

Medizinische Universität Graz

Hypnose in der Palliativmedizin

Stellt die Hypnose eine unterschätzte Ergänzung zur Schulmedizin in der Palliativmedizin dar?

Maximilian Kraßnitzer, 0933333, 03.04.1990

Betreuer:

Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz Albert-
Schweitzer-Gasse 36
8020 Graz

18.02.2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung:	4
Deutsch:	4
Englisch:	4
1 Einleitung	5
2 Geschichte	6
2.1 Geschichte der Palliativmedizin	6
2.2 Geschichte der Hypnose	6
3 Begriffserklärungen	7
3.1 Palliativmedizin	7
3.2 Hypnose	9
3.2.1 Suggestibilität	9
3.2.1.1 Tests zur Bestimmung der Suggestibilität	9
3.2.2 Trance	10
3.2.3 Hypnose und Hypnotherapie	10
3.2.3.1 Psychologische Theorien	11
3.2.3.2 Neurobiologische Grundlagen der Hypnose	12
4 Anwendung	13
4.1 Patienten- und Patientinnenauswahl	13
4.2 Anamnese	14
4.3 Induktionsverfahren	15
4.3.1 Kopfnicken:	16
4.3.2 Fall- oder Schwankversuch: der „magnetische Ritter“:	17
4.3.3 Pendelversuch	17
4.3.4 Ideomotorische Bahnung	17
4.3.5 Lidschlussübung	18
4.3.6 Augenroll- und Atemübung nach Spiegel	19
4.3.7 Levitationsübung	19

4.3.8 Schreckhypnose und Turboinduktion	20
4.3.9 Geschichtenerzähler Methode („Storytelling“- Methode)	20
4.3.10 Hypnoseinduziertes Bild	21
4.4 Hypnosetiefe	21
4.5 Posthypnotische Suggestion	21
4.6 Rücknahmetechniken.....	22
4.7 Selbsthypnose	23
5 Hypnose und ihre Wirkung auf Schmerzempfindung.....	23
6 Hypnose als Behandlungsmöglichkeiten von Nebenwirkungen der Chemo- und Strahlentherapie	26
7 Hypnose und Entspannungstechniken	27
8 Hypnose und Dyspnoe	28
9 Forschungsergebnisse	28
10 Einbindung der Hypnose in eine ganzheitliche Behandlung	30
11 Diskussion.....	30
12 Literaturverzeichnis	32
13 Anhang:.....	36

Zusammenfassung:

Deutsch:

Die Palliativmedizin stellt in der heutigen Gesellschaft eine wichtige Disziplin der Schulmedizin dar. Es kommt, aufgrund des Patienten- und Patientinnenkreises, früher als bei anderen Disziplinen zu einer Anwendung von alternativen Behandlungsmethoden, zu jenen auch die Hypnose zählt. Die Durchführung einer Hypnose wird in dieser Arbeit genau beschrieben, so wie ihre verschiedenen Anwendungsgebiete erläutert. Es zeigt sich, dass die Hypnose nicht für alle Patienten und Patientinnen eine Behandlungsalternative darstellt, man kann davon ausgehen, dass sie nur bei ungefähr 10% Patient nachweislich zu den gewünschten Ergebnissen führt. Ebenso zeigt sich ein Mangel an kritischer Auseinandersetzung zu dem Thema, der unbedingt beseitigt werden sollte.

Englisch:

In the modern day society Palliative Medicine turns out to be a very important discipline in medicine. Due to the patient's health status, alternative medicine is often earlier applied than in other medical disciplines. Hypnosis is considered as part of alternative medicine. This thesis exemplifies the procedure and application fields of hypnosis. It turns out that the hypnosis is not a method everybody can be treated with. Only roughly 10% of the patients respond positively to hypnosis. There also seems to be a lack of scientific criticism towards the method of hypnosis which should be made up.

Hypnose in der Palliativmedizin-

Stellt die Hypnose eine unterschätzte Ergänzung zur Schulmedizin in der Palliativmedizin dar?

1 Einleitung

In der heutigen Gesellschaft stellt die Palliativmedizin eine wichtige Disziplin der Schulmedizin dar, sie hilft nicht nur Erkrankten, sondern entlastet, so wie Hospize Einrichtungen, die Angehörigen. Deswegen sollte es im besonderen Interesse der Gesellschaft liegen, die Versorgung jener Personen so gut wie möglich zu gewährleisten.

In dem Bereich der Palliativmedizin beginnt die Schulmedizin bereits früher, als in manch anderen Disziplinen, mit der Einbindung von alternativen Methoden zur Schulmedizin. Zu diesen zählen unter anderem autogenes Training, Hypnose, Kräutertherapien, Audiotherapien und Wärmetherapien.

In der folgenden Arbeit werde ich der Frage auf den Grund gehen ob, „Die Hypnose eine wirksame Ergänzung für Palliativpatienten und –patientinnen darstellt“.

Die Hypnose zählt historisch betrachtet, zu einer bereits sehr früh angewendeten Methode. Jedoch gab es im vergangenen Jahrhundert, durch das Aufkommen von gut wirksamen Arzneimitteln, eine Abwendung von Behandlungsmethoden dieser Art.

Beginnend werde ich die Geschichte der Hypnose aufgreifen, so wie auch die der Palliativmedizin, danach werde ich die Begriffsdefinitionen erläutern. Verschiedene hypnotherapeutischen beziehungsweise palliativmedizinische Möglichkeiten werden dargestellt.

Im darauf folgenden Teil gehe ich auf die Möglichkeiten der Hypnose, als Behandlung für weit verbreitete Symptome (Schmerz, Übelkeit, Schwindel, Atemnot et cetera) in der Palliativmedizin ein.

Anschließend werde ich aktuelle Forschungsergebnisse, so wie die Integration der Hypnose in eine multimodale Behandlung behandeln.

Am Ende der Arbeit folgt die Diskussion, so wie die Beantwortung der Forschungsfrage.

2 Geschichte

2.1 Geschichte der Palliativmedizin

Lange Zeit war die einzige Möglichkeit der Behandlung eine rein kurative ohne wirkliche therapeutische Ansätze. Es wurden bis in die Neuzeit lediglich Parasiten entfernt, Prothesenentwicklung für Kriegsoffer betrieben, beziehungsweise präventiven Maßnahmen, wie der Einsatz von Pestmasken (1, S 147)

Bereits im alten Byzanz wurden Xenodochien (Herbergen) gegründet um einen Ort für die Pflege Kranker zu gewährleisten. Im alten Rom nannte man diese Einrichtungen Hospitium (Gasthaus). Im 18. Jahrhundert wurden dann spezielle Einrichtung für die Behandlung von Sterbenden und schwer Erkrankten eröffnet, zum Beispiel in Lyon und Dublin (2, S 4)

Die Palliativmedizin, wie wir sie heute kennen, hat ihre Anfänge im Jahr 1967. Zu den Begründerinnen zählte vor allem Cicely Saunders (1918-2005), durch ihre Gründung des St. Christopher's Hospice in London kann man vom Beginn der klinischen Forschung der Palliativmedizin betrachten. Sie spezialisierte sich auf die Schmerzbehandlung ihrer Patienten mit Hilfe von Morphinen und deren effizienteren Einsatz. Sie verstarb 2005 in ihrem selbst gegründeten Hospiz in London(1, S 147).

Die Palliativmedizin, beziehungsweise Hospizbewegung entwickelt sich in Österreich relativ spät, um 1991 kommt es zur Gründung eines Hospizes in Wien und erst 1999 zur Gründung der Österreichischen Palliativ Gesellschaft, die zusammen mit der Deutschen Palliativ Gesellschaft, das Magazin Palliativmedizin herausgibt(3).

2.2 Geschichte der Hypnose

Erste Anwendungen der Hypnose lassen sich bereits im alten Ägypten nachweisen. Damals wurden Gläubige in Tempeln hypnotisiert, um in Kontakt mit höheren Wesen zu treten (4, S 1).

Im 18. Jahrhundert kann man von einem Beginn der Hypnose als eigenständiges Forschungsfeld sprechen. Beginnend mit den Dorfpfarrer Franz Joseph Gassner (1727-1779), der an sich, auf Grund von starken Kopfschmerzen und Schwindel, hinter dessen Ursache er den Teufel vermutete, einen Exorzismus vollführte. Dieser führte zu einer Linderung der Beschwerden und er wandte daraufhin diese Technik auch bei anderen Personen an. Heute geht man davon aus, dass diese Form des Exorzismus eine Form der hypnotischen Schmerzkontrolle war (5).

Franz Anton Mesmer (1734-1815) gilt als Begründer des sogenannten „animalischen Magnetismus“ und ebenso als Vater der Hypnose (6). Bei der Theorie des „animalischen Magnetismus“ ging man davon aus, dass es durch ein Ungleichgewicht des körpereigenen Magnetfelds zu verschiedenen Krankheiten kommt. Dabei strich er mit seinen Händen über den Körper des zu Behandelnden, um dessen Magnetfeld wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Diese Technik wurde später auch als Mesmerisieren bekannt, daraus entstand der englische Begriff „to mesmerize“= dt. hypnotisieren. Aus dieser Technik entwickelte sich später der Hypnotismus (1840) und darauf folgend die hypnotische Suggestivtherapie. Um 1900 wurden diese dann von der Psychoanalyse abgelöst. Es gibt zahlreiche Berichte von erfolgreichen Schmerzkontrollen, jedoch blieb die Methode bis ins 20. Jahrhundert stark umstritten und wurde mit dem Aufkommen von Äther und Chloroform um 1850 obsolet (5).

Als Begründer der modernen Hypnose gelten Ernest Hilgard und allem voran Milton H. Erickson. Erickson berichtete bereits 1959 über „Hypnosis in painful terminal illness“ und er verhalf sich auch selbst, durch seine Methodik der Selbsthypnose, Schmerzlinderung (1 S 147).

3 Begriffserklärungen

3.1 Palliativmedizin

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliativmedizin folgendermaßen: „Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“ (42)

Zweitere Definition ist jene der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die sich, im Gegensatz zur der WHO zusätzlich auf die Angehörigen der Patienten oder Patientinnen bezieht.

„Die Palliativmedizin widmet sich unheilbar kranken Menschen mit fortgeschrittenem Leiden unabhängig von der Diagnose. Sie trägt dazu bei, dem Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Sie unterstützt auch die Angehörigen der Schwerstkranken. Dies erfordert eine möglichst ganzheitliche, individuelle Behandlung, Pflege und Begleitung zur Linderung der körperlichen Beschwerden und Unterstützung auf psychischer, spiritueller und sozialer Ebene.“ (7)

Durch die Definitionen wird klar, dass es sich bei Palliativpatienten und -patientinnen, um Personen in sehr belastenden psychischen, wie physischen Lebenslagen handelt, die besondere Unterstützung benötigen. Ziel der Palliativmedizin ist es also nicht die Heilung der vorliegenden Krankheit, sondern vielmehr, die Befindlichkeit der Behandelnden zu verbessern und sie in ihrer verbliebenden Lebensphase mental zu unterstützen (7).

Cicely Saudners, Begründerin der modernen Palliativmedizin (siehe Kapitel Geschichte der Palliativmedizin), formuliert folgende Ziele, beziehungsweise Grundsätze der Palliativmedizin:

- „Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl
- Beachtung der physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Belange des Patienten und seines Umfeldes
- „high person, low technology“
- individuelle Behandlung im multidisziplinären Team über 24 h
- Offenheit und Wahrhaftigkeit als Vertrauensgrundlage im Team
- Spezialisten stehen für die Symptomkontrolle zur Verfügung
- speziell geschultes Pflegepersonal für fachliche Pflege
- Integration von Ehrenamtlichen
- Zentrale Koordination des Teams
- Betreuung von Patient und Angehörigen über den Tod hinaus
- Bejahung des Lebens, Akzeptanz des Todes = strikte Ablehnung aktiver Sterbehilfe nach Cicely Saunders, 1977 „(2)

Der Großteil der Patientinnen und Patienten der Palliativmedizin besteht aus jenen, mit malignen Tumorerkrankungen. Laut Cancer Research UK betrug die Neuerkrankungsrate 2008 bei malignen Erkrankungen circa 12,7 Millionen, die Letalität belief sich auf circa 7.6 Millionen(9). Daraus wird ersichtlich, dass die Versorgung jener Menschen zu einer Herausforderung für die Schulmedizin, Angehörige und die Person selbst darstellt. Die WHO stellt deswegen die Palliativmedizin auf eine ihrer höchsten Prioritätsstufen (3, S 1).

Folglich ist die hauptsächlich verwendete Behandlungsmethode, je nach Art des Erkrankung, Strahlentherapie und, oder Chemotherapie. Deswegen zählt es ebenfalls zu den Hauptaufgaben der Palliativmedizin, die Nebenwirkungen dieser Therapien so gut wie möglich unter Kontrolle zu bringen und den Menschen ein Ableben ohne große Einschränkungen und in Würde zu ermöglichen.

Palliativstationen sind zumeist, so wie im Universitäts Klinikum Graz, in eine onkologische Klinik eingegliedert.

3.2 Hypnose

Im folgenden Teil werden die verschiedenen, für eine Hypnose wichtigen Bestandteile erläutert, um die Hypnose an sich verständlicher zu machen.

3.2.1 Suggestibilität

Suggestibilität kann als ein Persönlichkeitsmerkmal verstanden werden, dass die Empfänglichkeit einer Person gegenüber Suggestion beschreibt. „Suggestionen sind Gedanken und Vorstellungen, die einem anderen überzeugend dargeboten und von diesem aufgegriffen und imaginativ umgesetzt werden“ (10, S 677). Circa 10% der Menschen gelten als hochsuggestibel, 80% mehr oder weniger suggestibel und 10% als wenig suggestibel (10). So ist Suggestibilität als eine angeborene Fähigkeit zu sehen, welche jedoch trainiert werden kann. Einen weiteren Einfluss auf die Suggestibilität hat dabei die persönliche Einstellung zu Hypnose, so wie das Vertrauen in den Therapeuten (10).

Es wurde der Begriff „hypnotische Suggestibilität“ für die Intensität der Person gegenüber, den vom Hypnotiseur, hervorgerufenen motorischen Verhaltensweisen (z.B.: Unbeweglichkeit) beziehungsweise Wahrnehmungen (z.B.: Durst) verwendet (11). Heutzutage erfolgt diese Suggestion jedoch indirekt, beziehungsweise ohne, dass dies der beeinflussten Person unmittelbar deutlich ist. Auch richtet sich Suggestion heutzutage kaum auf motorische oder sensorische Reaktionen erzeugt, sondern bezieht sich auf Erinnerungsinhalte (11).

3.2.1.1 Tests zur Bestimmung der Suggestibilität

Zur Testung der Suggestibilität gibt es zahlreiche validierte, standardisierte Tests, jedoch zeigt sich in der täglichen Anwendung das Problem, dass die Dauer dieser Tests meist sehr viel Zeit in Anspruch nimmt (ca. 45 Minuten) (12).

Tests dieser Art sind zum Beispiel der Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS), oder für die Gruppenanwendung der Harvard Groups Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS). Wie bereits oben erwähnt eignen sie sich nicht für die alltägliche Anwendung, sondern vielmehr für klinische Studien (12).

Für die klinischen Anwendung wurden Tests zum Beispiel von Barber „Barber Suggestibility Scale“ oder von Spiegel das „Hypnotic Induction Profile“ entwickelt (13). Bei beiden Tests handelt es sich um solche, die circa 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Die oben genannten Tests bestehen aus Skalen verschiedener hypnotischer Aufgaben. Die jeweilige Ausführung, beziehungsweise Reaktion wird mit Punkten bewertet(12). Hierbei gilt, je höher die Punktzahl, desto suggestibler kann der Mensch eingeschätzt werden. Die Aufgaben sind zugleich gängige Induktionsverfahren, bei denen der Patient oder die Patientin in Trance versetzt werden. Zu diesen zählen zum Beispiel: Kopfnicken, Pendelversuch usw.

3.2.2 Trance

Trance ist ein im Alltag vorkommender Zustand, wie zum Beispiel beim Tagträumen oder Autofahren. Er verändert subjektiv die Körperwahrnehmung, Zeitwahrnehmung und bewirkt eine Zunahme der Vorstellungsaktivität, Emotionalität und Suggestibilität. Ebenso führt er zu einer Dämpfung der Sympathikusaktivität. Der Trancezustand kann auch künstlich durch sogenannte Induktionsverfahren herbeigeführt werden (siehe Kapitel „Induktionsverfahren“)

3.2.3 Hypnose und Hypnotherapie

Grundsätzlich handelt es sich bei Hypnose und Hypnotherapie um zwei verschiedene Arbeitsweisen, die jedoch beide die Trance als gemeinsames Medium haben. Die Hypnose ist hier als Technik zu sehen, die verwendet werden kann, um isolierte oder integrierte medizinische Probleme zu lösen. Im Gegensatz dazu, handelt es sich bei der Hypnotherapie eher um eine „eigenständige psychotherapeutische Arbeitsweise, bei der eine Entwicklung der gesamten Person intendiert ist“ (13). Die Hypnotherapie tritt also dafür ein, eine Eigenheilung und Selbstentwicklung der gesamten Person durch Trance zu erreichen(14). Es wird ebenso zwischen symptomorientierter („Symptomkontrolle“) und problemorientierter (Ressourcen-, existentielle Orientierung) Hypnose, beziehungsweise Hypnotherapie unterschieden(15).

Die Betrachtungsweise dieser Techniken muss sowohl von psychologischer, als auch von neurobiologischer Seite gesehen, beziehungsweise erläutert werden. Deshalb wird zu Beginn auf verschiedene psychologische Theorien eingegangen und dann auf Erkenntnisse der Neurobiologie.

3.2.3.1 Psychologische Theorien

Laut dem deutschen Psychotherapeuten, Hans-Christian Kossak liegt Hypnose vor, bei:

- der Verwendung eines bestimmten Rituals,
- bei dem „sich der Patient auf Formulierungen des Therapeuten einlässt und eine subjektive Konstruktion von Wirklichkeit im Sinne des Therapeuten erstellt“ (16)
- dem Erreichen einer selektiven Wachheit und der Herabsetzung der Kritikfähigkeit gegenüber externalen und internalen Reizen (16)

Kossak erwähnt ebenso, dass die zu Behandelnden über Fähigkeiten des bildhaften Mitdenkens und Vorstellen besitzen müssen. Auch ist eine enge Kommunikation zwischen Patient beziehungsweise Patientin und Arzt von hoher Bedeutung (16). Dies ist als eine operationale Definition zu sehen (16)

Die Psychologin Theodore Xenophone Barber sieht dagegen ein kognitiv-behavioristisches Modell vorherrschen. Sie geht dabei davon aus, dass Mitarbeit, Erwartungshaltung und Motivation der Patienten und Patientinnen ein wichtiger Bestandteil der Hypnose sind. Barber sieht nach der Induktion auftretende hypnotische Phänomene nicht als außergewöhnliche, sondern vielmehr als allgemeine, im Verhaltensspektrum eines jeden Menschen, vorkommende an(18).

Folglich ist die Hypnose als spezifische Reaktion auf die Zusammenwirkung von

- Situationsvariablen (zum Beispiel: Suggestion, Formulierung)
- Mediatorenvariablen (Einstellung, Erwartung, Motivation)
- Intervenierenden Variablen (Imaginationsfähigkeit)

zu sehen. Diese werden durch die hypnotisierte Person determiniert. (18)

Der in dem Gebiet der Hypnose arbeitende Psychologe André Weitzenhoffer definiert die Hypnose als einen Zustand erhöhter Suggestibilität, beziehungsweise als eine Form der interpersonellen Beeinflussung durch Suggestion. Als Erklärung hierfür werden physiologische Reflexe und Lernverhalten herangezogen. (19)

Suggestibilität ist hier, ganz allgemein, als Beeinflussung definiert. Die drei wesentlichen Begriffe seiner Theorie zu Hypnose sind:

- Selbsterzeugung
- Suggestionsgeneralisierung
- Bewusstseinsbeschränkung

Selbsterzeugung beschreibt, laut Weitzenhoffer „die erhöhte Reaktionsbereitschaft gegenüber derselben Reaktion durch einen Lernprozess, bei dem zum Beispiel die neuropsychologische Reaktion auf die Aufforderung einen Gegenstand zu fixieren, in die Suggestion integriert wird“ (19). Er insistiert, dass es, durch die Fokussierung der Aufmerksamkeit, zu einer Verminderung der externalen Reize kommt. Dadurch werden neuromuskuläre Impulse für nichtgewünschte Reaktionen herabgesetzt. Dies führt dazu, dass bereits der Gedanke an die gewünschte Reaktion eine neuronale Aktivität im planend motorischen Kortex auslöst. (17)

Unter Suggestiongeneralisierung versteht er, dass durch die Erlernung der oben genannten Selbsterzeugung, ähnliche Suggestionen oder Vorstellungen spezifische Reaktionen auslösen können. Dieser Prozess wird von der kontinuierlichen Rückmeldung des Hypnotiseurs an die hypnotisierte Person unterstützt(17).

Bewusstseinsbeschränkung bzw. Dissoziation kommt durch die Tatsache zustande, dass, der Hypnotiseur in diesem Augenblick, die einzige Verbindung der Person zur Außenwelt und die einzige Umwelterfahrung darstellt. Dadurch ist die Person von den Anweisungen des Hypnotiseurs abhängig, was dazu führt, dass sich die Person anweisungskonform verhält(17).

3.2.3.2 Neurobiologische Grundlagen der Hypnose

Die Erkenntnis, dass Hypnose zu plastischen Veränderungen des Gehirns führt, gilt als bahnbrechend, welche durch Verfahren der dynamischen Bildgebung ermöglicht wurden. Zu diesen zählen unter anderen Positronenemissionstomographie (PET) und funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT). Jene Methoden stellen funktionsabhängige Veränderung mit hoher räumlicher Auflösung dar. Durch den Einsatz dieser Techniken wurde es möglich das Gehirn sozusagen „on-line“ zu analysieren (18).

Die PET arbeitet mit Hilfe sogenannter radioaktiver Markersubstanzen, diese ermöglichen die Messung des regional zerebralen Blutflusses (rCBF). Obwohl diese eine invasive Methode ist, wird sie bei der Majorität von Forschungsarbeiten verwendet, da es sich, im Gegensatz zur fMRT, um eine geräuscharme Methode handelt, welche eine Tranceinduktion nicht entgegenwirkt(20).

Durch diese Techniken konnte gezeigt werden, dass es durch die hypnotische Tranceinduktion zu einem intensivierten Farb- und Bilderlebnis kommt. So wurde erhöhte Aktivität im Sehzentrum gemessen werden, wenn sich die Personen einen grauen Raster farbig vorstellen mussten. Diese Effekte sind vor allem bei hochsuggestiblen Personen nachweisbar (21). Ebenso konnte eine

Steigerung des visuellen Gedächtnisses für Unterschiede von Bildmaterial, sowie der bildhaften Gedächtnisleistung nachdem die Probanden holistische Suchstrategien unter Hypnose erfahren hatten.

Es konnte gezeigt werden, dass Personen mit sehr hoher Suggestibilität, nach der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS:A) (>7.0), ein verstärktes deklaratives Denken an den Tag legen. So war es Personen möglich unter Hypnose Informationen über Wortpaare, die zu erlernen waren, in ein mentales Bild übertragen und dadurch leichter erlernen. Dieser Effekt bezieht sich aber hauptsächlich auf nicht abstrakte Begriffe (zum Beispiel Affe-Kerze usw.), bei abstrakten Begriffen (zum Beispiel Moral-Buße) hingegen konnte eine Verschlechterung nachgewiesen werden (22).

4 Anwendung

Im folgenden Teil wird der Ablauf der Behandlung der Hypnose, von der Patientenauswahl, bis hin zum Erlernen der Selbsthypnose, erläutert.

4.1 Patienten- und Patientinnenauswahl

Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung medizinischer Hypnose, sind Kenntnisse in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und ihrer Grundbegriffe (22). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es in vielen Disziplinen zu einem fließenden Übergang von somatischen zu somatoformen und psychischen Störungen kommt (22). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie sollte, laut den Medizinischen Psychotherapeuten Wolfgang Wöller und Johann Kruse, angewendet werden wenn: „unter den Bedingungen der zeitlichen Begrenzung, mit den Mitteln der Einsichtsförderung, der positiven Beziehungserfahrung und der Ressourcenaktivierung und gegebenenfalls unter Einbezug kognitiver, edukativer, suggestiver und störungsspezifischer Techniken mit einer nennenswerten Besserung der Symptome gerechnet werden kann“ (24, S 13).

„Dies gilt für Patienten mit

- aktuellen intrapsychischen oder interpersonellen Konflikten
- somatoformen Störungen
- Anpassungsstörungen
- bestimmte Persönlichkeitsstörungen“ (23, S 43).

Die oben genannten Punkte treffen auf die meisten Patienten und Patientinnen, zu, für die Hypnose erhoben wird, deswegen liegt es in der Verantwortung des medizinischen Psychotherapeuten oder Psychotherapeutin zu erkennen, ob eine weitere psychotherapeutische Behandlung notwendig ist (23).

Diese psychotherapeutische Diagnostik lässt sich beim Anamnese Gespräch gut integrieren und kann die weitere Planung und Durchführung der Hypnose erleichtern.

4.2 Anamnese

Laut dem Anästhesiologen und Psychotherapeuten Sebastian Schulze-Stübner gehören zu diesem Anamnesegespräch Fragen über:

- die Symptomerfassung ,beziehungsweise die subjektive Bedeutung und psychosoziale Auswirkung („*Was bedeutet Symptom X oder Erkrankung Y für sie, und wie wird ihr Alltag dadurch beeinflusst?*“ (23, S 44))
- symptomauslösende oder symptomverstärkende Situationen („*Gibt es bestimmte Situationen, die die Symptome auslösen oder verstärken?*“ (23, S 44)),
- die bibliographische Anamnese („*Beschreiben sie in einem sketchartigem Abriss ihr Leben und welche Faktoren und Beziehungen darin eine besondere Rolle spielen?*“ (23, S 44)),
- das Selbstbild des Patienten (23).

Beim Selbstbild des Patienten oder der Patientin, erfolgt eine Einschätzung des Leidensdrucks und der Coping Ressourcen, außerdem ist auf verbale und auch nonverbale Kommunikationselemente zu achten (23).

Viele Patienten und Patientinnen, vor allem jene, die an chronischen Krankheiten leiden, entwickeln im Laufe der Krankheit subjektive Krankheitstheorien. Diese entstehen meist aus vorhergehenden Therapien, ärztlichen Interpretationen oder vage „Selbstanalyse“, welche durch „küchenpsychologische“ Elemente erweitert wird (23, S 45).

Aus den erhobenen Daten der Anamnese muss nun eine Hypothese zur Psychodynamik des zu Behandelnden erstellt, so wie auf Kontraindikationen geachtet werden, die eine Hypnose sicher ausschließen.

Zu jenen Punkten zählen laut Schulze-Stübner:

- akute paranoid-halluzinatorisches Syndrom jeglicher Genese,

- alkoholierter Zustand oder Einfluss psychotroper Substanzen (z.B. Amphetamine, LSD Ketamine etc.),
- Psychosen des schizophrenen Formenkreises,
- Persönlichkeitsstörungen mit Depersonalisations- oder Derealisationserlebnissen,
- major episode einer Depression mit psychotischem Erleben
- manische Phase einer Zykllothymie,
- fortgeschrittene Demenz, insbesondere vom Alzheimer-Typ,
- Ablehnung der Hypnotherapie durch den Patienten oder die Patientin (z.B. aus religiösen Gründen).
- nicht gelöste Bindung an einen früheren Hypnotherapeut
- unmittelbar nach einem schweren traumatischen Erlebnis (z.B. Vergewaltigung, Unfall, Aufenthalt auf der Intensivstation) (23, S 45).

Schwierigkeiten können ebenso bei Patienten und Patienten mit kognitiven Einschränkungen (z.B. Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall), schwerer Intelligenzminderung und Sprachbarrieren auftreten. Jedoch kann eine Hypnose unter Berücksichtigung der Kognitionsdefizite vorgenommen werden (23, S 45).

Vor jeglicher hypnotischen Intervention sollte jedoch eine klare und realistische Zielformulierung zusammen mit dem Patienten oder der Patientin erstellt werden. Für Krebspatienten oder -patientinnen während der Chemotherapie könnte diese z.B. lauten: „Ich möchte seltener unter Übelkeit leiden und mich wieder auf das Essen freuen“ (23, S 45).

Eine Risikoaufklärung, so wie eine schriftliche Einwilligung, ist bei einer medizinischen Hypnose nicht nötig, jedoch sollten das ärztliche Gespräch und die Zielformulierung schriftlich festgehalten werden (23, S.45).

4.3 Induktionsverfahren

Gängige Induktionsverfahren sind:

- Kopfnicken,
- Fall- oder Schwankversuch: der „magnetische Ritter“,
- Pendelversuch,
- Ideomotorische Bahnung,
- Lidschlussübung,
- Augenroll- und Atemübung nach Spiegel,

- Levitationsübung,
- Schreckhypnose und Turboinduktion,
- Geschichtenerzähler-Methode („Storytelling“- Methode),
- Hypnoseinduzierendes Bild (23).

4.3.1 Kopfnicken:

ist ein leicht durchführbarer Suggestibilitätstest und ebenso eine Induktionsverfahren

„Ich möchte jetzt mit ihnen ausprobieren, wie es sich anfühlt, hypnotisiert zu werden. Bitte Setzen Sie sich entspannt in ihren Sessel hin und schließen sie die Augen. Sie bleiben aufrecht sitzen, mit geschlossenen Augen. Behalten Sie diese Position, während ihr Körper sich mehr und mehr entspannt. In einem Augenblick werde ich Sie bitten, sich vorzustellen, dass ihr Kopf nach vorne fällt, so als ob sie plötzlich einnicken würden. Sie wissen vielleicht, dass die Vorstellung einer Bewegung und der Ausführung im Gehirn eng miteinander verbunden sind. Kurz nachdem Sie sich vorgestellt haben, dass Ihr Kopf nach vorne fällt, wird er dies tatsächlich tun. Ihr Kinn wird sich mehr und mehr zu ihrem Brustkorb bewegen, so weit wie es geht“ (23, S 47)

Kommt es bereits hier zu einer Reaktion, ist von einer hohen Suggestibilität auszugehen.

„Hören sie jetzt genau zu uns stellen Sie sich vor, wie ihr Kopf nach vorne fällt. Stellen sie sich diese Kopfbewegung vor. Ihr Kinn bewegt sich mehr und mehr zu ihrem Brustkorb hin. Mehr und mehr, bis es die Brust nahezu berührt. Nun fällt ihr Kopf nach vorne, wie sie es sich vorgestellt haben. Immer mehr und mehr, bis Ihr Kinn nahezu den Brustkorb berührt“ (23, S 47)

Desto höher nun die Suggestibilität des Patienten oder der Patientin ist, desto stärker fällt diese Bewegung aus. Bei niedrig Suggestiblen Personen können zahlreiche Wiederholungen notwendig sein. Wurde die Bewegung ausgeführt wird die Suggestion beendet und erklärt (23).

Wunderbar. Setzen Sie sich nun wieder aufrecht hin und öffnen sie die Augen. Genau so: Sie sitzen aufrecht und sind ganz wach. Sie haben erfahren, wie Gedanken an einen Bewegung selbst gekoppelt sein können, und sie haben eine Vorstellung was heißt, Suggestionen zuzulassen und Ihnen zu folgen“ (23, S 47)

Diese Methode nimmt ca. 5 min in Anspruch. Zur Vertiefung der Hypnose kann auf die Atmung fokussiert werden oder Körperwärme bzw. Schwere suggeriert werden (23).

4.3.2 Fall- oder Schwankversuch: der „magnetische Ritter“:

Bei dieser Methode steht oder sitzt der Patient oder die Patientin aufrecht. Er oder sie wird gebeten sich vorzustellen ein Ritter in einer Rüstung zu sein, die von einem starken Magneten nach vorne oder hinten gezogen wird. Es ist zu beachten, dass der Therapeut oder Therapeutin immer darauf vorbereitet sein sollte, dass der Patient oder die Patienten das Gleichgewicht verliert. Eine Körperbewegung in die vorgegebene Richtung gilt hier als eine positive Bewertung der Suggestion (23).

4.3.3 Pendelversuch

Der Pendelversuch kann bei Patientinnen oder Patienten in allen Haltungen durchgeführt werden. Wie die oben bereits genannten Methoden kann auch der Pendeltest als Schnelltest für Suggestibilität dienen. Ebenso gilt das Verfahren als Erklärung für esoterische Verfahren wie: Gläserücken oder ausschlagenden Wünschelruten. Hierbei wird ein runder Gegenstand auf den Boden gelegt (Teller oder ähnliches) und dem Patienten oder der Patientin ein Pendel übergeben. Das Pendel kann vorgefertigt werden oder von dem zu Hypnotisierenden oder die zu Hypnotisierende selbst angefertigt werden (23).

„Bitte nehmen sie dieses Pendel zwischen Daumen und Zeigefinger und stützen Sie Ihre Unterarme auf Ihre Oberschenkel, sodass das Lot des Pendels auf die Mitte des Tellers am Boden fällt. Konzentrieren Sie sich jetzt auf das Pendel und stellen Sie sich vor, dass es eine kreisförmige Bewegung um den Tellerrand ausführt. Ihre Hände und Arme sind völlig entspannt. Das Pendel beginnt um den Teller zu rotieren. Nach einigen Umdrehungen stellen Sie sich vor, wie das Pendel langsamer wird und beginnt, durch den Durchmesser des Kreises zu schwingen. Hin und Her, Hin und Her.“ (23 S 48)

Kombiniert mit der Lidschlusstechnik kann dies als klassische Hypnoseeinleitung verwendet werden. Dazu nimmt der oder die halbliegend, oder liegende Patient oder Patientin das Pendel in die Hand, hält es vor seinen oder ihre Augen und wird aufgefordert sich Schwingungen vorzustellen. Nachdem es begonnen hat sich zu bewegen wird der Patienten oder die Patientin aufgefordert sich darauf zu konzentrieren (23).

4.3.4 Ideomotorische Bahnung

Diese Methode eignet sich sehr gut für Patienten oder Patientinnen mit Bewegungsstörungen, in der Rehabilitation, Paresen und Sportverletzungen. Sie kann isoliert im Liegen oder Sitzen durchgeführt werden, oder nach einer Induktion. Hierbei wird eine Bewegung genauer beschrieben, um Schmerzen, welche bei dieser Bewegung ausgeführt werden nicht mehr zu spüren (23).

„Stellen Sie sich jetzt bitte folgende Bewegung vor. ...Sie stehen aufrecht und entspannt. Nun gehen Sie in die Hocke und fühlen wie Ihre Wirbelsäule aufrecht und stabil bleibt. Ihre Knie federn das Gewicht ihres Körpers ohne Probleme. Sie greifen den Karton mit beiden Händen....Sie spüren das Gewicht des Kartons und wissen, dass sie es leicht heben können.... Sie können ihn nun auf den Tisch vor Ihnen stellen“ (23 S 49)

Die Beschreibung sollte so einfach und lebendig wie möglich gehalten werden und nicht länger als zwei Minuten dauern.

4.3.5 Lidschlussübung

Sie ist die am meisten gebrauchte Induktionstechnik, es ist immer

- eine Fokussierung auf ein Objekt (Konzentration),
- eine physiologische Reaktion (Akkommodation) oder,
- eine Suggestionkomponente (Entspannung Lidschluss)

enthalten. Der Patient oder die Patient kann während der Durchführung eine liegende oder sitzende Position einnehmen. Ein beliebiges Objekt kann zur Fokussierung verwendet werden (z.B. Bleistift, Punkt an der Wand etc.). Der Therapeut oder die Therapeutin kann mithilfe von speziellen Objekten, auch bestimmte Bilder erzeugen. So kann ein Stock für die Einleitung eines imaginativen Bildes eines Waldes dienen (23).

„...Nun schauen Sie auf diesen Gegenstand und konzentrieren sich nur darauf. Alles andere im Raum ist unwichtig. Sie schauen auf diesen Gegenstand, und während Sie dies tun, mache ich einige Vorschläge, wie Sie sich entspannen können...Lassen Sie die Dinge einfach zu und versuchen Sie meinen Worten zu folgen. Viele Patienten berichten, dass sich die Hypnose anfühlt wie kurz vor dem Einschlafen, mit dem Unterschied, dass Sie nicht ganz einschlafen, sondern weiterhin meine Stimme hören, wie die Stimme einer Souffleuse, die ein Schauspieler auf der Bühne hört...“ (23, S 50-1)

Bei der Ersthypnose einer Patientin oder Patienten sollte im Besonderen die folgenden Elemente in die Einleitungsformel integriert werden:

- Konzentration (Fokussierung auf gewählten Gegenstand),
- Sicherheit (nichts passiert gegen ihren Willen),
- „Hypnose ist wie...“ (eine geeignete Metapher oder Vergleich sollte eingeführt werden)

Die meisten Patientinnen und Patienten schließen ihre Augen nach circa ein bis zwei Minuten. Sollte die Einleitung länger dauern, können ergänzende Sätze hinzugefügt werden (23).

„Ihre Augenlider sind schwer und müde. Vielleicht sind ihre Augen schon geschlossen, und wenn nicht, dann werden Sie sich bald von selbst schließen...Ihre Augenlider fallen zu. Schließen sie die Augenlider und spüren sie die Entspannung...“ (23, S 52)

4.3.6 Augenroll- und Atemübung nach Spiegel

Diese Methode wurde ursprünglich als Suggestibilitätstest entwickelt und wird nun für einen Schnelleinstieg in die Hypnose ohne lange Vorbereitung verwendet (z.B. präoperative Sedierung). Sie kann im Stehen, Liegen oder Sitzen angewandt werden Sie besteht aus 2 Teilen .Der Patient oder die Patientin

- wird aufgefordert auf die Decke zu schauen.
- wird aufgefordert, die Augen langsam zu schließen, während er oder sie weiterhin nach oben an die Decke schaut.

Diese Technik ist auch sehr gut für die Selbsthypnose geeignet. Es wird mit dem Erklären der Übung begonnen, und wird zwei- bis dreimal wiederholt.

„...Erstens: Holen Sie tief Luft und halten sie die Luft an. Zweitens: Schauen sie zur Decke und rollen ihre Augen nach oben. Drittens: Schließen sie ihre Augen langsam und atmen sie hörbar aus. Sie fühlen die Entspannung ihrer Muskeln während sie ausatmen...“ (23, S 52)

4.3.7 Levitationsübung

Wie die Liedschlussübung eignet sich die Levitationsübung für erste Erfahrungen mit der Hypnose. Hierbei werden ebenso physiologische Reaktionen mit Suggestionen verbunden um ein positives Suggestionserlebnis zu erzielen. Die Technik wird im Liegen oder Sitzen durchgeführt (23).

Die Übung beginnt damit, dass der Patient oder die Patientin seine oder ihre Arme senkrecht in die Höhe streckt. Wichtig dabei ist, dass der Therapeut oder Therapeutin über die möglichen körperlichen Einschränkungen der Patientin oder des Patienten Bescheid weiß.

„... Stellen Sie sich vor, sie hätten ein Bleigewicht in Ihrer rechten Hand und der rechte Arm wird schwerer und schwerer. ... langsam gibt er dem Gewicht nach und sinkt nach unten“ (23, S 54)

Dies wird fortgesetzt bis eine Abwärtsbewegung des Armes ersichtlich ist.

„Während der rechte Arm schwerer und schwerer wird und absinkt, fühlt sich der linke Arm leicht und schwerelos an. Es ist, als hätte man einen Heliumballon an Ihre linke Hand gebunden und der Ballon zieht die Hand und den Arm in die Höhe. Höher und höher schwebt der Arm mit Leichtigkeit in der Luft.“ (23, S 54)

Es ist von großer Wichtigkeit, dass Adjektive wie höher, schwerer, leichter und tiefer verwendet werden. Ebenso solltet darauf geachtet werden, dass die Stimme der Therapeutin oder des Therapeuten nicht übermäßig moduliert wird, um nicht lächerlich zu klingen (23).

4.3.8 Schreckhypnose und Turboinduktion

Sie findet ihre Anwendung hauptsächlich im Gebiet der Show-Hypnose. Die Person wird hier mittels einer unerwarteten Reaktion in Trance versetzt. Dem Patient oder der Patientin wird zum Beispiel eine Taschenlampe vor das Gesicht gehalten, auf die er oder sie sich konzentrieren soll. Danach schnellt die Taschenlampe auf ihn oder sie zu mit der Aufforderung er oder sie solle seine Augen schließen, was er oder sie dadurch auch tut (23).

Diese Technik kann in der klinischen Hypnose vor allem in Notfällen angewandt werden.

4.3.9 Geschichtenerzähler Methode („Storytelling“- Methode)

Diese Methode ist auf Milton Erickson zurückzuführen und kombiniert direkte mit indirekter Hypnose.

Es wird eine Geschichte erzählt die, für eine erfolgreiche Hypnoseeinleitung, folgende Elemente enthalten sollte:

- „Herbeiführen körperlicher Entspannung
- vage Zeitbegriffe
- Ermüdung und Absenkung des Bewusstseinszustandes
- Pacing und Leading (vorhandene Körperempfindungen werden angesprochen und mit angestrebten Zielen in Verbindung gebracht)
- Fokussierung auf natürliche körperliche Vorgänge (z.B. Herzschlag, Atmung etc.)
- Aufforderung zur Dissoziation
- Suggestion von Sicherheit
- Einführung bildhafter Metaphorik
- Rücknahme- (Desuggestios-)metapher“ (23, S 55)

Für ein optimales Ergebnis, sollte die Geschichte den Lebensumständen des Patienten oder der Patientin angepasst sein. Es können aber auch sogenannte neutrale Geschichten („generic stories“) verwendet werden (23).

4.3.10 Hypnoseinduziertes Bild

Diese Technik eignet sich für vorhersehbare Ereignisse wie Phobien, oder ähnlichem. Hier entsteht ein abstraktes, realitätsfernes Bild, an das ein realer Gegenstand gekoppelt (bei Kindern z.B. ein Teddybär) werden kann. In zukünftigen Sitzungen kann der Patient oder die Patientin nun einfach aufgefordert werden, sich an das Bild zu erinnern um so die Hypnoseeinleitung zu erfahren. Wurde das Bild aber an einen Gegenstand gekoppelt reicht es, z.B. einen Teddybär, einfach jenen zu z.B. Streicheln um die Hypnose einzuleiten (23).

4.4 Hypnosetiefe

Die Hypnotiefe wird mittels der Reaktion des Patienten oder der Patientin auf Suggestion bestimmt. Dies lässt sich besonders leicht durch die Vorgabe der Atemfrequenz oder Levitationsübungen vollziehen (23).

„Sie atmen tief ein und aus...ein...und aus, wie die Wellen am Strand, die auflaufen und ablaufen, auf...und ab...auf...und ab.“ (23, S 58)

Es wird empfohlen dies immer am Beginn der imaginativen Phase durchzuführen „um sich zu vergewissern, dass die Patientin oder der Patient ein kooperationsfähiges Hypnosestadium erreicht hat“ (23, S 58)

Von einer apparativen Bestimmung ist abzusehen, da der dafür betriebene Aufwand zu hoch wäre. Erst in Zukunft könnte dies durch die Entwicklung von Real-time-fMRT, im klinischen Alltag nutzbar sein.

4.5 Posthypnotische Suggestion

Darunter wird eine Suggestion in der Hypnose verstanden, die nach der Ausleitung der Hypnose oder bei klarem Bewusstheitszustand fortwirkt.

Hier gilt die posthypnotische Amnesie, als am besten erforschtes Phänomen, sie tritt in manchen Fällen auch ohne spezifische Suggestion auf (möglicherweise auf Grund der vorausgehenden Erwartungshaltung der Patientin oder des Patienten. Hierbei kommt es jedoch nicht zu einem Erinnerungsdefizit, sondern vielmehr zu einem Rekognitionsdefizit. Sie gilt jedoch als reversibel

und wird, beim Dissoziationsmodell, als vergeblicher Versuch sich zu erinnern interpretiert (z.B. „Es liegt mir auf der Zunge“) (23, S 58).

Die gezielte Anwendung der posthypnotischen Suggestion als Therapiemethode ist jedoch nur auf Einzelfallbeobachtung zurückzuführen. Laut Perry waren dazu nur 3% der Probanden und Probandinnen im Stande (Öffnen eines Fensters auf Klopfzeichen) (25).

Die forensische Hypnose beschäftigt sich ebenfalls mit diesem Thema, hauptsächlich um Personen, dazu zu führen sich erneut an vergessene Inhalte zurückzuerinnern. Jedoch muss hierbei ein großes Augenmerk auf traumatische Ereignisse gelegt werden, weswegen strikte Richtlinien zu beachten sind.

Indikation für die posthypnotische Suggestion liegt nur selten vor. Klassische Behandlungsfelder sind Raucherentwöhnung oder Geburtsvorbereitung

Der langfristige Erfolg zeigt sich am besten durch die Anwendung von Ericksons Methode (siehe „Geschichtenerzähler Methode“)

4.6 Rücknahmetechniken

Wie bei der Vertiefung der Hypnose, kann man bei der Rücknahme den Vorgang an einen physischen Vorgang koppeln, zum Beispiel an die Atmung.

„Sie atmen jetzt tief ein und aus...ein und aus. Mit den nächsten drei Atemzügen verschwinden alle Bilder, und ihre Gedanken richten sich ganz auf die Gegenwart... Mit den nächsten drei Atemzügen öffnen Sie die Augen und sind wieder wach und aufmerksam im Hier und Jetzt“ (23, S 60)

Dies kann auch an die klassische Zählmethode gekoppelt sein.

„...Ich zähle von eins bis drei, und bei drei werden sie wieder ganz wach, frisch und munter sein, wie nach einem erholsamen Schlaf mit einem guten Traum....“(23, S 60)

Es ist von außerordentlicher Wichtigkeit, dass sich der oder die Hypnotisierende davon überzeugt, dass sich der Patient oder die Patientin wieder orientiert und klar ist. Eventuell muss es, falls dies nicht der Fall ist, zu einer zweiten Rücknahme kommen.

Manche Patienten und Patientinnen berichten nach der Hypnose davon „nicht vollständig bewusstlos“ gewesen zu sein („Ich war nicht ganz weg“). Hier liegt es in der Verantwortung der Hypnotiseurin oder des Hypnotiseurs erneut über die Effekte der Hypnose aufzuklären und zwar, dass es sich bei Hypnose nicht um einen Zustand aufgehobenen Bewusstseins handelt, sondern des Erweiterten Bewusstseins (23).

4.7 Selbsthypnose

Die alleinige Hypnose, als externes Verfahren mit therapeutischer Anwendung, eignet sich nicht zur langzeitigen Anwendung. Für eine Langzeitanwendung ist von Nöten, dass sie in einen therapeutischen Prozess integriert wird. Der als Ziel die Unabhängigkeit des Patienten oder der Patientin, hat. Hierbei spielen erlernte, im Alltag anwendbare Entspannungstechniken, eine sehr große Rolle. Diese sollten an den zu Behandelnden angepasst, vom Therapeuten oder der Therapeutin im Laufe der Behandlung ermittelt werden (23).

Die Selbsthypnose ist eher als eine fokussierte Meditationsübung zu sehen, die auf eine positive Entspannungserfahrung in der Hypnose aufbaut. Die medizinische Psychotherapeutin oder Psychotherapeut versucht im Gespräch herauszufinden, welche Technik dem zu Behandelnden am eingängigsten war. Meistens handelt es sich hierbei um Atemübungen, Bilder oder Situationen. Folglich ergibt sich eine leicht durchführbare Übung, z.B. Augenroll- und Atemübung nach Spiegel, oder die ideomotorische Bahnung. Es bietet sich ebenso an, einen sogenannten „Anker“ zu legen. Hierbei wird die, in der Hypnose, erlebte Entspannungserfahrung an einen körperlichen Reiz geknüpft werden, z.B.: Hand auf den Bauch legen. Dies erleichtert möglicherweise dem Patienten in einen Trancezustand zu gelangen (26, S 64).

5 Hypnose und ihre Wirkung auf Schmerzempfindung

Schmerz wird laut der, im Gebiet der Schmerzforschung tätigen, „International Association for the Study of Pain“ folgendermaßen definiert: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“ (27, S. 3)

Bei der Behandlung von Schmerz mittels Hypnose kann man, laut dem Psychologen Burkhardt Peter, in verschiedenen Strategien unterscheiden, die auch einen messbaren Niederschlag der Hirnaktivität zeigen.

- dissoziative Techniken
- assoziative Techniken
- symbolische Verarbeitung (28, S 181)

Bei den dissoziativen Techniken wird versucht den Schmerz vom nicht schmerzenden Teil des Körpers bzw. des Bewusstseins, dass den Schmerz empfindet abzutrennen. Dies wird meistens durch die Ablenkung der Aufmerksamkeit auf nicht schmerzende Vorstellungen z.B. auf Wärme oder ähnliches vollzogen (28, S 181).

Assoziative Techniken machen es nötig, dass sich der Patient oder die Patientin zunächst dem Schmerz zuwendet, daher sind sie nicht für alle Arten von Patientinnen und Patienten geeignet. Voraussetzung dafür ist ein gutes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten oder zur Therapeutin. Danach werden die Grenzen des Schmerzes ermittelt und die Patientin oder der Patient in den Schmerz hineingeführt. Nach der Feststellung der Grenzen kommt es zu einer Veränderung dieser. Die dadurch gewonnen Variabilität der Grenzen kann dann auf andere Modalitäten umgelegt werden, bis sich nach und nach die Qualität der Schmerzempfindung verändert. Es kann, zum Beispiel, ein spitz, stechender Schmerz in einen abgestumpften verwandelt werden (28, S. 182).

Nun kann mithilfe der assoziativen Techniken der Schmerz einer symbolischen Verarbeitung zugeführt werden, z.B. ein Sturm der abebbt, was eine leichtere Handhabung der Schmerzen ermöglicht (28, S 182).

Neurobiologisch gesehen, erhöht sich bei Schmerz, die Aktivität im frontalen Kortex des Gehirns. Im anterior zingulären Kortex, Teil des frontalen Kortex, zeigen sich Aktivierungen und Aufmerksamkeitsprozesse gegenüber hypnotischer Trance, sowie hypnotisch induzierter Analgesie. So kommt es zu einer nachweislichen Reduktion der Schmerzstärke bei Hochsuggestiblen durch Hypnose, jedoch ist der Vorgang durch den dies passiert unbekannt bzw. zu wenig erforscht (20).

Die Neodissoziationstheorie des amerikanischen Psychologen Ernest Hilgard, geht davon aus, dass durch die hypnotische Analgesie eine Art Barriere gebildet wird, die die bewusste Wahrnehmung des Schmerzes verhindert. Hilgards Theorie geht davon aus, dass die subjektive Schmerzwahrnehmung verringert ist, obwohl physiologische Messungen anzeigen, dass der Schmerz registriert und verarbeitet wird, jedoch außerhalb der bewussten Wahrnehmung (29)

Die Hypnose als Schmerzbehandlung kann sowohl für die Anästhesie, als auch für eine Schmerztherapie angewandt werden.

Jedoch eignet sich die Hypnose als anästhetische Methode nur für kleinere Eingriffe, die einen kurzzeitigen starken Schmerz hervorrufen. Eingriffe, bei denen komplette Immobilität erforderlich ist, eignen sich nicht für eine hypnotische Anwendung.

Bei der Schmerztherapie sollte, laut Schulze-Stübner, die Hypnose in ein multimodales Therapiekonzept eingebunden werden. Vor dem Beginn der ersten Hypnosesitzung sollten Kurzfragebögen, wie z.B. jener der Anästhesiologin Lilliane Fredericks (siehe Anhang), verwendet werden um die Stärke, Art des Schmerzes, Erfahrungen mit Schmerz und die Erwartungshaltung des Patienten oder der Patientin abzufragen. Auch sind psychosoziale Komponenten der Schmerzerfahrung, so wie prognostische Faktoren, vor allem bei Malignompatientinnen und -patienten, zu berücksichtigen (30, S 71).

Von der Methode der Hypnose gleich beim Erstkontakt mit dem Patienten oder der Patientin sollte abgesehen werden. Dies trifft vor allem auf Patienten und Patientinnen zu, die sich von der Hypnose eine Art „magische Kur“ erwarten, oder Personen mit der Einstellung: „Ich habe bereits alles versucht, Sie sind meine letzte Hoffnung!“. Man sollte erst nach einem Zeitraum von 4-12 Wochen, nach der Optimierung der Medikamentierung, mit der Hypnose beginnen. Eine Ausnahme stellen hier Malignompatientinnen und -patienten, mit kurzer Lebenserwartung dar, es kann auch bereits beim ersten Aufeinandertreffen mit der Hypnose begonnen werden (30, S 73). Das Hauptziel der schmerztherapeutischen Hypnose sollte das Erlernen der Selbsthypnose oder Autogenen Trainings sein.

Für die erste Sitzung bietet sich die Verwendung des Pendelversuches zur Induktion an (Siehe S. 16). Nachdem ein tiefes Hypnosestadium erreicht wurde, sollte die Schmerzwahrnehmung ermittelt werden, es wird hier eine sogenannte Handschuhanästhesie¹ suggeriert, die mithilfe eines neurologischen Rades nach Wartenberg getestet werden kann. Hat der Patient oder die Patientin eine ausreichende Hypnosetiefe erreicht, kann ihm oder ihr eine dünne Nadel durch die Hautfalte gestochen und dort belassen werden. Nach der Ausleitung der Hypnose wird der Patient oder die Patientin beeindruckt sein, welche Möglichkeiten die Veränderung der Schmerzwahrnehmung bietet. Dies führt ebenfalls zu einem Motivationsschub für die alltägliche Anwendung. Je nach dem Krankheitsbild sollten dann, zusammen mit dem Therapeuten oder der Therapeutin, ideomotorische Bahnung oder die Augenroll- und Atemübung nach Spiegel, in Verbindung mit patientenangepassten Bildern, zur Selbsthypnose angewendet werden (30, S 73).

Eine weitere Methode die von vielen Patientinnen und Patienten als hilfreich empfunden wird, ist der sogenannte „Brief an den Schmerz“. Hier wird der Patient oder die Patientin in der Trance aufgefordert einen Brief direkt an den Schmerz zu richten. Dieses beginnt z.B. mit „Sehr geehrter Schmerz“ oder „Du Idiot“. Der so verfasste Brief wird danach dem Patienten oder der Patientin

¹ es wird eine Unempfindlichkeit der Hand gegenüber Schmerzen suggeriert, die auf ein anderes Körperteil übertragen werden kann(31)

mitgegeben. Dies gibt nicht nur Auskunft über die Copingstrategien des zu Behandelnden, sondern auch über den Therapieverlauf aus Sicht der Patienten oder Patientinnen (30, S 74).

Bei Palliativpatienten oder –patientinnen gilt hier prinzipiell eine Verknüpfung von symptom- und problembezogener Hypnose, da der Schmerz sowohl auf eine klare Organpathologie zurückgeht, aber ebenso auch zusätzliche psychische Ursachen haben kann (10, S 677).

6 Hypnose als Behandlungsmöglichkeiten von Nebenwirkungen der Chemo- und Strahlentherapie

Die Chemo- und Strahlentherapie zählen naturgemäß zu den Behandlungsmethoden von Patienten und Patientinnen mit malignen Erkrankungen. Jedoch haben diese Therapien Nebenwirkungen, wie z.B. Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, oder allgemeine Müdigkeit (ANE=Anorexia, Nausea, Emesis). Jene Symptome gelten auch, als schwieriger zu behandeln als Schmerz, für den es Opioidtherapien gibt. Auch sind diese Beschwerden für manche Patienten und Patientinnen belastender als Schmerz, da es zu einem großen Verlust von Lebensfreude bzw. Lebensqualität kommt (26, S 66).

Primärziel ist, so wie bei allen anderen hypnotischen Interventionen bei Palliativpatienten und –patientinnen, das Erlernen einer Selbsthypnosetechnik. Hierfür sind, laut Schulze-Stübner, die Augenroll und Atemübung nach Spiegel, so wie das hypnoinduzierte Bild geeignet. Es gilt eine positive Assoziation (olfaktorisch, gustatorisch) der Nahrungsaufnahme mit heiteren Lebenssituationen, oder einem realen Objekt (z.B. Haustier) herzustellen (32).

„...Vor dem Essen streicheln Sie ihren Hund. Wenn Sie sich dann die Hände waschen gehen, sitzt er schon mit bettelndem Blick am Esstisch. Das Wasser läuft ihm im Munde zusammen, aber er weiß genau, dass nur Sie am Tisch essen dürfen. Auch Ihnen steigt der Duft des Essens in die Nase und Sie freuen sich darauf. Das Schlucken geht sehr gut und Sie genießen den Geschmack auf der Zunge, bevor der Bissen langsam im den Magen heruntergleitet. Ihr Hund freut sich auch schon auf den kleinen Rest, der am Ende für ihn übrig bleibt.“ (32, S 102)

Patienten und Patientinnen mit terminalen Erkrankungen erreichen oft eine gute Symptomkontrolle, die jedoch nicht mit einer Remission zu verwechseln ist. Daher sollte der Patient oder die Patientin, so wie die Angehörigen vor Beginn der Hypnosetherapie umgehend aufgeklärt werden. In manchen Fällen kommt es zu einem Nachlassen der positiven Effekte der Selbsthypnose durch

psychologische Begleitfaktoren, wie eine Änderung des Therapieplans oder einen Konflikt in der Familie. Dem kann mit einer sogenannten „Booster“ Sitzung entgegengewirkt werden, bei manchen Patienten oder Patientinnen ist dies sogar rein telefonisch möglich (32).

Ebenfalls kann es zu einer Indikation von Hypnose bei einer Strahlentherapie kommen. Bei der Strahlentherapie ist eine exakte Anwendung notwendig, dies macht es nötig den Patienten so ruhig wie möglich zu halten. Das geschieht durch Immobilisierung, Kunststoffmasken oder ähnlichem. Patienten oder Patientinnen mit Klaustrophobie oder Strahlenangst belastete dieses Setting besonders stark, so wird in manchen Fällen sogar vom „Bestrahlungs-Bunker“ (26, S 66) gesprochen. Es gilt hier die vorhandenen Körperreize als einen Anker zu gestalten oder sie komplett umzudeuten.

„Immer, wenn Sie den Druck (des Bestrahlungstisches o.Ä.) im Rücken spüren, werden Sie sich erinnern an den Stein im Sand, der Sie ganz sicher macht, dass Sie am Strand liegen und – unter dem Schutz Ihres Hutes (Maske) – die heilenden und wärmenden Strahlen der Sonne genießen – wo wir doch wissen, wie gut die (Sonnen-)Strahlen für den Knochenaufbau sind...“ (26, S 67)

7 Hypnose und Entspannungstechniken

Autogenes Training (AT) besteht aus einem strukturierten Lernprogramm, dass entweder in Einzel- oder Gruppentherapien durchgeführt wird. Die Entspannungserfahrungen, die der Patient oder die Patientin unter Hypnose getätigt hat, erleichtern meist den Einstieg ins AT. Bei der Gruppentherapie werden zu Behandelnde in verschiedene Gruppen eingeteilt, so gibt es, zum Beispiel eine Schmerz -, oder Angstgruppe. Ein weiterer Aspekt des AT ist der soziale Austausch, der während Gruppensitzungen stattfindet und eventuell den Umgang mit der vorliegenden Erkrankung erleichtert (23, S 61).

Weiters können Entspannungstechniken verwendet werden um eine Hypnoseeinleitung durchzuführen. Hier eignet sich, zum Beispiel, die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson. Bei dieser Technik werden Muskelpartien gezielt angespannt und entspannt um eine Entspannung des gesamten Körpers zu erreichen (33).

Ziel ist auch hierbei, die alleinige Durchführung der Übungen ohne äußere Anleitung.

Das Scheitern dieser Entspannungsverfahren liegt meist an Motivationsproblemen. Motivation, so wie Bereitschaft, eine Entspannungstechnik zu erlernen und beizubehalten, können durch eine positive Hypnoseerfahrung gefördert werden (23, S 62).

8 Hypnose und Dyspnoe

Die Dyspnoe ist ebenfalls ein, in der Palliativmedizin weit verbreitetes Symptom. Ursachen können von Tumoren, Folgen der Chemotherapie oder Bestrahlung über Schwäche der Atemmuskulatur oder Herzinsuffizienz gehen. Die daraus folgende Erschwerung der Atmung, wird meist mit dem Ersticken assoziiert, dies führt meist zu unbegründeter Angst und Panik. Schulze beschreibt, bei akuten Atemnotfällen, die Aufmerksamkeit der Patientin oder des Patienten von der Atmung z.B.: auf den Arm zu lenken als hilfreich (26). Dies kann mit Ericksons Techniken sich auf die „Kraft der Gedanken“ zu konzentriere:

„(Wir nehmen)...die Atmung zuweilen zwar bewusst wahrnehmen, meist wird sie aber zuverlässig gesteuert durch das autonome Nervensystem, das regelmäßig und ruhig arbeitet, ohne dass wir es erinnern müssen... es sorgt für eine ausreichende Atmung, ruhig, weil der entspannte Körper wenig braucht, ruhig, entspannt ...“ (34, S 66)

Dies führt bereits zu einer Senkung der Atemfrequenz, wie eine Linderung der Erstickungsangst.

Es sollte zusätzlich oder regelmäßige eine Fokussierung auf einen Ort, an dem „viel gute Luft spürbar ist- die Weite- der Sauerstoff- Windhauch“ in Betracht gezogen werden. Dadurch wird das Erleben der freien Atmung verstärkt, auch die Einführung von anderen Sinnesmodalitäten, wie z.B. Windhauch, das Rauschen der Blätter, Sprudeln eines Wasserfalls oder die Luftbefeuchtung der Brandung zeigen eine angenehme Wirkung auf den Patienten oder die Patientin.

Auch hier sollte ein Anker gesetzt, so wie eine Autonomie des Patienten oder der Patientin angestrebt, werden.

9 Forschungsergebnisse

Die Hypnose als Hilfsmittel in der Palliativmedizin, wurde, bis jetzt, zum Großteil mithilfe von qualitativen Studien untersucht. Sie zeigen Erfolge bei der Behandlung mit Hypnose (1, 10)

Es gibt jedoch ebenso, wenn auch nur in kleiner Zahl vorhanden, quantitative Studien welche mittels Randomized Controll Trials (RCT) unter klinischen Bedingungen durchgeführt wurden.

Die Hypnose als Behandlungstechnik zur Kontrolle von „Chemotherapy-induced nausea and vomiting“ (CINV) wurde von Richardson et. al., mittels eines Systematic Review untersucht. Hierbei wurden 6 RCTs gefunden. Einschlusskriterium war hier, die Durchführung einer Hypnose bzw. Hypnotherapie mithilfe von Suggestion und Induktion. Zusätzlich wurden, teilweise Studien ohne Kontrollgruppen inkludiert, was eventuell zu einer Verzerrung der gefundenen Ergebnisse führen kann. Ausgeschlossen wurden Studien, die reine Entspannungstechniken als Inhalt hatten, sowie jene, die nicht CINV untersuchten (35).

Auf Grund der geringen Anzahl gefundener Studien, wurde eine Metaanalyse durchgeführt, diese zeigte eine hohe Effektstärke der Hypnose, vor allem gegenüber konventionellen Therapien ($D=0,99$). Jedoch hatte ein Großteil der gefundenen Studien eine geringe Stichprobenanzahl (Durchschnitt $n=34$). Auch wurden von sechs gefundenen Studien, fünf an Kindern bzw. unter 18 Jährigen durchgeführt und eine an Erwachsenen. Nur bei einer Studie wurde Suggestibilität erhoben (35).

Die Wirkung der Hypnose von Schmerzen wurde in zahlreichen quantitativen Studien seit 1960 untersucht. Es zeigt sich hier, dass es vor allem bei hochsuggestiblen Personen zu einer Verringerung des sensorischen Schmerzes kommt. Hilgard wies bei Laboruntersuchungen nach, dass bei 67% der Hochsuggestiblen eine Schmerzverringerng von 33% erreicht werden konnte, bei gering suggestiblen Personen konnten dies nur 13%. Umgekehrt erreichten 7% der Hochsuggestiblen und 56% der Geringsuggestiblen eine Schmerzreduktion von unter 10% (36).

Spiegel und Bloom, zeigten dass sich, bei an Brustkrebserkrankten Frauen, das Gefühl und die Stärke von Schmerzanfällen verringert werden konnte. Patienten und Patientinnen in der Interventionsgruppe beschrieben eine Verringerung der Schmerzstärke um den Faktor $t=2,5$, um mehr als, doppelt so stark und des Schmerzgefühls um $t=2,17$, ebenso doppelt so stark, im Gegensatz zur Kontrollgruppe.

Montgomery et al zeigten in einer Metaanalyse eine durchschnittliche Effektstärke von $d=0,74$, dies kann als relativ hoher Effekt bezeichnet werden. Bei 40% der Studien belief sich die Effektstärke auf $d>0,75$. Hier werden erneut große Unterschiede zwischen Hoch und Niedersuggestiblen Personen gezeigt. So zeigen Hochsugesstible eine durchschnittliche Effektstärke von circa $d=1,2$, Niedersuggestible hingegen eine Effektstärke von durchschnittlich $d=0,1$ (39).

10 Einbindung der Hypnose in eine ganzheitliche Behandlung

Im Sinne der WHO Definition der Palliativmedizin, „...zur Linderung der körperlichen Beschwerden und Unterstützung auf psychischer, spiritueller und sozialer Ebene.“, (7) kann die Hypnose als eine ergänzende Technik zur klassischen Schulmedizin dienen. Hypnose sollte nicht als alleinige Technik durchgeführt werden, sondern immer Teil einer ganzheitlichen multimodalen Behandlung sein (5,10).

11 Diskussion

Die Hypnose bzw. Hypnotherapie stellt eine noch nicht ausreichend erforschte Methode dar, die vielen Menschen kaum bis wenig bekannt ist. Viele Personen verstehen unter Hypnose „Showhypnose“, oder eine magische Technik und wissen nicht um ihre wahren Möglichkeiten.

Sie stellt sich als Behandlungsmethode für einen, relativ kleinen, Patienten- und Patientinnenkreis heraus. In diesem Kreis konnten klinische Studien Therapieeffekte nachweisen. Es ist aber immer von höchster Priorität, dass der behandelnde Hypnotiseur grundlegendes Wissen über die zu behandelnde Person hat, es kann sonst zu Flashbacks² kommen. So berichtete z.B. Schulze über eine Person, die eine Assoziation mit einer grünen Wiese mit einer vergangenen Vergewaltigung auf einer Wiese assoziierte (26). Solche Vorfälle sollten vermieden werden. Weswegen eine Hypnotherapeutin oder ein Hypnotherapeut ebenso eine Ausbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie und oder Psychologie besitzen sollte.

Ebenfalls sticht der kritiklose Umgang mit der Methode ins Auge. So fand ich nach längerer Recherche keine Artikel bzw. Kommentare zum Umgang mit Hypnose. Dies ist vor allem bedenklich, da man von einem Markt der komplementären Medizin sprechen kann, der zumindest in den USA im Jahr 2007, sich auf einen Wert von 33,7 Milliarden Dollar beläuft. Dies beinhaltet sowohl private Zahlungen für Komplementär-bzw. Alternativmedizin sowie staatliche Ausgaben (40, S 1).

Es gilt daher weiterhin nicht nur klinische Studien durchzuführen, sondern ebenso einen kritischen Diskurs, nicht nur über die Hypnose, sondern über die gesamte alternative Medizin zu starten.

²bezeichnet ein, durch bestimmte Schlüsselreize hervorgerufenen, Wiedererleben von vergangenen Erlebnissen oder früheren Gefühlszuständen jeglicher Art (43, S 2)

Nichts desto trotz scheint die Hypnose als Technik, vor allem für einen Teil der Palliativpatienten und -patientinnen, wirksam zu sein. Bedenkt man bereits die Belastung die auf dieser Personengruppe liegt, sollte man nicht nur die rein medizinischen Aspekte der Hypnose, sondern ebenso jene, die sich auf Entwicklung von (Coping) Ressourcen beziehen, betrachten.

So komme ich zu der Ansicht, dass die Hypnose nicht als Ersatz für die Schulmedizin gesehen werden sollte, sondern vielmehr als eine Ergänzung für Personen, die für diese Methode empfänglich sind.

12 Literaturverzeichnis

1. Schulze W, Hypnose in der Palliativmedizin, 2010; *Hypnose - Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 5 (1+2), 145-62
2. Dresemann G, Palliativmedizin: Definition, Geschichte, Ziele, Strukturen, Realisierung im Kreis Coesfeld: was haben wir erreicht, was fehlt uns noch?, Franz Hospital Dümen, Onkologische Klinik, Palliativstation, verfügbar unter:http://www.kreis-coesfeld.de/anwendungen/dwsgw/workshop080206/downloads/vortrag_palliativmedizin_dr_dresemann.pdf
3. Klaschik E, Husebø S, Entwicklung und der Stand der Palliativmedizin, Palliativmedizin, 5. Auflage, Heidelberg, Springer, 2006, 16-7
4. Zimmer HP, Die spannende Geschichte der Hypnose, 2008, verfügbar unter:<http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf>
5. Peter B, Hypnose und Hypnotherapie, 2006, *Psychotherapie im Dialog*, 6(1), 34-9
6. Schulze-Stübner S, Geschichtlicher Überblick, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 1
7. Dückers A, Rabbata, S, Palliativmedizin-mehr als nur Schulmedizin, 2011, verfügbar unter:<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114BAEKgroundPalliativmedizin.pdf>
8. Saunders 1977 in Dresemann G, Palliativmedizin: Definition, Geschichte, Ziele, Strukturen, Realisierung im Kreis Coesfeld: was haben wir erreicht, was fehlt uns noch?, Franz Hospital Dümen, Onkologische Klinik, Palliativstation, verfügbar unter:http://www.kreis-coesfeld.de/anwendungen/dwsgw/workshop080206/downloads/vortrag_palliativmedizin_dr_dresemann.pdf
9. Cancer Research UK, Worldwide Cancer Statistics, 2008, verfügbar unter:<http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/world/>
10. Peintinge C., Hartmann W., 2008, Hypnose als schmerztherapeutische Option in der Palliativmedizin, , *Wien Med Wochenschr* (2008) 158/23–24: 674–679
11. Reutemann M, Suggestion, Suggestibilität, Interrogative Suggestibilität-Definitonsversuche, *Suggestibilität, Münster, Waxmann Verlag*, 2006, 17-18
12. Schulze-Stübner S, Tests zur Bestimmung der Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 46
13. Whalley M. Hypnosis and Suggestion [Internet]. [Place unknown] Hypnotic suggestibility scales; 2013 [zitiert 2013 November 16] Verfügbar unter:<http://www.hypnosisandsuggestion.org/scales.html>

14. Milzner G, Hypnose und Hypnotherapie bei Schmerz, Schmerz und Trance, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag, 1999, 57
15. Revenstorf D, Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie, Hypnos, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, Universität Tübingen, 2003, 12
16. Kossak 1989 in Schulze-Stübner S, Psychologische Theorien der Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 39-41
17. Schulze-Stübner S, Psychologische Theorien der Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 39-41
18. Barber 1969 in Schulze-Stübner S, Psychologische Theorien der Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 39-41
19. Weitzenhoffer 1953 in Schulze-Stübner S, Psychologische Theorien der Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 39-41
20. Schulze-Stübner S, Neurobiologische Grundlagen der medizinischen Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 7-8
21. Schulze-Stübner S, Neurobiologische Grundlagen der medizinischen Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 11-14
22. Schulze-Stübner S, Neurobiologische Grundlagen der medizinischen Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 15-19
23. Schulze-Stübner S, Praktische Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 43-62
24. Krause J, Wöller W, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: Basisbuch und Praxisleitfaden, 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer Verlag, 2005, 13
25. Perry 1997 in Schulze-Stübner S, Praktische Hypnose, Medizinische Hypnose, Stuttgart, Schattauer, 2007, 43-60
26. Schulze W, „Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin – Symptombehandlung und spirituelle Begleitung, Palliativmed. 2013, 14: 59–72
27. Merskey H, Andrew P, Pain Terms, 2011, [zitiert 2013 November 23] Verfügbar unter: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Classification_of_Chronic_Pain&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283
28. Peter B, Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung, 1998, 12, 179-186

29. Hilgard, E. R., The Problem Of Divided Consciousness: A Neodissociation Interpretation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1977, 296: 48–59.
30. Schulze-Stübner S, *Neurobiologische Anästhesie und Schmerztherapie, Medizinische Hypnose*, Stuttgart, Schattauer, 2007, 63-77
31. Noack K, Hypnose: Handschuh-Anästhesie, 22.4.2013 [zitiert am 24.11.2013] Verfügbar unter: <http://www.noack-hypnose.de/hypnose-lexikon-Handschuh-Anaesthesia.htm#Handschuh-Anaesthesia>
32. Schulze-Stübner S, *Innere Medizin, Medizinische Hypnose*, Stuttgart, Schattauer, 2007, 101-4
33. Mayer KC, Progressive Muskelentspannung- Jacobson Entspannungstraining - oder Progressive Muskelrelaxation (PMR), 27.11.2013, [zitiert am 27.11. 2013] verfügbar unter: <http://www.neuro24.de/entspan.htm>
34. Erickson 1959 in Schulze W, „Hypnose und Hypnotherapie in der Palliativmedizin – Symptombehandlung und spirituelle Begleitung, *Palliativmed.* 2013, 14: 59–72
35. Richardson J, Smith J.E, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I, Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence, *European Journal of Cancer Care*, 2007, 16: 402–412
36. Hilgard ER in Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, *Psychologische Schmerztherapien*, 2004, Springer, Berlin, 580-584
37. Spiegel D, Bloom JR, Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic Breast Carcinoma Pain, 1983, *Psychosomatic Medicine*, 45: 333-339
38. Snow, A., Dorfman, D., Warbet, R., Cammarata, M., Eisenman, S., Zilberfein, F., . . . Navada, S., A randomized trial of hypnosis for relief of pain and anxiety in adult cancer patients undergoing bone marrow procedures, 2012, *Journal of Psychosocial Oncology*, 30:281-93
39. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH, A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis?, 2000, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48:135-53
40. Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ, Bloom B, Costs of Complementary and Alternative Medicine (CAM) and Frequency of Visits to CAM Practitioners: United States, 2007, 2007, National Health Statistics Report, U.S. Department of Health & Human Services, verfügbar unter: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/nhsrn18.pdf>
41. Peter B, Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung, *Der Schmerz*, 1998, 12:179-186

42. WHO, Genf, 2014, [zitiert am 27.01.2014] Verfügbar unter:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
43. Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Neil Burgess, Intrusive Images in Psychological Disorders, Psychological Review, 2010, 117:210-232

13 Anhang:

Fragen zur Schmerzanalyse nach Fredericksen 2001

Fragen zur Schmerzanalyse (mod. nach Fredericksen 2001).

Tab. 5-1

Frage	Bewertung der Antwort
<p>Wenn Sie Ihren Schmerz auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmstmöglicher Schmerz) beschreiben sollten, welchen Wert würden Sie wählen? (Anstelle der verbalen Bewertung kann auch eine visuelle Analogskala verwendet werden)</p> <p>Bitte beschreiben Sie den Charakter Ihres Schmerzes, indem Sie ja oder nein zu den folgenden Beschreibungen sagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dumpf • stechend • brennend • scharf • bohrend • schneidend • pulsierend • kombiniert mit Juckreiz • kombiniert mit Überempfindlichkeit gegenüber Wärme/Kälte oder Berührung 	<p>Zum einen ermöglicht die Schmerzskalierung eine Einschätzung der subjektiven Schmerzstärke und eine Beurteilung des Therapieverlaufs, zum anderen kann insbesondere eine offensichtliche Dissoziation von angegebener Schmerzstärke und Verhalten (z.B. Patient mit Schmerzstärke 10, der entspannt auf dem Stuhl sitzt und sich normal und ohne Anstrengung mit dem Untersucher unterhält) Aufschlüsse über die Schmerzverarbeitung und -wahrnehmung des Patienten geben.</p> <p>Die Antworten dienen nicht nur der Schmerzanalyse, sondern erlauben auch die Entwicklung einer symptomorientierten hypnotischen Strategie, z.B. Nutzung der Handschuhanästhesie, Wärme- bzw. Kältesuggestionen etc.</p>
<p>Welche Begleitsymptome haben Sie bei Schmerzattacken?</p>	<p>Gerade bei Migränepatienten ist oftmals die Behandlung von beeinträchtigenden Begleitsymptomen besonders erfolgreich.</p>
<p>Welchen Unterschied würde es in Ihrem Leben machen, wenn Sie plötzlich keine Schmerzen mehr hätten?</p>	<p>Die Antwort lässt den Stellenwert des Schmerzes im Alltagsleben des Patienten erkennen. Sehr zögerliche und allgemeine Antworten lassen darauf schließen, dass der Schmerz den Lebensmittelpunkt des Patienten bildet.</p>

Fortsetzung

Frage	Bewertung der Antwort
<p>Wenn es gelänge, Ihre Schmerzen um die Hälfte zu reduzieren, wäre das für Sie ein akzeptables Therapieergebnis?</p>	<p>Diese Frage ermöglicht einen „Realitätscheck“ auf Seiten des Patienten und des Therapeuten und eröffnet die Möglichkeit, ein therapeutisches Ziel zu vereinbaren.</p>
<p>Sind Sie bereit, alles Notwendige zum Erreichen dieses Ziels zu tun?</p>	<p>Eine zögerliche Antwort oder ein „Ja, aber ich kann dies oder jenes nicht“ deutet auf Motivationsprobleme und mögliche Schwierigkeiten, insbesondere bei Verfahren, die eine hohe Patientenmitarbeit verlangen, hin.</p>
<p>Was mögen Sie an sich selbst? Was mögen Sie nicht an sich selbst?</p>	<p>Diese Fragen erlauben eine orientierende Beurteilung von Selbstvertrauen, Introspektionsfähigkeit und intrapsychischen Konflikten und geben zugleich Hinweise auf positive Aspekte, die in der Hypnose verwendet werden könnten.</p>
<p>Welche Farbe hat Ihr Schmerz? Welches ist Ihre Lieblingsfarbe?</p>	<p>Die Schmerzfarbe eignet sich gut zur Einbeziehung in hypnotische Bilder. So kann zum Beispiel einem Patienten mit der Schmerzfarbe „Rot“ und der Lieblingsfarbe „Blau“ suggeriert werden, er befinde sich in einem rot angestrichenen Raum und habe den Auftrag, diesen neu zu streichen. Er wird dann aufgefordert, eine Farbe zu mischen und den Raum zu streichen, wobei der Farbwechsel mit dem positiven Gefühl der hypnotischen Entspannung assoziiert wird.</p>
<p>Wenn Sie in die Haut eines Tieres schlüpfen könnten, welches Tier würden Sie wählen?</p>	<p>Die Antwort auf diese Frage kann ebenfalls für hypnotische Suggestionen genutzt werden und gibt zugleich indirekte Eindrücke über die Selbsteinschätzung des Patienten. Sie sollte jedoch eher vorsichtig interpretiert werden.</p>