen und Stressreaktionen. Diese negativen Eindrücke werden mittels hypnotischer Suggestionen ins Positive konvertiert und das Wohlbefinden des Patienten gesteigert. Hierbei wird hypnotisch so interveniert, dass Gedanken an einen „sicheren Ort“ suggeriert werden und der Druck der Maske mit dem Empfinden von Schutz, dem Erhalt von Hilfe und Fürsorge assoziiert wird (Schneebauer 2021).

Durch den „wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ hat die Hypnotherapie in Deutschland im März 2006 die indikationsspezifische Anerkennung als „lösungsorientierte Behandlungsmethode“ erhalten. Optionen zur Weiterbildung existieren für erfahrene psychotherapeutisch Ausgebildete sowie Approbierte seitens mehrerer Institutionen, zum Beispiel der Deutschen Gesellschaft für Hypnose. Für Vertragstherapeuten und -ärzte mit der „Qualifikation zur Erbringung Suggestiver Verfahren“ gibt es von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Ziffer zur Abrechnung der Hypnose als verbale Einzelbehandlung mit einer Mindestdauer einer Viertelstunde (Peter 2015, Bundesärztekammer 2006, KBV 2022).

6. Diskussion

Die Aufarbeitung der Hypnotherapie als Mosaikstein im Gesamtgebilde der DDR-Psychotherapie und somit als Teil des umfassenden Projektes „Seelenarbeit im Sozialismus“ (SiSaP) bringt eine weitere differenzierte Perspektive hervor.

Auch in dieser Therapierichtung konnte auf die Weiterführung eines bereits seit Jahrhunderten existenten Verfahrens eingegangen, die Entfaltung neuer methodischer Ansätze unter anderem am Beispiel der Ablationshypnose erläutert sowie die Darlegung biografischer Skizzen bedeutender Akteure aufgezeigt werden. „Methoden aus der psychotherapeutischen Praxis [leisten] für wissenschaftliche und demokratische Verständigungsprozesse einen bisher unterschätzten Beitrag“ und die biografischen Ausarbeitungen können als Basis für soziologische Analysen dienen (Gallistl et al. 2022, Strauß et al. 2022). Die Rekonstruktion früherer therapeutischer Konzepte in ihrem historischen Bezugsrahmen bietet Potential für die Detektion neuartiger Zusammenhänge sowie für die Formulierung von Forschungsfragen.

In Hinsicht auf das SiSaP-Teilprojekt in Jena lässt sich Ambivalenz auf dem Gebiet der Hypnotherapie zu DDR-Zeiten in folgendem Kontext finden:

Kleinsorge und Klumbies haben mit ihrem Lehrbuch eine bedeutende und umfassende Sammlung an Beobachtungsergebnissen und Erkenntnissen aus der Psychosomatik erschaffen. Doch diskrete Komplikationen der Veröffentlichung – erst die alleinige Herausgabe im Westen, später dann auch im Osten, allerdings ohne Erwähnung Kleinsorges – erschwerten die Verbreitung eigens in der DDR generierten Wissens, wohingegen Kenntnisstände anderer Nationen leichter zugänglich waren, wie beispielsweise die Erwähnung Ericksons durch Katzenstein in Klumbies' „Hypnosetherapie“ von 1981 zeigt.

Die Ausführungen bestätigen, dass die Psychotherapie am Beispiel der Hypnose in der DDR eine weitgefächerte Praxis aufwies. Die Hypnotherapie verfügte über eine Vielzahl an Ausübungsmöglichkeiten und Abwandlungen. Die Anzahl verschiedener Anwendungsorte unterstreicht die multizentrische Struktur der DDR-Psychotherapie (Sonnenmoser 2009). Konträr hierzu stellt sich die Aussage, dass „Hypnose bis in die 1970er in Deutschland praktisch nicht existent [war]“, als nicht zu bestätigende Äußerung heraus – sofern sich dieses Zitat auch auf die DDR bezieht (Riegel 2010).

In der Jenaer Institution wurden hypnotische Behandlungen zwischen 1955 und 1975 als rückläufig registriert. Als möglicher Grund wurde angeführt, dass im Therapiekonzept der Persönlichkeitsstruktur mehr Beachtung geschenkt werde und der Fokus auf die pure

Symptomausprägung zunehmend in den Hintergrund gerückt sei (Schaeffer 1977). Im Gegensatz zu dieser Entwicklung innerhalb der suggestologischen Psychotherapie – möglicherweise gerade deswegen als Reaktion darauf – verlangte das Gesundheitsministerium der DDR in den 1970er Jahren die sukzessive Ausweitung und Renovierung des hypnotherapeutischen Terrains nach sowjetischen Mustern (Maaz 2011[A]).

Auch hierbei zeigt sich ein ambivalenter Aspekt: Im Rahmen der Hypnotherapie offenbarte sich ein Konflikt zwischen therapeutischer Freiheit und manipulativer Gefahr. Einerseits bestand die Möglichkeit, als Hypnotist die Konsolidierung des eigenen Selbstbewusstseins verkörpern und auf die Hypnotisanden beeinflussend agieren zu können. Andererseits existierte die Chance, im hypnotherapeutischen Dasein einen ideologischen Freiraum mit Selbstbestimmung finden zu können, in dem man sich intensiv der Behandlung von Patienten widmet und sich somit ein Stück weit vom vorherrschenden politischen und gesellschaftlichen System lösen konnte (Maaz 2011, Maaz 2011[A]).

In der psychotherapeutischen Ausbildung steht den Aussagen, dass für angehende Mediziner keine Lehre in Psychosomatik zur Verfügung gestanden habe (Misselwitz 2011) bzw. dass sich die von Klumbies vorangebrachte „deutsche psychosomatische Tradition in der DDR“ kaum in den Lehrplänen für die Medizinstudentenschaft wiederfand (Krause 2011[A]), die Vorreiterfunktion der Poliklinik Jena mit Studentenpraktika (Klumbies 1983[B]), mit Hospitationen in poliklinischen Sprechstunden (Skibbe 1977), mit der später in der gesamten DDR obligatorisch gewordenen Vorlesung über „Medizinische Psychologie“¹⁶³ sowie mit Hypnosedemonstrationen live im universitären Unterricht¹⁶⁴ gegenüber.

Bei der Erstellung dieser Arbeit traten folgende Limitationen auf:

Die vorliegenden Ausführungen basieren hauptsächlich auf einer Literaturliteraturarbeit. Der Literaturfundus dieser Arbeit hat Grenzen und nur im Rahmen derer erfolgte eine Analyse und Erkenntnisgewinnung von Zusammenhängen, sodass eine Generalisierung nicht sinnvoll erscheint. Es besteht folglich Potential für die Intensivierung aufgegriffener Forschungsfragen.

Im Rahmen dieser Dissertation verwendete Archivalien entstammen dem Universitätsarchiv Jena, da die Verknüpfung der Hypnosetherapie mit diesem Ort einen inhaltlichen Schwerpunkt verkörpert. Eine Akteneinsicht in Archiven anderer Städte hält sicherlich weitere Informationen über die Jenaer Hypnosepraxis sowie dessen Akteure bereit. Eine

¹⁶³ UAJ. D 3636, 185-188.

¹⁶⁴ [Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 26 A_01 II (A), Minute 13:30-14:16.]

Ausdehnung der Recherche würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, weitere thematische Verflechtungen ans Tageslicht bringen zu können.

Einige Seiten archivierter Dokumente traten undatiert und ohne Zusammenhang auf, was die Einordnung erschwerte und Interpretationsspielraum zuließ. Außerdem restringieren bestehende Schutzfristen die Einsicht in bestimmtes Archivgut.

Das Zitieren geschah gemäß den "Empfehlungen zur Zitierweise in Dissertationsschriften der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena". Daraus resultiert, dass im Fließtext in Klammern jeweils der Verweis auf Autor und Jahr erscheint - ohne Hinweis auf die jeweilige Seitenzahl. Letztere sind dann gebündelt im ausführlichen Literaturverzeichnis aufzufinden.

Orientiert an den oben genannten Empfehlungen unter "1.1.2 mehrere Zitate an einer Stelle", erfolgte die Zusammenfassung mehrerer Literaturquellen absatzweise. Der Fokus lag auf der Übersichtlichkeit im laufenden Text. Diskutiert werden kann, dass dies die Rückverfolgbarkeit der Informationsherkunft zu erschweren vermag.

Der historische Hintergrund ist gewollt nur ausschnitthaft in ausgewählten Etappen aufgezeigt und könnte detaillierter und umfassender, sowie zeitlich noch weiter zurückgehend exploriert werden. Hier sollte sich auf eine grobe Übersicht beschränkt werden, um eine Verständnisgrundlage zu erschaffen.

Die Darstellung der Biografien fußt auf einer Informationssammlung aus mannigfaltigen Quellen, die chronologisch ausgearbeitet und konsekutiv zu einer biografischen Skizze verarbeitet wurden. Dennoch wird bei den biografischen Niederschriften, die – trotz der bereits vorhandenen Fülle an Daten – mitunter lückenhaft verbleiben, kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben.

Wie unter 5.2.3 dargestellt, lassen sich einige Vertreter der Hypnotherapie aus DDR, Westdeutschland und exemplarisch aus der Sowjetunion auflisten. Ungenau bleibt jedoch, welche entsprechend exakte Praktik der Hypnotherapie durch diese Persönlichkeiten jeweils ausgeführt wurde und wie. Es wird somit der Zusammenhang einer Person mit der Hypnose dargelegt, wie es sich dem Veröffentlichungsort und -jahr der Quelle zufolge ableiten ließ.

In die Darlegungen wurden auch Fakten inkludiert, die in Zusammenhang mit der DDR-Psychotherapie gebracht wurden, obwohl sie nicht aus der DDR-Zeit bzw. nicht aus ostdeutschen Regionen stammen. So wurde bei Quelleninhalten eines DDR-Autors davon ausgegangen, dass die dortige Psychotherapie charakterisiert wird. Es ist also zu bedenken, dass das gleichzeitige Vorkommen zweier Aspekte nicht automatisch eine Kausalität bedeutet und beweist.

Genauso wurde sich bei der Charakterisierung der Hypnotherapie auf Aussagen aus Nicht-DDR-Quellen gestützt, um die Vielseitigkeit des Verfahrens zu verdeutlichen und das Verständnis zu verbessern. Dies betrifft zum Beispiel den Einblick in das Konzept Ericksons sowie die Ausführungen über die Coué-Methode, die ohne konkreteren DDR-Bezug illustrativ dargestellt werden. Inwiefern beispielsweise letztere als Inspiration für spätere Hypnoseakteure aus der DDR diene, ist unklar. Auf Erickson hat beispielsweise Katzenstein in seinem 1978 veröffentlichten „Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis“ Bezug genommen.

Die Analyse der Entschließung ist ein Exempel für die Repräsentation des Menschenbildes innerhalb archivierter Dokumente, was einen Eindruck bietet, aber nicht verallgemeinert werden kann.

All jenen, die in der Nach-DDR-Zeit geboren wurden, bieten die Recherchen und Analysen die Möglichkeit, Impressionen dieser Epoche zu gewinnen und diese besser verstehen zu können. Besonders hilfreich hierfür sind Formulierungen aus Archivakten und exemplarisch die Erwähnung der Mauerkrankheit (Seite 35), die ähnlich wie der von Venner beschriebene Colitis-ulcerosa-Kasus (Seite 84) illustriert, wie stark sich bestehende gesellschaftliche Strukturen und soziale Hintergründe auf die individuelle Gesundheit auswirken können. Solche Beispiele unterstreichen die Wichtigkeit der Erhebung ausführlicher biografischer und Sozialanamnesen im ärztlichen Alltag, worauf auch im Medizinstudentenunterricht der Jenaer Klinik Wert gelegt wurde.¹⁶⁵

Gedankliche Strukturen können sich einerseits pathogen auf den Organismus auswirken, andererseits aber auch zu kurativen Zwecken zielgerichtet verwendet werden. Wesentliche Elemente der Interaktion zwischen Therapeuten und Erkrankten stammen aus dem Hypnotismus (Schott und Wolf-Braun 1993).

Die Auseinandersetzung mit Suggestionen, beispielsweise mit der Coué-Methode als Copingstrategie, ist sowohl hilfreich für die ärztliche Gesprächsführung im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung als auch für den Alltag.

Denn „nur ein guter Seelenkenner kann ein guter Arzt sein“ (Schultz 1952).

¹⁶⁵ UAJ. S/III Abt. VII, Nr. 28, keine Blattangabe.

7. Schlussfolgerungen und Ausblick

Das breite Indikationsspektrum, die Integration in die Ausbildung, zahlreiche Verbreitungswege und nicht zuletzt die methodische Weiterentwicklung bestätigen einen besonderen Stellenwert der Hypnose innerhalb der DDR-Psychotherapie.

Die Hypnose wurde im Rahmen der internistischen Psychotherapie als effektive Option zur Analgesie, Entspannung sowie zur Analyse pharmakologischer Substanzen in Jena angewendet. Neben Jena gehörten Hypnososen in der DDR unter anderem auch in Leipzig, Berlin-Buch, Halle und Uchtspringe ins methodische Repertoire.

Allgemein kann man sich den Ablauf einer hypnotherapeutischen Sitzung so vorstellen, dass nach der Indikationsstellung und einem Vorgespräch in ruhiger Umgebung eine entspannte Lage eingenommen wird. Es folgen das Fixieren einer Farbtafel in Verbindung mit verbalen Suggestionen, die den Augenschluss und eine physische Relaxation hervorrufen und das Müdigkeitsgefühl aggravieren. Nun werden die therapeutischen Suggestionen vermittelt, die den Interventionserfolg generieren. Nach entsprechender Desuggestion wird der Hypnosezustand beendet.

Eine neuartige Abwandlung stellte die Ablationshypnose nach Klumbies dar, die dem Patienten Autonomie sowie eine orts- und zeitunabhängige Anwendung verschaffte und international praktiziert wurde. Die Autohypnose nach Heidrich, die Narkohypnose und Hypnokatharsis waren weitere Modifikationen der ursprünglichen Hypnosepraxis. Die Integration der Hypnose in andere methodische Konzepte sicherte die Verstärkung therapeutischer Wirkungen. In der Psychotherapie-Abteilung Jena erfolgten Hypnososen im Rahmen der stationären Gruppentherapie nach dem Ansatz von Venner.

Hypnose war ein Thema bei einer Vielzahl an Symposien und psychotherapeutischen Kursen in Jena, aber auch in anderen Städten der DDR. Eine Reihe an Publikationen, Lehrmaterialien, Tagungen, die Gründung von Fachgruppen sowie der internationale Austausch bereicherten die Verbreitungswege hypnotherapeutischen Wissens.

Im historischen Rückblick lassen sich Zusammenhänge der Hypnotherapie mit dem Ort Jena finden: Oken und Hufeland – zwei Medizinprofessoren aus Jena – ermöglichten durch ihren Besuch 1809 bei Mesmer den Transfer von Elementen der Wurzeln der Hypnose nach Deutschland. Mit der Übersetzung der Schriften Braid schuf der Jenaer Biologe Preyer eine Voraussetzung für die Wissensverbreitung über Hypnose. Er kooperierte mit Binswanger, zu dessen Assistenten in Jena unter anderem der Entwickler des autogenen Trainings (Schultz), ein späterer Lehrer Kleinsorges (Speer) und ein Importeur hypnotischen Gedankengutes der französischen Hypnoseschule in Nancy (Vogt) gehörten. Grundzüge

dortiger Vorstellungen sind anhand ihrer Theorien und der hauptsächlich verbal realisierten Hypnosetechnik auch in Klumbies' und Kleinsorges Konzepten beinhaltet.

Die Auseinandersetzung mit der Psychosomatik und Hypnose, die Entfaltung neuer methodischer Ansätze (Trainingsschule nach Kleinsorge bzw. Ablationshypnose nach Klumbies), das Engagement in Lehre, Forschung und Klinik sowie ihr Anliegen, die Psychotherapie in die Innere Medizin zu integrieren, zeigen Parallelen in den Biografien von Klumbies und Kleinsorge. Demgegenüber fällt bei letzterem der abrupte Abgang aus Jena und – zunächst kurzzeitig, später endgültig – aus der DDR auf, während Klumbies stets in Thüringen blieb und Kleinsorges Nachfolger als Direktor der Klinik wurde.

Aus der Poliklinik Jena, die sich durch Interdisziplinarität, stetige räumliche und personelle Expansion und als Stätte für Lehre und Forschung – sogar unter Nutzung hypnotischer Elemente – auszeichnete, ging 1951 eine Psychotherapie-Abteilung hervor. Diese konstituierte sich als Zentrum internistischer Psychotherapie. Hypnotherapeutische Anwendungen wurden vor allem bei psychosomatischen Entitäten eingesetzt. Die Abteilung verfügte über ein breites Versorgungsareal, eine beachtliche Nachfrage, vielzählige Publikationen und umfassende Lehrangebote. Hier entwickelte Methoden wie die Ablationshypnose etablierten sich auch weit über die Stadtgrenzen hinaus.

Die Anlehnung an Ansätze aus dem Pawlowismus wird in der Theorie der Hypnose als Reflexvorgang deutlich. Das Thematisieren und Vergleichen mit Strukturen aus der Sowjetunion bestätigte sich in historischen Dokumenten, in denen die „sozialistische Persönlichkeit“ diszipliniert, pflichtbewusst und vorbildhaft zum Ausdruck gebracht wurde. Wichtig war ein ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl, was einerseits den Eintritt in parteiliche Konstrukte begünstigen und andererseits den Dialog zur gemeinsamen Ideensammlung und Entscheidungsfindung ermöglichen sollte. Im sozialistischen Gesundheitssystem waren effektive Zusammenarbeit, präventive Gesichtspunkte in der Medizin, fortschrittliche Visionen sowie ideologische Ausbildungsinhalte vorgesehen. Im Rahmen des psychotherapeutischen Agierens wurde mitunter ein kleines Areal an Freiheit innerhalb des Daseins im DDR-System gefunden.

Das Interesse an der Objektivierung hypnotischer Effekte bestand schon seit jeher. Während man sich zunächst auf Beobachtungen, subjektiven Empfindungen und erste EEG-Aufzeichnungen stützte, stehen gegenwärtig mit modernen bildgebenden Verfahren weitere Möglichkeiten zur detaillierteren Erforschung der Hypnose zur Verfügung.

Bis heute gibt es hypnotische Interventionen zu Analgesie- oder Entspannungszwecken. Die Erweiterung bzw. Modifikation des Anwendungsspektrums ist und bleibt auch aktuell Gegenstand der Wissenschaft.

8. Quellen- und Literaturverzeichnis

8.1 Quellenverzeichnis

Universitätsarchiv Jena (UAJ). SIII/ Abt. VII. Siehe Fußnoten.

UAJ. Personalakte Prof. Dr. med. habil. Hellmuth Kleinsorge D 3636.

8.2 Literaturverzeichnis

Barabasz AF. 2004. Hypnose-Konzepte: Fragen und Durchbrüche in der Forschung. In: Hypnose und Kognition, 21 (1+2): 139-155.

Bauer B, Klumbies G. 1957. Zusammenarbeit von Arzt und Psychologe. In: Das deutsche Gesundheitswesen, 12. Jahrgang (Heft 38): 1161-1165.

Belz GG, Götte D. 2002. Nachruf auf Prof. Dr. med. Hellmuth Kleinsorge. In: Arzneimittelforschung/ Drug Research, 52 (4): 314. URL: paul-martini-stiftung.de/materialien/pdf-publikationen/02-01.pdf [Zugriff am 17.01.2021 21:46 Uhr].

Bouchal M. 1981. Klinische Erfahrungen mit der Hypnose in der ČSSR (I). In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 40-45.

Bundesärztekammer. 2006. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. In: Deutsches Ärzteblatt, Juni 2006 (Heft 6): 285-287. URL: <https://www.wbpsychotherapie.de/wissenschaftliche-beurteilungen-gutachten/abgeschlossene-gutachten/hypnotherapie> [Zugriff am 31.07.2022 13:24 Uhr].

Büttner S. 1999. Oken, Lorenz. In: Neue Deutsche Biographie 19, 498-499. URL: https://www.deutsche-biographie.de/gnd118589717.html#ndbcontent_leben [Zugriff am 15.07.2022 13:28 Uhr].

Döderlein G, Klumbies G, Helbing W. 1951. Der Stand der Portio vaginalis in der Schwangerschaft. In: Zentralblatt für Gynäkologie, 73. Jahrgang (Heft 5a).

DUDEN. 2010. Die deutsche Rechtschreibung. 25. Aufl. Mannheim, Zürich: Dudenverlag, 1038.

DUDEN. 2020. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Parteilgruppe> [Zugriff am 22.11.2020 09:46 Uhr].

EB. 2001. Personalien; Gestorben. In: Deutsches Ärzteblatt, 98 (31-32). URL: aerzteblatt.de/archiv/28241/Gestorben [Zugriff am 27.02.2021 11:04 Uhr].

Eckardt WU, Jütte R. 2014. Medizingeschichte: Eine Einführung. Zweite Aufl. Köln, Weimar, Wien: Böhlau-Verlag UTB, 13-16, 74-77, 121-132.

Erickson MH, Rossi EL, Rossi SL. 1991. Hypnose; Induktion – Psychotherapeutische Anwendung – Beispiele. Dritte Aufl. München: Verlag J. Pfeiffer, 2, 22, 36, 38-39, 73, 83, 87, 110-111, 136-137, 139-140, 158, 169, 179, 333-353.

Ettrich KU. 2011. Psychotherapie in universitärer Ausbildung und Forschung. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 525-528.

Fikentscher E. 2011. Die Anfänge der Psychotherapie an der Universitätsnervenklinik Halle. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 215.

Forel A. 1895. Suggestionstherapie und Wissenschaft. In: Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionstherapie und verwandte psychologische Forschungen, 1.1892/93(1893) - 3.1894/95(1895): 1-10.

Friedrich-Schiller-Universität Jena. 1970. Arbeiten aus der Medizinischen Poliklinik zu Ehren des 50. Geburtstages von Prof. Dr. med. Gerhard Klumbies. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität, 19. Jahrgang (Heft 4): 633-634.

Gallistl A, Kirschner H, Paripovic G, Rauschenbach M, Storch M, Strauß B. 2022. Aufarbeitung der DDR-Psychotherapie als transdisziplinäres Forschungsfeld; Teil II: Fachpolitik – Vergangenheitsbewältigung - Sozialwissenschaft. In: Psychotherapeut 2022 (67), 430-438. URL: <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00615-9> [Zugriff am 08.09.2022 14:23 Uhr].

Gedenktafel in Jena von William Thierry Preyer. August-Bebel-Straße, Teichgraben.

Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 29-31, 89-93, 95, 127-133, 143-146, 148, 204, 250, 253, 849-850, 853, 855-856, 872, 878, 880, 891-892.

Girndt E, Schaeffer G. 1981. Hypnokatharsis und autogene Abreaktion. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 73-79.

Hennig H. 2011. Psychotherapeutische Ansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 393.

Hermes D, Trübger D, Hakim SG, Sieg P. 2004. Perioperativer Einsatz von medizinischer Hypnose; Therapieoption für Anästhesisten und Chirurgen. In: Der Anaesthesist 4: 326-333.

Hess H, Wachter E. 2011. Der Weiterbildungskreis in Sachsen-Anhalt e.V. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 712-714.

Hochadel O. 2019. Elektromedizin. In: Enzyklopädie der Neuzeit Online. URL: http://dx-1doi-1org-1002d4cbd0188.han.ulb.uni-jena.de/10.1163/2352-0248_edn_SIM_257354 [Zugriff am 01.05.2020 18:40 Uhr].

ishhypnosis. 2019. About ISH. URL: <https://www.ishhypnosis.org/about-ish/> [Zugriff am 16.10.2020 14:25 Uhr].

Jäger L. 1984. OMR Prof. Dr. sc. med. Gerhard Klumbies zum 65. Geburtstag. In: Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete, 39 (21): 517.

Jäger L. 2001. Ein Nachruf. In: AllergoJournal, 10 (6): 317. URL: <https://doi.org/10.1007/BF03360790> [Zugriff am 17.01.2021 21:42 Uhr].

Kása G. 1981. Die Bedeutung der Hypnosetherapie bei der Behandlung von Alkoholikern. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 83-85.

Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 3, 5, 43-57, 89-90, 92-93, 96, 217.

Katzenstein A. 1981. Neuere Entwicklung der Hypnosetherapie im englisch-amerikanischen Sprachbereich. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 34-40.

KBV. 2022. 35120 Hypnose. In: EBM. URL: https://www.kbv.de/tools/ebm/html/35120_2900613399985112931648.html [Zugriff am 26.06.2022 16:55 Uhr].

Kiefer J. 2017. Skript Renaissance Barock. In: Vorlesung Geschichte der Medizin, Fachsemester 5, Humanmedizin, FSU Jena, 7-8.

Kleinsorge H, Klumbies G. 1953. Klinische Erfahrungen mit bedingten Reflexen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1953 (Heft 21): 752-760.

Kleinsorge H, Klumbies G. 1959. Psychotherapie in Klinik und Praxis. München, Berlin: Verlag von Urban & Schwarzenberg, V, VI, 237, 302-303, 307, 325, 332, 335-336, 338-340, 346, 378, 380, 383-394, 396-398, 400-415, 419, 423-425, 430-432.

Kleinsorge H, Klumbies G. 1960. Results of Ablation Hypnosis. In: British Journal of Medical Hypnotism, 11 (4).

Kleinsorge H, Klumbies G. 1962. Technik der Relaxation – Selbstentspannung. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 3-5, 47.

Kleinsorge H, Klumbies G. 1969. Technik der Hypnose für Ärzte. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 5, 9-48.

Klumbies A. 2022. E-Mails an die Verfasserin am 7./10./11.01.2022.

Klumbies G. 1951. Zur Ätiologie des Blasensprungs. In: Zentralblatt für Gynäkologie, 73. Jahrgang (Heft 15).

(Klumbies 1951[A]) Klumbies G. 1951. Hypnoseerfolge bei organischen Krankheiten. In: Das deutsche Gesundheitswesen, 6. Jahrgang (Heft 7): 197-198.

Klumbies G. 1952. Psychotherapie des Internisten. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität Jena 1952/53, 35-40.

(Klumbies 1952[A]) Klumbies G. 1952. Ablationshypnose. In: Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, Jahrgang 2 (Heft 6), 221-229.

Klumbies G. 1955. Lagebedingt negative P im EKG. In: Das deutsche Gesundheitswesen, 10. Jahrgang (Heft 14): 513-518.

(Klumbies 1955[A]) Klumbies G. 1955. Untersuchungen über das Wesen der Hypnose. In: Arbeitstagung über kortiko-viszerale Regulationen. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 275-277.

Klumbies G. 1959. Erfahrungen mit der Ablationshypnose bei chronischen Schmerzzuständen. In: Das deutsche Gesundheitswesen, 14. Jahrgang (Heft 46): 2101-2107.

Klumbies G. 1960. Eine kritische Nachprüfung psychotherapeutischer Behandlungsergebnisse. In: Die Heilkunst, September 1960 (Heft 9): 1-3.

(Klumbies 1960[A]) Klumbies G. 1960. Vegetativer Symptomenkomplex einschließlich nervöser Erschöpfungszustände. In: Neurosenprobleme in Klinik und Experiment. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, 99.

Klumbies G. 1961. Notwendigkeit und Formen poliklinischer Psychotherapie. In: Hippokrates, 32. Jahrgang (Heft 18): 730-734.

Klumbies G. 1967. Hypnoseprobleme. In: Völgyesi FA. 1967. Hypnose bei Mensch und Tier. Zweite Aufl. Leipzig: Hirzel-Verlag, 186-192.

Klumbies G. 1968. In memoriam Felix Lommel. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität Jena, 17 (3): 453-455.

Klumbies G. 1971. In memoriam J. H. Schultz. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 23. Jahrgang (Heft 3): 191-192.

Klumbies G. 1977. Fakten und Probleme der Spezialisierung. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität, 26. Jahrgang (Heft 3): 431-440.

Klumbies G. 1978. Der Evolutionsgedanke im klassischen Jena. In: Philosophie und Humanismus; Beiträge zum Menschenbild der deutschen Klassik. Weimar: Hermann Böhlaus Nachfolger, 107-112.

(Klumbies 1978[A]) Klumbies G. 1978. Die Behandlung schwerer Schmerzzustände mit hypnotischer Analgesie. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 143-157.

Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 6-9, 11-28, 30-31, 33.

Klumbies G. 1983. Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. Vierte Aufl. Leipzig: Hirzel-Verlag, V-VII, Einband, 195.

(Klumbies 1983[A]) Klumbies G. 1983. Das klassische Jena und die Geschichte der Medizin. In: Philosophie und Geschichte; Beiträge zur Geschichtsphilosophie der deutschen Klassik. Weimar: Hermann Böhlaus Nachfolger, 234-237.

(Klumbies 1983[B]) Klumbies G. 1983. Die Patientenvorstellung in der Vorlesung. In: Gestaltung des Medizinstudiums 2, 43-48.

Klumbies G. 1985. Okens Naturphilosophie. In: Philosophie und Natur; Beiträge zur Naturphilosophie der deutschen Klassik. Weimar: Hermann Böhlaus Nachfolger.

Klumbies G. 2011. Die Anfänge in Jena 1945-1959. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 63-66.

(Klumbies 2011[A]) Klumbies G. 2011. Psychosomatik und Psychotherapie in Jena nach dem Mauerbau. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 198-201.

König W. 2011. Der Weg zum Facharzt für Psychotherapie. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 261, 268-269.

(König 2011[A]) König W. 2011. Von der Gründung der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie 1960 zur 5. Jahrestagung von Bad Elster 1969. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 153.

Kossak H-C. 1993. Hypnose. In: Vaitl D, Petermann F, Hrsg. 1993. Handbuch der Entspannungsverfahren; Band 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 143-146, 149-150, 152, 157.

Kratochvíl S. 1978. Ausbildung von Hypnotherapeuten. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 217-221.

Kratochvíl S. 1981. Klinische Erfahrungen mit der Hypnose in der ČSSR (II). In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 46-51.

Krause W-R. 2011. Hypnose und Autogenes Training 1945-1979. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 332-337.

(Krause 2011[A]) Krause W-R. 2011. Hypnose und Autogenes Training in den 1980er Jahren. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 555-557.

Kretschmer E. 1943. Medizinische Psychologie. Siebte Aufl. Leipzig: Georg Thieme Verlag, 105, 236-237, 239-242, 246-247.

Kriegel E. 1978. Induktionsmethoden. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 97-106.

Kriegel E, Gaefke I. 1978. Hypnose als Technik zur indirekten Verhaltensbeeinflussung. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 133-142.

Kruse G. 1961. Erfahrungen mit dem autogenen Gruppentraining in der Poliklinik. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1961 (Heft 5): 245-246.

Kumbier E, Steinberg H, Hrsg. 2018. Psychiatrie in der DDR – Beiträge zur Geschichte, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Band 24. Berlin-Brandenburg: be.bra wissenschaft verlag GmbH, 18.

Küsters Y. 2009. Narrative Interviews: Grundlagen und Anwendungen. Zweite Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9.

Lambert F. 1934. Autosuggestive Krankheitsbekämpfung. Zweite Aufl. Radebeul-Dresden: Verlag des Lambert-Coué-Instituts, 31-51, 65-77, 114-119.

Liébeault A. 1895. Hypnotismus und Suggestionstherapie. In: Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionstherapie, Suggestionstherapie und verwandte psychologische Forschungen, 1.1892/93(1893) - 3.1894/95(1895): 11-16.

Liebner K. 1969. Wesen und Indikation von Fremd- und Selbsthypnose. Halle: Habilitationsschrift, zitiert nach: Fikentscher E. 2011. Die Anfänge der Psychotherapie an der Universitätsnervenklinik Halle. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 215.

List E. 2014. Psychoanalyse: Geschichte, Theorien, Anwendungen. Zweite Aufl. Wien: utb, 28.

Maaz H-J. 1981. Hypnose aus vitaler Indikation. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 89-92.

Maaz H-J. 2011. Zur Geschichte der Psychotherapie in der DDR. In: European Journal of Mental Health, 6 (2): 214-217, 219, 225-226, 229.

(Maaz 2011[A]) Maaz H-J. 2011. Der Kampf zwischen autoritärer oder dynamischer Beziehung – am Beispiel der Hypnoseausbildung. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 338-339.

Masuhr KF, Masuhr F, Neumann M. 2013. Neurologie. Siebte Aufl. Stuttgart: Thieme, 125.

Michler M. 1974. Hufeland, Christoph Wilhelm. In: Neue Deutsche Biographie 10, 1-7. URL: https://www.deutsche-biographie.de/artikelADB_pnd118554514.html#ndbcontent_leben [Zugriff am 15.07.2022 13:15 Uhr].

Misselwitz I. 2011. Aufbau der Psychotherapie in der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Universität Jena. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 568-571.

Müller-Hegemann D. 1963. Tagung der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie am 28. und 29. November 1962 in Leipzig. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, 15. Jahrgang (Heft 5): 192-196.

Pásztor E. 2004. Ernő Jendrassik (1858-1921). In: Journal of Neurology. 251 (3): 366. URL: <https://search.proquest.com/openview/45eaadcf6e994eb9cb98c7e2cf5b8380/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47196> [Zugriff am 13.10.2020 11:30 Uhr].

Peter B. 2005. Braid, James. In: Personenlexikon der Psychotherapie. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F3-211-29396-5_40 [Zugriff am 13.10.2020 14:21 Uhr].

Peter B. 2015. Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorf D, Peter B. 2015. Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 817-851.

Pickenhain L. 1978. Bemerkungen zum Problem der altered states of consciousness (der veränderten Bewußtseinszustände). In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 65-72.

Platonow KI. 1953. Suggestion und Hypnose im Lichte der Lehre I. P. Pawlows. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1953 (Heft 1): 1-8.

(Platonow 1953[A]) Platonow KI. 1953. Suggestion und Hypnose im Lichte der Lehre I. P. Pawlows. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1953 (Heft 2): 61-68.

Plöttner G. 2011. Psychotherapie in der KT 1970 – 1980. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 388-391.

Richter-Heinrich E. 2011. Die Klinik für kortiko-viszerale Regulationsstörungen im Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Krankheiten der Akademie der Wissenschaften Berlin-Buch. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 110-112.

Riegel B. 2010. Einführung in die Hypnotherapie - Wissenschaftliche Fundierung und praktische Anwendung. URL: <https://www.grin.com/document/143353> [Zugriff am 28.12.2020 17:26 Uhr].

Ritschl V, Weigl R, Stamm T, Hrsg. 2016. Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 93-98, 112.

Röhrborn H. 2011. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Psychotherapie in der Inneren Medizin – von der Gründung bis zum stillen Ableben. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 594.

Rožnov VE. 1959. Über die Hypnosetherapie des Alkoholismus. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1959 (Heft 11): 663-665.

Rožnov VE. 1981. Die Natur des hypnotischen Zustandes. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 56-61.

Schaeffer G. 1963. Suggestive und übende Verfahren bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen: Ein Sammelreferat über die Literatur der letzten 10 Jahre. In: Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica, 11 (2): 113-127.

Schaeffer G. 1977. Aktuelle psychotherapeutische Probleme aus poliklinischer Sicht. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität, 26. Jahrgang (Heft 3): 510-511.

Schaeffer G. 1978. Hypnose bei der Behandlung der Colitis ulcerosa und einiger Funktionsstörungen des Dickdarms. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 199, 211.

Schnabl S. 2011. Anfänge der Psychotherapie in einem Versorgungskrankenhaus des Gesundheitswesens Wismut in Erlabrunn/ Erzgebirge – Ein persönlicher Rückblick. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 136-140.

Schneebauer C. 2021. Hypnose: eine Trumpfkarte auf der Intensivstation [Interview mit Dr. Barbara Schmidt]. In: Management & Krankenhaus; Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen, 40. Jahrgang (12/2021): 12. URL: <https://www.management-krankenhaus.de/restricted-files/150285> [Zugriff am 24.06.2022 15:28 Uhr].

Schott H, Wolf-Braun B. 1993. Zur Geschichte der Hypnose und der Entspannungsverfahren. In: Vaitl D, Petermann F, Hrsg. 1993. Handbuch der Entspannungsverfahren; Band 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 113-131.

- Schröder C. 2011. Entwicklungslinien der wissenschaftlichen Psychotherapie im 19. und 20. Jahrhundert: Theoretische Innovationen, Schulenprofil, Berufsbild. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 32-34.
- Schultz JH. 1952. Hypnose-Technik; Praktische Anleitung zum Hypnotisieren für Ärzte. Dritte Aufl. Stuttgart: Piscator-Verlag, 6, 7, 9-10, 12, 14, 16-17, 20-23, 26-29, 32, 34-37, 39, 44-46, 48-50, 80-81.
- Seefeldt D. 2011. Vom Kliniksankatorium Heinrich Heine Potsdam/ Neu Fahrland zur BfA-belegten psychosomatischen Rehabilitationsklinik. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 821-829.
- Seidel K. 1979. Professor Dr. sc. med. Gerhard Klumbies zum 60. Geburtstag. In: Medicamentum 12: 16-17.
- Seidler C. 2009. Mitteilungen; Nachruf Kurt Höck (1920-2008). In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 45: 68. URL: <https://docplayer.org/30929967-Mitteilungen-nachruf-kurt-hoeck.html> [Zugriff am 14.10.2020 20:20 Uhr].
- Siegrist J. 2005. Medizinische Soziologie. Sechste Aufl. München, Jena: Elsevier Urban & Fischer, 94-101, 114-140, 358.
- SiSaP 2020. Aus dem Interview von Hariet Kirschner mit Erika Ebstein am 2. Juli 2020, 17, 19, 109, 110.
- SiSaP 2022. SeelenArbeit im Sozialismus. URL: <http://www.seelenarbeit-sozialismus.de> [Zugriff am 08.09.2022 14:45 Uhr].
- Skibbe H. 1977. 100 Jahre Medizinische Universitäts-Poliklinik Jena. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich-Schiller-Universität, 26. Jahrgang (Heft 3): 441-450.
- Sonnenmoser M. 2009. Versunkene Welt; Psychotherapie in der DDR. In: Deutsches Ärzteblatt, März 2009 (Heft 3): 115-116. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63722/Psychotherapie-in-der-DDR-Versunkene-Welt> [Zugriff am 01.10.2022 12:58 Uhr].
- Spiegel D, Kosslyn S. 2004. Glauben ist Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. In: Hypnose und Kognition, 21 (1+2): 119-137.
- Steger F. 2015. Prägende Persönlichkeiten in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1-4, 99-102, 167-171, 191-196.

Steinberg H. 2016. 25 Jahre nach der Wiedervereinigung: Der Versuch einer Übersicht über die Psychiatrie in der DDR. Teil 1: Nachkriegszeit, Pawlowisierung, psychopharmakologische Ära und sozialpsychiatrische Bewegung. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 84 (04): 196-210.

(Steinberg 2016[A]) Steinberg H. 2016. 25 Jahre nach der Wiedervereinigung: Der Versuch einer Übersicht über die Psychiatrie in der DDR. Teil 2: Von pluralistischen Betrachtungsweisen und dem Zusammenbruch in den 1980er Jahren. In: Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 84 (05): 289-297.

Steinberg H. 2017. Die Karriere des Psychiaters Dietfried Müller-Hegemann (1910-1989). URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-016-0270-2> [Zugriff am 14.10.2020 20:26 Uhr].

Strauß B. 2003. Interview zwischen Prof. Strauß und Prof. Klumbies in Jena. Aus dem Privatarchiv von Prof. Strauß, MP3-Datei 25 A_01 I (A), 25 B_01 I (B), 26 A_01 II (A).

Strauß B. 2004. Die Übereinstimmung zwischen Natur und Vernunft kommt nicht dadurch zustande, dass es in der Natur vernünftig zugeht, sondern in der Vernunft natürlich; Gerhard Klumbies – Pionier der Psychosomatik in Ostdeutschland. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2004, 54 (9/10): 387-391.

Strauß B, Geyer M. 2015. Zum Tode Gerhard Klumbies – Pionier der Psychosomatik in Deutschland. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2015, 65 (05): 199-200.

Strauß B, Kirschner H, Paripovic G, Storch M, Gallistl A. 2022. Aufarbeitung der DDR-Psychotherapie als transdisziplinäres Forschungsfeld; Teil I: chronologisch/historische Perspektiven. In: Psychotherapeut 2022, 1-10. URL: <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00599-6> [Zugriff am 29.06.2022 14:41 Uhr].

Szöllösi D. 2010. Adolf Ferdinand Weinhold. In: Institut für Sächsische Geschichte und Volkskunde e.V., Hrsg. Sächsische Biografie. URL: [https://saebi.isgv.de/biografie/Adolf_Ferdinand_Weinhold_\(1841-1917\)](https://saebi.isgv.de/biografie/Adolf_Ferdinand_Weinhold_(1841-1917)) [Zugriff am 15.07.2022 13:04 Uhr].

Teichler J-U. 2002. Der Charlatan strebt nicht nach Wahrheit, er verlangt nur nach Geld; Zur Auseinandersetzung zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und Laienmedizin im deutschen Kaiserreich am Beispiel von Hypnotismus und Heilmagnetismus. Stuttgart: Steiner-Verlag, zitiert nach: Schröder C. 2011. Entwicklungslinien der wissenschaftlichen Psychotherapie im 19. und 20. Jahrhundert: Theoretische Innovationen, Schulprofil,

Berufsbild. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 33.

Thiele G. 1958. Die Medizinische Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1958 (Heft 10): 428-429.

Thormann J, Himmerich H, Steinberg H. 2018. Depressionsforschung in der DDR – Historische Entwicklungslinien und Therapieansätze. In: Kumbier E, Steinberg H, Hrsg. 2018. Psychiatrie in der DDR – Beiträge zur Geschichte, Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Band 24. Berlin-Brandenburg: be.bra wissenschaft verlag GmbH, 275-288.

Tögel I. 2011. Die Psychotherapie-Abteilung an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Leipzig. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 95-98.

(Tögel 2011[A]) Tögel I. 2011. Psychotherapie an der Bezirksnervenklinik Uchtsprunge (1964-1981). In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 196-198.

Trömner E. 1919. Hypnotismus und Suggestion. In: Aus Natur und Geisteswelt; Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen (199. Band). Leipzig, Berlin: Verlag von B.G. Teubner, 9-10.

Tuke DH. 1888. Geist und Körper; Studien über die Wirkung der Einbildungskraft. Dritte Aufl. Jena: Fischer-Verlag, zitiert nach: Schröder C. 2011. Entwicklungslinien der wissenschaftlichen Psychotherapie im 19. und 20. Jahrhundert: Theoretische Innovationen, Schulprofil, Berufsbild. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 33.

Venner M. 1981. Hypnose und Gruppenpsychotherapie. In: Klumbies G. 1981. Hypnosetherapie. Leipzig: Hirzel-Verlag, 65-68.

Venner M. 2011. Die Entwicklung der internistischen stationären Gruppenpsychotherapie in Jena. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 201-203.

(Venner 2011[A]) Venner M. 2011. Psychotherapie in der Inneren Medizin. In: Geyer M, Hrsg. 2011. Psychotherapie in Ostdeutschland. Erste Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 421-426.

Völgyesi FA. 1967. Hypnose bei Mensch und Tier. Zweite Aufl. Leipzig: Hirzel-Verlag, 4-7.

Vollmer G. 1988. Evolutionäre Erkenntnistheorie. Stuttgart: Hirzel-Verlag, zitiert nach: Strauß B, Geyer M. 2015. Zum Tode Gerhard Klumbies – Pionier der Psychosomatik in Deutschland. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 2015, 65 (05): 200.

Wendelborn S. 1995. Die Entwicklung der Klinischen Psychologie im Berlin des ausgehenden 19. Jahrhunderts – dargestellt am Beispiel Albert Moll (1862- 1939). URL: <https://psycharchives.org/handle/20.500.12034/143> [Zugriff am 13.10.2020 11:45 Uhr].

Wendt H. 1978. Indikationen und Kautelen für die Hypnose, Kombinationen mit anderen Verfahren. In: Katzenstein A, Hrsg. 1978. Suggestion und Hypnose in der psychotherapeutischen Praxis. Jena: VEB Gustav Fischer Verlag, 158-166.

Wolffram H. 2012. An Object of Vulgar Curiosity: Legitimizing Medical Hypnosis in Imperial Germany. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. URL: https://scholar.google.de/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=carl+hansen+hypnotism+birth+date+&btnG= [Zugriff am 13.10.2020 13:55 Uhr].

9. Personenverzeichnis

Im Folgenden sind in Verbindung mit Hypnose erwähnte Persönlichkeiten aufgelistet:

Bechterew, Vladimir Michailovič (1857-1927), ein Leningrader Professor für Psychiatrie und Neurologie, befasste sich mit der Hypnose in Behandlung und Lehre (Klumbies 1981).

Berger, Prof. Hans (1873-1941), erforschte das EEG (Klumbies 1981).

Bernheim, Prof. Hippolyte (1843-1917 (Klumbies 1981) bzw. 1840-1919 (Schott und Wolf-Braun 1993)) führte früher selbst Behandlungen mit Magneten durch und war dankbarer Schüler bei Liébeault. 1884 wurde sein bahnbrechendes Werk „Über die Suggestion im hypnotischen und Wachzustand“ herausgegeben, welches der Schule in Nancy zu gutem Ruf in der ganzen Welt verhalf. Bernheim hielt die verbale Form der Hypnose für die menschlichste (Klumbies 1981).

Binswanger, Otto (1852-1929), Sozialpsychiater und Neurologe, erreichte in den 1880er Jahren Jena, wo er Direktor der Psychiatrie und im Folgenden auch Rektor und Dekan wurde. Er zählte als außergewöhnlich beliebter Hochschullehrer, der Patienten sowie Studenten und Assistenten von weither nach Jena anlockte (Klumbies 1981, Steger 2015).

Bleuler, Prof. Eugen (1857-1939), wirkte als Psychiater in Zürich und war für die Lehre der Psychotherapie in der Schweiz zuständig, wobei er auch selbst hypnotisierte und ebenfalls sich hypnotisieren ließ und von seinen Erfahrungen berichtete (Kleinsorge und Klumbies 1959, Klumbies 1981).

Braid, James (1795-1860), war ein Augenchirurg aus Manchester. Er experimentierte bereits an der Selbsthypnose (Klumbies 1981).

Breuer, Dr. Josef (1841-1925), traf 1880 in Wien auf Anna O. (siehe unten). Als sie hypnotisch behandelt wurde, entstand sukzessiv die Methodik der Psychokatharsis, die später die Psychoanalyse hervorbrachte (Klumbies 1981).

Charcot, Prof. Jean-Martin (1825-1893), Neurologe, Internist sowie Pathologe, war Vertreter der Pariser Hypnoseschule (Klumbies 1981, Schott und Wolf-Braun 1993).

Coué, Emile (1857-1926), beschäftigte sich intensiv mit autosuggestiven Methoden (Lambert 1934).

Crodel, Dr. med. Hans-Walther (1919-2017), Chefarzt im Bezirkskrankenhaus in Halle an der Saale, war dort maßgeblich an der Erschaffung einer psychotherapeutischen Abteilung involviert (Geyer 2011).

Erickson, Prof. Dr. med. Milton Hyland (1901-1980), Psychotherapeut und Psychiater aus den USA und „Nestor der amerikanischen Hypnotherapie“ als Gründungspräsident der American Society for Clinical Hypnosis (Katzenstein 1978, Erickson et al. 1991, Kossak 1993, Riegel 2010).

Faria, Abbé (1756-1819), stammte aus Portugal, kam zu Beginn des 19. Jahrhunderts nach Paris und verfügte über Erfahrungen aus Hinterindien. Er prägte die Bezeichnung „Konzentration“ für die Begriffe Magnetismus bzw. Hypnose (Klumbies 1981).

Forel, August (1848-1930), war Ordinarius für Psychiatrie in Zürich. Er unternahm für fünf Tage eine Reise zu Bernheim und „kam als perfekter Hypnotiseur heim“. Sein Assistent und Nachfolger war Bleuler (Klumbies 1981).

Freud, Prof. Sigmund (1856-1939), fand Interesse an der Hypnose durch Hansen. Über seinen Besuch 1889 in Nancy zum Ersten Internationalen Kongress für experimentellen und therapeutischen Hypnotismus äußerte er: „Ich sah den rührenden alten Liébeault bei seiner Arbeit an den armen Frauen und Kindern der Arbeiterbevölkerung.“ Vor allem hegte er Kontakt zu Bernheim, der ihm mehrfach von folgendem Experiment berichtete: Aus dem Somnambulismus erwachende Versuchspersonen, die keine Erinnerung für das eben Stattgefundene hatten, wurde die Hand auf die Stirn gelegt und die Behauptung ausgesprochen, dass sie sich nun wieder an alles erinnern könnten. Und tatsächlich führte diese Wachsuggestion zur Aufhebung der Amnesie.

Auf Freud geht die Übersetzung Bernheims Buch ins Deutsche zurück. Zusammen mit Breuer veröffentlichte er 1895 „Studien über Hysterie“, allerdings jeder mit seinen eigenen Ausführungen zur Entstehung von unbewussten Komplexen. Breuers Theorie zufolge bildete sich durch psychische Traumata selbst ein hypnoider Zustand, während sie Freud als Verdrängung deutete. Freud erschuf die Lehrmeinung der Psychoanalyse (Klumbies 1981).

Galvani, Luigi (1737-1798), unternahm Ende des 18. Jahrhunderts (etwa um 1790) Versuche an Froschschenkeln sowie Überlegungen auf dem Gebiet der Physiologie. Durch ihn gewann die Anschauung, dass Organismen die Elektrizität als Lebenskraft besitzen, weite Verbreitung (Hochadel 2019).

Gassner, Johann Joseph (1727-1779), betrachtete eine „magisch-mysterische Krankheitslehre“, wobei anhand von Exorzismusformeln befehlhaft auf Beschwerden eingewirkt werden sollte (Riegel 2010).

Hansen, Carl (1833-1897), ein Bühnen- und Schauhypnotiseur aus Dänemark, begegnete Heidenhain 1880 in Breslau (Klumbies 1981, Peter 2005, Wolfram 2012).

Heidenhain, Prof. Rudolph H. (1834-1897), arbeitete als Physiologe in Breslau und fand durch Hansen, auf den er im Jahre 1880 in derselben Stadt traf, Anregung, selbst zu hypnotisieren. Heidenhain führte mit Hilfe einfacher Reize ermüdende Wirkungen herbei und bediente sich damit dem Prinzip der Reizmonotonie mittels eines Metronoms oder dem Ticken von Uhren. Er befasste sich ebenfalls mit Hypnosen bei Tieren. Zu seinen Schülern zählten Pawlow und Binswanger (Klumbies 1981).

Heidrich, Prof. Dr. Dr. Richard, war Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie Erfurt (Geyer 2011, Krause 2011). Genaue Lebensdaten lassen sich nicht auffinden.

Hess, Dipl.-Psych. Helga (geb. 1940), befasste sich mit psychotherapeutischen Interventionen in Gruppenform und war unter anderem im Vorstand der Sektion „Dynamische Gruppenpsychotherapie“ der GÄP tätig (Geyer 2011).

Höck, Kurt (1920-2008), war Obermedizinalrat sowie Ärztlicher Direktor des Hauses der Gesundheit in Berlin. Er galt als Bahnbrecher der Gruppenpsychotherapie in der DDR und verwandte in seinen Einrichtungen in suggestivtherapeutischer Hinsicht nur das autogene Training. Ab 1969 gab es unter Höck die Sektion „Dynamische Gruppenpsychotherapie“ in der GÄP (Klumbies 1981, Seidler 2009, Maaz 2011).

Hohenheim, Prof. Dr. med. Theophrastus Bombastus von (1494-1541), siehe Paracelsus.

Hufeland, Prof. Christoph Wilhelm (1762-1836), befasste sich mit Mesmers Ansichten und wurde Vorsitzender der 1812 ins Leben gerufenen „Kommission zur Prüfung des Magnetismus“. Zudem war er Arzt von Schiller und Goethe. An der Universität Jena wurde er in Anatomie ausgebildet, lehrte dort und veröffentlichte Schriften über Medizin (Michler 1974, Peter 2015).

Jendrassik, Ernő (1858-1921), geboren in Rumänien, studierte Medizin an der Universität in Budapest. Erste Veröffentlichungen von ihm über Reflexe gewannen internationale Anerkennung, sodass er als Pionier der Neurologie galt (Pásztor 2004).

Katzenstein, Prof. Dr. phil. habil. Alfred (1915-2000), war am Berliner Zentral-Institut für Herz-Kreislauf-Regulationsforschung der Akademie der Wissenschaften der DDR tätig (Katzenstein 1978).

Kleinsorge, Prof. Dr. med. habil. Hellmuth (1920-2001), siehe Biografie unter 5.2.1

Klumbies, OMR Prof. Dr. med. Gerhard Klumbies (1919-2015), siehe Biografie unter 5.2.2

Kohler, Christa (1928-2004), brachte die Kommunikative Psychotherapie in Leipzig hervor (Steinberg 2016, Steinberg 2016[A]).

Kretschmer, Ernst (1888-1964), war ein Psychiater und Neurologe aus Tübingen und besaß Erfahrungen mit Kriegsneurotikern (Klumbies 1981).

Lambert, Fritz (1882-1952), war Meisterschüler bei Coué, dem Gründer der neuen Schule von Nancy (Lambert 1934).

Langen, Prof. Dietrich (1913-1980), Schüler bei Kretschmer, Direktor der Universitätsklinik und -poliklinik für Psychotherapie in Mainz und zwischen 1972 und 1973 Präsident der International Society for Clinical and Experimental Hypnosis (Klumbies 1981, Peter 2015).

Lemke, Rudolf (1906-1957), war ein Neurologe aus Jena (Steinberg 2016, Thormann et al. 2018).

Leonhard, Karl (1904-1988), entwickelte die Individualtherapie und war Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité (Klumbies 1981).

Liébeault, Dr. Ambroise Augustin (1823-1904), war ein Landarzt in der Gegend von Nancy. Nach seinem Vorbild erfolgte die Hypnose bis zur Gegenwart. Liébeaults Beschäftigungsgebiet umfasste die Suggestion. Er prägte diesen Begriff basierend auf Braids Definition der psychischen Beeinflussung. 1880 traf er auf Bernheim, der damals als Oberarzt in der Psychiatrischen Klinik in Nancy tätig war. Von Liébeault stammte ein Buch mit dem Titel „Vom Schlaf und analogen Zuständen“ aus dem Jahre 1866 (Klumbies 1981).

Lommel, Prof. Felix (1875-1968), wurde 1909 Leiter der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Jena und war als Dozent, unter anderem von Kleinsorge, sehr beliebt (Klumbies 1968).

Mesmer, Dr. phil. Dr. med. Franz Anton (1734-1815), gehörte das Gartentheater, in dem Mozart seine Uraufführung von „Bastien und Bastienne“ spielte und damit seinen ersten Singspielerfolg hatte. Mesmer gelang 1778 der Eintritt in die Bayerische Akademie der Wissenschaften nach München. Er hatte später in Paris so großen Zulauf, dass er zu Therapien in Gruppen veranlasst wurde (Klumbies 1981). Durch seine Magnetkuren gewann er an Popularität und war gleichzeitig im medizinisch-wissenschaftlichen Milieu

äußerst umstritten. Er besäße energische Kräfte, die eine Rekonvaleszenz vermitteln und intensiviert diese Wirkungen mit der Verwendung von Magneten (Steger 2015).

Moll, Albert (1862-1939), Hypnotismusforscher, Anhänger der Schule von Nancy und Verbreiter dortiger Erkenntnisse in Deutschland, erreichte um die Jahrhundertwende in Berlin, dass jede Krankenkasse Hypnosetherapeuten voll anerkennt (Klumbies 1981, Wendelborn 1995).

Müller-Hegemann, Dietfried (1910-1989), war maßgeblich in der Errichtung einer Psychotherapie-Abteilung in Leipzig involviert, nachdem in Jena zuvor solch eine Abteilung eingerichtet wurde (Klumbies 1981, Steinberg 2017). Müller-Hegemann vertrat die Rationale Psychotherapie. Da ab 1965 die Pawlow'sche Lehre von der höheren Nerventätigkeit den theoretischen Grundstein bilden sollte, wurden – ausdrücklich gegen psychodynamische Methoden – Therapieverfahren wie das autogene Training, Hypno- & Suggestivtherapie, „methodische Aussprachen“ und vor allem die medikamentenbasierte Schlaftherapie genutzt. Er führte die 1970 erschaffene Sektion „Geistige Gesundheit“ an (Maaz 2011). Zudem zählte Müller-Hegemann als „einflussreichste[r] psychotherapeutische[r] Fachpolitiker“ zu Beginn der DDR-Zeit (Geyer 2011).

O., Anna („Anna O.“) war eine 21-jährige Patientin mit partiellen Lähmungen sowie Sehstörungen. Sie wurde über zwei Jahre von Breuer betreut. Er führte ein affektlösendes Wiedererleben traumatisierender Szenen bei der langen Pflege ihres kranken Vaters herbei, wonach die Symptome vermindert auftraten. Breuer tat diese Krankengeschichte dem befreundeten Studenten Freud kund, der aus den Beobachtungen dieses Kasus' das Vorgehen der „freien Assoziation“ als eine wesentliche psychoanalytische Technik hervorbrachte (Klumbies 1981, List 2014).

Oken, Prof. Lorenz (1779-1851), war Naturphilosoph und -forscher sowie Professor der Medizinischen Fakultät der Universität Jena (Skibbe 1977, Büttner 1999).

Paracelsus, eigentlich Prof. Dr. med. Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1494-1541), wurde 1515 Doktor der Medizin an der Universität Ferrara, später Stadtarzt und Professor der Medizin in Basel um 1527/28. Seine Hauptleistungen lagen mit der Lehre von der richtigen Dosierung auf dem Gebiet der pharmazeutischen Chemie (Kiefer 2017).

Pawlow, Prof. Ivan Petrovič (1849-1936), war Professor für Physiologie in Leningrad und des Weiteren Nobelpreisträger. Als Schüler von Heidenhain, auf den die Idee der zentralen Inhibition und Exzitation zurückgeht, stieß er in Breslau auf das Themengebiet der Hypnose, fand Interesse daran und löste eine Welle des wissenschaftlichen Hypnotismus aus. Er

plädierte für die Einheit von Hypnose und Schlaf (Klumbies 1981, Rožnov 1981, Peter 2005).

Platonow, Konstantin (1877-1969), war Schüler unter Pawlow (Klumbies 1981, Krause 2011).

Preyer, Prof. William Thierry bzw. im Deutschen Wilhelm (1841-1897), war ein gebürtiger Engländer und Physiologie-Professor in Jena, der mit Binswanger kooperierte. Er unternahm wissenschaftliche Experimentalreferate, unter anderem auch in Cambridge (Klumbies 1981, Wendelborn 1995, Peter 2005, Jena Gedenktafel).

Rožnov, Prof. Dr. sc. med. V.E., war Leiter des Lehrstuhls für Psychotherapie des Zentralinstituts für Ärztliche Fortbildung in Moskau (Klumbies 1981). Seine Lebensdaten und die exakten Vornamen sind nicht auffindbar.

Schaeffer, Dr. med. Gerhard (wahrscheinlich 1921-1985), war Oberarzt und Leiter der Psychotherapie-Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena seit 1960 bis zu seinem Tod 1985 (Klumbies 1981, Klumbies 2011[A]).

Schultz, Johannes Heinrich (1884-1970), entwickelte das autogene Training (Klumbies 1981).

Speer, Prof. Ernst (1889-1964), der sich 1943 an der Jenaer Universität habilitierte, hatte vor Ende des Zweiten Weltkrieges den ersten Lehrstuhl für Psychotherapie in Deutschland inne (Klumbies 1981, Geyer 2011).

Stelter, Frau Dr., war Mitarbeiterin in der Jenaer Poliklinik und berichtete über Eindrücke aus Hypnosesitzungen (Kleinsorge und Klumbies 1959). Vorname und Lebensdaten waren nicht zu eruieren.

Venner, Dr. med. Margit Julia (geb. 1937), war Stationsärztin und ab 1985 Leiterin der Psychotherapie-Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Klumbies 1981, Geyer 2011, Klumbies 2011[A]).

Vogt, Prof. Oskar (1870-1959), vertrat seit jeher das Interesse am Leib-Seele-Problem und kam deswegen schon als Student nach Jena (Klumbies 1981). Er wird als Gründer des „wissenschaftlichen Hypnotismus in Deutschland“ gehalten. Dank seines Engagements konnte das Verständnis und Wissen um die Hypnose in Deutschland weiterentwickelt werden (Krause 2011).

Völgyesi, Dr. Franz Andreas (1895-1967), war Facharzt für Neurologie und gerichtliche Medizin am Krankenhaus mit Poliklinik in Budapest-Nord (Völgyesi 1967). Klumbies und Völgyesi erwähnten sich in Publikationen gegenseitig (Klumbies 1951[A], Klumbies 1967).

Weinhold, Prof. Adolf Ferdinand (1841-1917), war als Physiker auf dem Gebiet der Elektrotechnik an den Technischen Staatslehranstalten in Chemnitz tätig (Szöllösi 2010).

Wendt, Prof. Dr. med. habil. Harro (1918-2006), ärztlicher Direktor der Bezirksnervenklinik in Uchtspringe in der Altmark, bemerkte, dass Hypnoseerscheinungen schon beobachtet und verbreitet wurden, bevor die Psychotherapie systematisiert wurde (Katzenstein 1978, Krause 2011, Steinberg 2016).

10. Anhang

10.1 Erhebungsmaterial

Abschrift des literaturanalytisch untersuchten Archivtextes zur Eruiierung des Menschenbildes (unter 5.6) aus dem Universitätsarchiv Jena, Bestand S/ III Abt. VII, Nr. 04, undatierte „EntschlieÙung“, Seite 1-3:

EntschlieÙung

Der Parteigruppe Medizinische Poliklinik und Zahnklinik

„Die Parteigruppe stellt fest, daÙ sie bisher faktisch in einer Art „Illegalität“ gelebt hat.

Wir sehen die Ursache dazu in 1. Linie in ideologischen Unklarheiten in unseren eigenen Reihen. Weit verbreitet ist die falsche Ansicht, die Kliniksdirektoren würden jeden Vorschlag der Partei als unzulässigen Eingriff in ihre Befugnisse betrachten und zurückweisen, bzw. Kritik an vorhandenen MiÙständen unterdrücken. Wir haben uns in den vergangenen Wochen und Monaten davon überzeugen müssen, daÙ solche sektiererischen Anschauungen keinerlei Berechtigung haben und daÙ sie andererseits einigen Genossen zum Vorwand dienten, selber nichts zur Durchsetzung der Beschlüsse der Partei zu tun. Die besten Vorschläge und Beschlüsse können jedoch nur verwirklicht werden durch die Arbeit jedes einzelnen Mitgliedes und Kandidaten unserer Parteigruppe, die darauf gerichtet sein muÙ, selbst vorbildlich zu arbeiten und alle parteilosen Mitarbeiter der Klinik von der Richtigkeit unserer Beschlüsse zu überzeugen und sie zur Mitarbeit zu gewinnen. Gerade daran hat es bisher gefehlt.

Die Parteigruppe ist entschlossen, diesen Zustand zu überwinden und ein echtes Vertrauensverhältnis zu den Parteilosen in unserem Arbeitsbereich herzustellen, wie es auf übergeordneten Ebenen in der Universität seit längerer Zeit besteht und sich bewährt hat. Die Grundlage für eine enge Zusammenarbeit mit den Parteilosen ist die Tatsache, daÙ wir objektiv gleiche Interessen haben. Wir sind der Ansicht, daÙ es vor allem an uns liegt, in welchem Maße und in welcher Zeit es uns gelingt, jeden Einzelnen davon zu überzeugen, daÙ die Politik unserer Partei den wirklichen Lebensinteressen jedes Bürgers der DDR entspricht und ihn zur aktiven Mitgestaltung unseres Lebens zu gewinnen.

Die Beschlüsse des ZK unserer Partei verlangen von uns, für das höchste Niveau in Lehre, Forschung und ärztlicher Versorgung zu kämpfen. Wir sind der Meinung, daß man dieses Niveau nur erreichen kann, wenn es uns gelingt, alle Mitarbeiter der Klinik - von der Reinemachfrau über das mittl. Med. Personal, alle Ärzte und wissenschaftliche Mitarbeiter bis zum Direktor - für diese Aufgabe zu interessieren und ihre bewusste schöpferische Mitarbeit an der Lösung aller Probleme zu erreichen. Wir sind der Überzeugung, daß gerade in der bewußten, verantwortlichen Mitarbeit aller die großen Potenzen unserer sozial. Gesellschaftsordnung liegen, die es uns ermöglichen, den Kapitalismus zu überholen. Denken ist die erste Bürgerpflicht.

Bei der Vielzahl von Aufgaben, die vor uns stehen, betrachtet die Parteigruppe die Reform des Medizinstudiums als das Hauptkettenglied, das man fest anpacken muß, um schließlich die Lösung der anderen Aufgaben zu erreichen. Wir wissen, daß jetzt die volle Bedeutung dieses Problems noch nicht von allen Mitarbeitern erkannt wird. So gibt es z.B. die Ansicht, mit den bisher durchgeführten Veränderungen im Ausbildungsgang der Medizinstudenten sei die Reform für uns bereits abgeschlossen. Die Studienreform wird unserer Meinung nach zu einer vollständigen Veränderung unserer eigenen täglichen Arbeit führen und von jedem Einzelnen ungleich mehr medizinische, pädagogische und politische Kenntnisse und Fähigkeiten verlangen, als das bisher der Fall gewesen ist. Wir glauben, daß man sehr gründlich die Arbeitsorganisation, die Arbeitsatmosphäre und den Arbeitsstil in der Klinik untersuchen muß, um den Studenten, die jetzt verstärkt Einblick in unsere Einrichtung erhalten, wirklich Beispielhaftes und Vorbildliches zeigen zu können. Dazu wird notwendig sein, die Arbeit jedes einzelnen Mitarbeiters unter dem Gesichtspunkt zu analysieren, wie weit er selber bereits Vorbild im Verantwortungsbewußtsein, in Gründlichkeit und im logischen Denken ist. Jede Selbstzufriedenheit ist unserer Sache schädlich.

Die Parteigruppe wird sich dafür einsetzen, daß alle die Notwendigkeit und Wichtigkeit des Prinzips der Einzelleitung verstehen und wir die Autorität des Kliniksdirektors in jeder Weise

festigen helfen. Gleichzeitig werden wir uns dafür einsetzen, daß alle Meinungen, Vorschläge und Kritiken, die einer Verbesserung der Arbeit dienen können, beachtet und verarbeitet werden. In diesem Zusammenhang begrüßen wir die Schaffung eines Aktivs zu diesem Zweck, die auf Initiative des Direktors der Klinik erfolgte. Wir beauftragen unseren Vertreter in diesem Aktiv, die Lösung folgender Probleme anzustreben und werden selbst Vorschläge dazu unterbreiten.

Zur Durchsetzung unserer Ziele beschließen wir:

- I. Wir werden einen engen Kontakt zum Direktor der Klinik herstellen und mit ihm regelmäßig unsere Probleme beraten.
- II. Innerhalb der AGL werden wir durch unsere Genossen für die Durchsetzung der Beschlüsse unserer Partei eintreten.
- III. Wir werden uns bemühen, neue Kandidaten für unsere Partei zu gewinnen.

10.2 Danksagung

Mein Dank gilt folgenden Personen, die mich während der Arbeit an meiner Dissertation unterstützt haben:

- Herrn Prof. Dr. phil. habil. Strauß für die Überlassung dieses Themenbereiches im Rahmen des Projektes „Seelenarbeit im Sozialismus“ (SiSaP), für konstruktives Feedback, die Beantwortung meiner Fragen sowie für die Möglichkeit der work-in-progress-Präsentation meines Vorhabens am 26. August 2021 im SiSaP-Kolloquium,
- Frau Dr. Arp für die Begleitung und regelmäßigen Konsultationen von der Themensuche bis hin zur Einreichung, für die Einführung ins historische Arbeiten im Universitätsarchiv, für Ratschläge bei der Suche nach Materialien sowie für hilfreiche Antworten bei jeglichen Fragen zu Inhalt, Quellenangaben und zum Zitieren,
- Frau M.A. Dipl.-Archivarin Seifert und Herrn M.A. Dudek vom Universitätsarchiv Jena für die Hilfestellung bei der Suche nach konkreten Archivalien, für die Bereitstellung der Findbücher und Akten sowie für die Reproduktion ausgewählten Archivguts,
- den Söhnen von Prof. Klumbies für die Ausleihe einer Materialiensammlung mit Sonderdrucken ihres Vaters sowie für die Zusendung von Fotos und die ausführliche Beantwortung meiner Fragen per Mail,
- Frau M.A. Kirschner für die freundliche Introduction ins SiSaP-Projekt am Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie Jena (IPMPP),
- den Sekretärinnen des Instituts für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie Jena (IPMPP) Frau Berger und Frau Marcu für die Hilfe bei organisatorischen und formellen Angelegenheiten,
- Frau Dipl.-Bibl. Schaft vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Jena für die Bereitstellung von Materialien aus der Institutsbibliothek,
- meiner Mutti für Hinweise bei Ausdruck, Rechtschreibung und Zeichensetzung,
- meinen Eltern für die Ermöglichung des Humanmedizinstudiums und die fürsorgliche Unterstützung in jeglicher Hinsicht während dieses Lebensabschnittes,
- meinem Zwillingbruder, meinen Schwieger- und Großeltern sowie meiner Kommilitonin Franzi für den herzlichen Beistand während meines sechsjährigen Studiums &
- meinem Ehemann für die liebevollen Momente und die verständnisvolle Unterstützung, die mir die Ruhe und Motivation für das Voranbringen dieser Dissertation schenkten.

10.3 Lebenslauf

Der Lebenslauf wird in der elektronischen Version meiner Arbeit aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht veröffentlicht.

10.4 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

mir die geltende Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe, keine Textabschnitte eines Dritten oder eigener Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben habe,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

Herr Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß und Frau Dr. Agnès Arp,

die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe,

eine gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung bei einer anderen Hochschule als Dissertation nicht eingereicht wurde.

Jena, den 15. März 2023