

Diplomarbeit

**Medizinische Hypnose und
Raucherentwöhnung im Kontext der
Beherrschung kardialer Risikofaktoren
(Fallbeispiele und ausgedehnte Literaturrecherche)**

eingereicht von

Bianca Hahnkamper

Mat.Nr: 0210949

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

Ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Innere Medizin,
Klinische Abteilung für Kardiologie**

Unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. med. Robert Gasser PhD

Graz, April 2009

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, April 2009

Anmerkung:

Um das Lesen der vorliegenden Arbeit zu erleichtern, wurde aus praktischen Überlegungen das generische Maskulinum verwendet. Diese Schreibweise bezieht sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Personen.

Danksagung

Ganz besonders danken möchte ich meinem Betreuer, Herrn Univ.- Prof. Dr. med. Robert Gasser, der mir immer mit freundlichen und geduldsamen Rat zur Seite stand, mir die Augen und den Sinn für medizinische Hypnose geöffnet und mir wertvolle Sichtweisen, Anregungen und Gedankengänge zu diesem Thema mit auf meinen Weg gegeben hat.

Ein von tiefen Herzen kommendes, aufrichtiges Danke an meine lieben Eltern, einfach dafür, dass sie meine Eltern sind und die beiden Menschen, die mich in jeder Hinsicht unterstützt und mich in schlechten Zeiten immer wieder ermutigt haben und ohne die mein Studium gar nie möglich gewesen wäre.

Allen gebührt mein aufrichtiger Dank für die Unterstützung und die Einsicht, dass solch eine Arbeit nur durch mancherlei Rücksichtnahme, entstehen kann.

Diese Diplomarbeit widme ich all den wichtigen Menschen und Wegbereitern in meinem Leben, die mit ihrer Dauerpräsenz meinen Alltag reicher machen und mich zu dem machen, was ich bin!

Allen gebührt mein aufrichtiger Dank!

April, 2009

Bianca Hahnkamper

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	VI
Abstract.....	VII
Material und Methoden	IX
1. Einleitung	11
1.1 Geschichtlicher Hintergrund der Hypnose	12
1.1.1 Paracelsus	13
1.1.2 Vom animalischen Magnetismus zur modernen Hypnose	13
1.1.2.1 Mesmer - der Pionier der Hypnosetherapie.....	14
1.1.2.2 Neues Interesse der Wissenschaft	15
1.1.3 Fundamente der modernen Hypnose	17
1.1.4 Hypnose heute	18
2. Ergebnisse – Resultate.....	20
2.1 Begriffsbestimmungen	20
2.1.1 Was versteht man unter Hypnose und Trance?	20
2.1.2 Was man in Trance alles erleben kann?	21
2.1.3 Körpervorgänge während der Trance	22
2.1.4 Selbsthypnose	23
2.1.5 Rapport	24
2.1.6 Suggestion	25
2.1.7 Reframing	26
2.2 Medizinische Hypnose und ihre Indikationen.....	27
2.2.1 Gynäkologie und Hypnose	29
2.2.2 Kinder und Hypnose.....	30
2.2.3 Hypnose beim Zahnarzt.....	31
2.3 Kontraindikationen	32
2.4 Ist jeder Mensch hypnotisierbar?.....	33
2.5 Suggestibilitätstests	34
2.5.1 Kippexperiment	35
2.5.2 Linienversuch	35
2.5.3 Chevreul'scher Pendelversuch	36
2.5.4 Face to Face – Test	37
2.5.5 Augenrolltest	37
3. Die Durchführung einer Hypnose	38
3.1 Das einleitende Gespräch	38
3.2 Die Hypnoseinduktion.....	40
3.2.1 Die Konfusionstechnik	40
3.2.2 Die Fixationsmethode.....	41
3.2.3 Direkte Methoden.....	42
3.2.3.1 Die Farbkontrastmethode	42
3.2.3.2 Levitationsübungen	43
3.2.3.3 Die Münztechnik	43
3.3 Die Hypnosetiefe, -stadien und ihre Kontrolle.....	44
3.4 Rückführung und Nachbesprechung	45
3.4.1 Grundsätze	45
3.4.2 Vorgehen	46

3.4.3 Nachbesprechung	46
4. Oft gestellte Fragen zum Thema Hypnose	48
4.1 Kann es vorkommen, dass man nicht mehr aus der Trance zurückkommt?	48
4.2 Bin ich dem Hypnotiseur ohne Kontrolle willenlos ausgeliefert?	49
4.3 Wie lange hält das Ergebnis der Hypnose an, und können alte Muster zurückkehren? ...	49
4.4 War ich wirklich in Trance?	50
5. Prävention	51
5.1 Prävention kardiovaskulärer Störungen	51
5.2 Prävention in der Klinik	53
6. Einsatz von Hypnose zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren	54
6.1 Ernährung	55
6.2 Übergewicht	57
6.3 Hypnose bei Essproblemen und zur Gewichtsreduktion	57
6.4 Hypnose im kardiologischen Bereich: Hypertonie & Stress	59
6.5 Alkohol	60
6.6 Hypnose als Hilfe bei Körperschädigung durch Alkohol	61
6.7 Bewegungsmangel	62
6.8 Hypnose zur Bewegungsmotivation und bei Sport	63
7. Genussmittel Tabak als Bedrohung	65
7.1 Nikotin und dessen Wirkung	65
7.2 Fakten zum Thema Rauchen	67
7.3 Die Macht der Sucht	68
7.4 Das Suchtgedächtnis	69
7.5 Risikofaktor Rauchen	70
7.5.1 Tabakassoziierte Erkrankungen	70
7.5.2 Effekt der Raucherentwöhnung auf kardiovaskulärer Ebene	73
8. Zum Nichtraucher durch Hypnose	75
8.1 Raucherentwöhnungstechniken	76
8.2 Notwendige, erfolgversprechende Faktoren	79
8.3 Erfolgsquoten	80
9. Alternative Methoden zur Raucherentwöhnung	81
9.1 Schlusspunkt Methode	81
9.2 „Endlich Nichtraucher“ mit Allen Carr	81
9.3 Nikotinersatztherapie	82
9.4 Anti- Raucher- Pille	83
9.5 Champix	83
9.6 Verhaltenstherapie	84
9.7 Stationärer Therapieaufenthalt	85
9.8 Impfung gegen Rauchen	85
9.9 Was, wenn man es trotzdem nicht schafft?	86
10. Fallbeispiele (Textausschnitte)	87
10.1 Fallbeispiel 1: direkte posthypnotische Suggestion	87
10.2 Fallbeispiel 2: Zukunftsprojektion und Selbsthypnose	89
10.3 Fallbeispiel 3: Verwirrung und indirekte Suggestion/ Metapher	91
11. Diskussion	95
12. Literaturverzeichnis	97
13. Abbildungsverzeichnis	111
14. Curriculum Vitae	113

Zusammenfassung

Hintergrund: In dieser Diplomarbeit wird die Effektivität von Hypnose bei Raucherentwöhnung im Kontext der Beherrschung kardialer Risikofaktoren untersucht. Zu Beginn der Diplomarbeit wird ein umfangreicher Überblick zur Hypnose gegeben. Hypnose wird zunächst historisch eingeordnet und anschließend die damit verbundenen Phänomene, Techniken und Begriffe erklärt. Anschließend wird versucht, die Vielzahl verschiedener grundlegender Theorien zum Thema Hypnose darzustellen und einzuordnen. Nachfolgend wird von Anwendungsmöglichkeiten und Anwendungsgebieten berichtet, vor allem in Bezug auf Raucherentwöhnung und kardialen Risikofaktoren. Diese werden durch Fallbeispiele illustriert. Hauptziel dieser Diplomarbeit ist es, die Wirksamkeit von therapeutischer Hypnose bei Nikotinabusus aufzuzeigen und dem oft falschen, durch Medien verzerrten, mystischen Bild der Hypnose entgegen zu treten.

Methoden: Zur Darlegung dieser Thematik wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, sowie zentrale Textabschnitte von drei Fallbeispielen aufgezeichnet und diskutiert.

Ergebnisse: Bei Trance handelt es sich um einen sehr tiefen und entspannten Zustand, der sich in Alphawellen im EEG präsentiert. Seit jeher ist Hypnose eine bewährte Methode zur Unterstützung des Wohlbefindens und der Gesundheit. Die Anwendung hypnotischer Techniken hat in den letzten Jahren auch in der Medizin als erfolgreiche Begleitmaßnahme, im deutschsprachigen Raum eine enorme Verbreiterung erfahren. Ärztliche Hypnose wird bei vielen medizinischen Indikationen unabdingbar und erfolgversprechend eingesetzt. Die Fallbeispiele unterstreichen Möglichkeiten von Hypnotherapie bei Rauchstopp. Hypnose ist ein vollkommen natürlicher Zustand, der spontan oder von außen induziert auftreten kann. Mit zunehmender Stressbelastung und Reizüberflutung in der heutigen Zeit gewinnt die Anwendung von tranceartigen Zuständen zur Entspannung, Loslassen, Selbstwertstärkung oder Konzentration auf die verschiedensten Dinge immer mehr an Bedeutung.

Diskussion: Im Allgemeinen ist die Wirksamkeit einer Hypnose bei Raucherentwöhnung empirisch gut belegt. Sowohl bei der Reduktion von Ängsten, als auch im Umgang mit Stress und anderen kardiovaskulären Risikofaktoren. Hypnose bietet eine wirkungsvolle, nebenwirkungsarme Methode, die vor allem in der Kardiologie eine Bereicherung der Therapieschemata darstellt und mehr Anklang im klinischen Bereich finden sollte.

Abstract

Introduction: This diploma thesis shall investigate the efficiency of hypnosis used for smoking cessation and furthermore in the context to cardiovascular risk factors control. The first part of the diploma thesis will give an extensive overview of the scope of application of hypnosis. Afterwards, techniques, trance phenomena, pattern of hypnotic communication and special terms will be explained.

Subsequently, a description of the different forms and types of hypnotic treatment will be discussed. Furthermore the fields of application and opportunities arising from this form of treatment will be expounded. Particular attention is paid to the use of hypnosis in smoking cessation and the prevention of cardiovascular risk factors. This will be illustrated by case studies. The main aim of this diploma thesis is to reiterate the potency hypnosis for patients with a smoking habit and to reframe the mysterious and faulty ideas associated with hypnosis and hypnotherapy.

Methods: A review of literature and three case studies were undertaken and discussed for a detailed examination of this topic.

Results: The state of hypnosis is a condition of focused consciousness and is represented by an increased number of alpha-waves in the EEG. In many cultures hypnosis has been an established method to support human well-being, lifestyle and health. Hypnosis is an entirely normal state, which can appear spontaneously or can be induced externally.

Medical hypnosis is applied successfully in many specific medical fields and for some indications it will be indispensable (e.g. tinnitus). The case studies demonstrate some technical options that can be implied when using hypnotherapy in smokers. The texts used during hypnosis are discussed.

Because of increased stress situations and massive stimulus saturation of our century, hypnosis and trance find application in relaxation; help with concentration and to boost self-esteem.

Discussion: In summary, a bulk of literature has established hypnosis as an effective tool to thwart habitual smoking.

Similarly, hypnotherapy has been shown to be a useful support in a large variety of therapeutic strategies.

Material und Methoden

Der folgende Abschnitt bringt den Aufbau dieser Arbeit näher und zeigt die Vorgehensweise einer Literaturrecherche.

Die Kernfrage der Arbeit bezieht sich auf die Anwendung von medizinischer Hypnose zur Raucherentwöhnung und der Beherrschung der damit verbundenen Risikofaktoren, das Problem des Nikotinabusus und damit verbundene pathophysiologischen Auswirkungen, Komplikationen und Entwöhnungsprogramme.

Es wird erläutert wie groß das Spektrum der Hypnose ist, in dem präventiv und unterstützend zu anderen medizinischen Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten gearbeitet werden kann.

Detaillierte Fallbeispiele mit Erfahrungsberichten erörtern die Arbeit mit Rauchern näher und geben tieferen Einblick in Technik und Methoden der Hypnose. Noch dazu dienen Falldemonstrationen sehr gut um aufzuzeigen, wie effektiv diese Therapieform in der Anwendung ist.

Unter Hypnose veranlasste Verhaltens- und Lebensstiländerungen, vor allem bei Nikotinabusus, können einen nachhaltig positiven Effekt auf die kardiovaskuläre Risikofaktorenreduktion erzielen.

Der Wert der Arbeit liegt darin aufzuzeigen welchen Stellenwert die Hypnose in der modernen Medizin erreichen kann, wie nebenwirkungsarm man Menschen bei einer Suchtproblematik unterstützen kann, das Therapiespektrum der Hypnose zu erläutern und sich genauer zu überlegen wie sehr man diese auch selbst in den Alltag einbauen kann.

Informationen für die Literaturrecherche wurden aus der wissenschaftlichen Datenbank „PubMed“ des „national Center for Biotechnology Information“ (NCBI) (unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>) gewonnen. Durch Eingabe englischer Stichwörter oder der Namen der Autoren konnte die Suche erfolgreich von Statten gehen. Mit der Option „Limits“ konnten Eingrenzungen vorgenommen werden um die Suche zu erleichtern oder Artikel präziser zu definieren. Unter „Related Articals“ konnten weitere Publikationen zu dem entsprechenden Thema gefunden werden. Sehr hilfreich war es auch die Büchersuche über „Books“ in Anspruch zu nehmen um nicht nur Journals sondern auch größere Literaturen für Wissensvertiefung nutzbar zu machen.

Folgende Eingaben der Suchbegriffe wurden in Gebrauch genommen:

hypnosis/ hypnotherapy/ indications AND hypnosis/ prevention programs/ pregnancy AND hypnosis/ coronary heart disease/ Mediterranean diet/ obesity/ weight management/ alcohol/ walking, movement, sports/ smoking AND hypnosis/ smoking cessation/ hypnotherapy AND smoking cessation/ COPD/ fear/ hypertension/ stress/ posthypnotic suggestion

Hinsichtlich der Literaturrecherche wurden sachgemäße Fachbücher und wissenschaftlich fundierte Websites im Internet herangezogen.

Die Ergebnisse der Erhebungen und literarischen Suche werden in Kapiteln und nach Themengebiet geordnet beschrieben und verwertet.

Forschungsfrage und Zielsetzung sind für beide Geschlechter gleichermaßen effizient, auch wenn geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren bestehen.

1. Einleitung

Hypnose ist eine Jahrtausend alte Methode zur Unterstützung des menschlichen Wohlbefindens und der Aufrechterhaltung der Gesundheit. Erfahrungen mit Hypnose erstrecken sich über viele Epochen hinweg und zeigen in unterschiedlichen Anwendungsformen und –gebieten ihre Effizienz.

Da sich auch die Hypnoseforschung in den letzten Jahren vertieft und weiterentwickelt hat, findet diese Methode immer mehr Anklang im klinischen Bereich und stellt ein weites Einsatzgebiet ärztlicher Indikationen dar.

Leider werden die Vorstellungen der Menschen immer wieder mit Falschannahmen und dem mystischen Bild der Hypnose durch Showdarbietungen verzerrt. Mit dieser Diplomarbeit wird versucht, diese falschen Vorurteile mit seriösen Fakten und Erfahrungen durch Studien zu widerlegen.

Die Diplomarbeit liefert zunächst einen historischen Überblick über Entwicklung und Hintergründe der Hypnose und zeigt auf, wie tief verwurzelt die Erfahrungen mit Hypnose sind.

Anschließend werden Begriffsdefinitionen zum näheren Verständnis dargebracht, Fragen zum Thema Hypnose selbst erörtert, Trancephänomene sowie medizinische Indikationen in der modernen Medizin aufgezeigt und eine Beschreibung einer Hypnosedurchführung geliefert.

Auf den Einsatzbereich medizinischer Hypnose bei Raucherentwöhnung und der Eindämmung kardialer Risikofaktoren wird im Speziellen eingegangen.

Fallbeispiele zu diesem Thema sollen den Einsatz im medizinischen Alltag näher bringen, während auch andere alternative Entwöhnungsmethoden dabei aufgezeigt werden und stets als unterstützende Maßnahme bedacht werden.

1.1 Geschichtlicher Hintergrund der Hypnose

Die Hypnose existiert schon so lange wie die Menschen selbst. Keilschriften, erstellt in den Ländern am Euphrat und Tigris, überliefen uns Praktiken der ältesten Hochkultur, der Sumerer, die besagen, dass schon 4000 vor Christus Hypnoseverfahren bekannt waren, die noch heute in analoger Form angewendet werden.

In der Priesterschule von Erech wurde seit jeher ein Schriftwerk aufbewahrt, das Beweise enthält, dass schon damals Priesterärzte kranke Menschen mit hypnotischen Verfahren heilten.

Auch in der Sanskritkultur der Inder wurden Begriffe wie Wachschlaf, Traumschlaf und Wonneschlaf verwendet, die zusammen mit Selbsthypnose noch heute bei gewissen Yogatechniken angewendet werden.

In Ägypten waren die angewandten hypnotischen Verfahren den heutigen sehr ähnlich. Es wurden den Menschen glänzende Scheiben aus Metall vor die Augen gehalten, um einen schlafähnlichen Zustand hervorzurufen, indem sie die Augen ermüdeten. Dies lässt sehr stark an die Fixationsmethode erinnern (Vgl. Tepperwein, 1977).

Im alten Griechenland war Hypnose als Tempelschlaf eine Art Heilmethode. Die Patienten suchten Tempel, damalige Therapiezentren auf und unterzogen sich Waschungen, duftenden Bädern, Diäten und langen Anreisen. Dann legten sie sich zum Schlaf nieder und die Priester sprachen durch versteckte Trichter zu ihnen. Ihre Stimmen wurden als die Stimmen Gottes wahrgenommen und die Anweisungen strengstens befolgt (Vgl. Riedel, 2009).

Bis zur Mitte des sechsten Jahrhunderts blieb Hypnose als Tempelschlaf erhalten, dann rissen Mönche das uralte Wissen an sich und heilten Menschen mit Gebeten und Handauflegen. Ab dem elften Jahrhundert zeigen sich erste Elemente der Selbsthypnose. Hesychasten fokussierten den eigenen Bauchnabel um sich so in Trance zu versetzen.

1.1.1 Paracelsus

Weniger bekannt unter dem Namen Theophrastus Bombastus von Hohenheim vertrat Paracelsus (1493-1541) die Meinung, dass die beste Medizin der „innere Arzt“ sei. Er beschrieb folgende, in Kärnten durch Mönche durchgeführte Methode:

Die Patienten wurden dazu animiert in glitzernde Kristallkugeln zu blicken und der eintretende Tiefschlaf wurde von den Mönchen mit Suggestionen zur Gesundung versetzt (Vgl. Tepperwein, 1977). Er war der Meinung, dass magnetische Kraftfelder in den Körpern der Menschen strömen, die zu Krankheiten führen können und ein gelehrter Arzt konnte diese durch „Hand auflegen“ umlenken und unschädlich machen (Vgl. Riedel, 2009).



Abbildung 1: Paracelsus (siehe Abbildungsverzeichnis, S 111)

Doch mit der Inquisition rückte diese Art von Hypnose schnell in den Hintergrund, weil Assoziationen mit dem Teufel getroffen wurden.

1.1.2 Vom animalischen Magnetismus zur modernen Hypnose

1646 beschrieb der Jesuitenpater Athanasius Kircher (1606-1680) in seinem Buch „Experimentum Mirabile“ zum erste mal eine Tierhypnose, bei der ein Hahn in einen tranceähnlichen Zustand versetzt wurde. Damit begannen auch die ersten wissenschaftlichen Bearbeitungen und Erforschungen dieses Themas und damit war auch ein erster Schritt in Richtung des „animalischen Magnetismus“ nach Franz Anton Mesmer getan (Vgl. Preiß, 2009).

Auch Maximilian Hell (1720-1792), ebenfalls ein Anhänger des Jesuitenordens, war davon überzeugt Kranke, mit selbst angefertigten Magneten in Form der erkrankten Organe, durch Auflegen auf schmerzhafteste Körperstellen zu heilen (Vgl. Tepperwein, 1977).

1.1.2.1 Mesmer - der Pionier der Hypnosetherapie

Mit Franz Anton Mesmer (1734-1815), der durch Maximilian Hell inspiriert wurde, nahm die Geschichte der modernen Hypnose seinen Lauf. Er erkannte, dass man für das Erreichen dieser hypnotischen Zustände keinen Himmels-, Mineral- oder Eisenmagnetismus benötigte, sondern nur das von ihm so benannte eigene „Fluidum“, das mittels von oben nach unten führenden Streichbewegungen auf die kranken Menschen übertragen wurde.

1775 brachte Mesmer ein Rundschreiben heraus, das 27 Lehrsätze seiner Theorie enthielt. Das natürliche Gleichgewicht dieses Magnetismus wieder herzustellen, so meinte er, wäre verantwortlich für die Genesungserfolge der Patienten. Durch die Umverteilung der Energie kam es dann zu krampfartigen Zuckungen, Schüttelkrämpfen, Schreien und Spasmen des Körpers (Vgl. Riedel, 2009).

Doch aufgrund seiner außergewöhnlichen Resultate, vor allem in Hinblick auf die Heilung der jungen Pianistin Marie Therese Paradis, die seit dem vierten Lebensjahr erblindet war, gewann er einige Feinde unter seinen Kollegen und so musste er 1778 Wien den Rücken kehren und zog nach Paris. Dort eröffnete Mesmer eine Praxis, in der ein mit Wasser und Eisenspänen gefülltes Becken stand und der sich darin befindliche Magnetismus war für die Heilung verantwortlich. Dabei dürften die Suggestionen Mesmers und die Erwartungshaltung der meist hysterischen Patientinnen die tragkräftigeren Aspekte gewesen sein.

Neider und Intriganten, waren jedoch der Meinung, dass sich diese Heilungsprozesse aufgrund der Einbildungskraft einstellen und er wurde der Scharlatanerie bezichtigt (Vgl. Wolters, 1988).

So wurde der französischen Ärzteschaft verboten, den Theorien von Mesmer zu folgen. Darüber hinaus war die Laufbahn Mesmers auch von der französischen Revolution und der beginnenden Aufklärung überschattet.

1.1.2.2 Neues Interesse der Wissenschaft

Eine große Rolle in der Etablierung der Hypnose spielte der englische Augenarzt James Braid (1795-1860). Durch die Fixation eines Knopfes in Augenhöhe, gelang es ihm seine Probanden in eine Art Schlaf zu versetzen.

Er nannte diesen schlafähnlichen Zustand «Hypnose», abgeleitet vom griechischen Gott des Schlafes, Hypnos (Vgl. Zimmermann, 2008).

Ambroise A. Liébeault (1823-1904) versuchte die Fixationsmethode von Braid nachzuvollziehen und fand diese in mehreren Patienten bestätigt.

1895 begann sich Professor Hippolyte Bernheim(1843-1919) für die Theorien von Liébeault zu interessieren. Der Professor schickte einen Patienten mit chronischen, unbehandelbaren Ischiasbeschwerden zu seinem Kollegen, der sofortige Genesung nach einer Hypnose erfuhr. So kam es, dass der Professor, überzeugt von dieser Behandlungsmethode sich mit Liébeault zusammenschloss und die Hypnoseschule der Universität Nancy gründete. Damit stand der wissenschaftlichen Anwendung der Hypnose nichts mehr im Wege.

Ein Nachfolger der Schule von Nancy war Emile Coué (1857-1926) entwickelte die Lehre der modernen Autosuggestion.

Er stellte fest, dass jede Suggestion eine Autohypnose sei und im Patienten eine Vorstellung der beabsichtigten Wirkung erzeugt werde.

Da er Apotheker war, versuchte er Medikamentenwirkungen positiv zu behaften, indem er Suggestionen verwendete wie: «Dieses Medikament wird Sie sehr schnell gesund machen.». Coué setzte auch die berühmte Autosuggestion «Es geht mir mit jedem Tag und in jeder Hinsicht besser und besser.», in die Welt (Vgl. Zimmermann, 2008).

Auch der russische Forscher Iwan P. Pawlow (1849-1936) prägte die Geschichte der Hypnose mit seinem berühmten Hundeversuch: Einem angebundenen Hund wurde Fleisch vor die Nase gestellt, was mit einer vermehrten Speichelproduktion verbunden war, gleichzeitig ertönte eine bestimmte Glocke. Diese Abfolge wurde immer und immer wieder wiederholt. Nach einigen Malen setzte die Speichelproduktion beim einzelnen Glockenton ein, auch wenn kein Fleisch vor dem Hund stand.

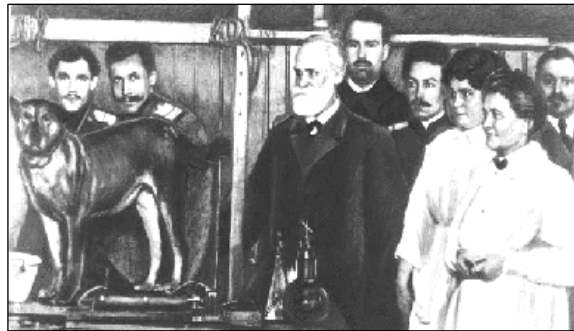


Abbildung 2: Hundeversuch nach Pawlow (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Damit zeigte er, dass jeder Reiz sich einen Weg in die Hirnrinde über eine Nervenbahn sucht und aufgrund einer ständig gleich bleibenden Wiederholung eine zwanghafte Schläfrigkeit verursacht, die dann einen tranceartigen, hypnotischen Zustand hervorrufen kann.

Pawlow definierte ererbte und erworbene Reflexe, damit konnte er das menschliche Unterbewusstsein, aber vor allem Nervenmechanismen experimentell erforschen (Vgl. Tepperwein, 1977).

Johannes Heinrich Schultz (1884-1970) Neurologe in Jena, entwickelte das „Autogene Training“, das im Prinzip einer Selbsthypnose entspricht. Eine tiefe Entspannung durch Konzentration auf sich selbst gerichtet, soll dabei erzeugt und Gelassenheit, Disziplin und Leistungssteigerung erzielt werden. Im Allgemeinen distanziert sich Autogenes Training strikt von Hypnose, es werden zwar ähnliche physische und psychische Aspekte erzielt, jedoch autogen und komplett selbst kontrolliert.

Genauere Haltungen, wie Liegen, Lehnstuhllage oder Droschkenkutschershaltung werden eingenommen und verschiedene Übungstechniken, basierend auf Schwere, Wärme, Herz- und Atemrhythmus angewendet. Heutzutage allerdings wird Autogenes Training meist klar von der medizinischen Hypnose abgegrenzt (Vgl. Schultz, 2003).

Während beim Autogenen Training immer strenge Vorgaben mit direkten Suggestionen verwendet werden, wird in der Hypnose mehr mit spontan ablaufenden Erlebnissen, geprägt durch Umwelt und den Patienten selbst, gearbeitet.

Weiters kann man Selbsthypnose schon nach einigen wenigen Übungseinheiten beherrschen und erfahren, während es beim Autogenen Training einer entschiedenen Selbstdisziplin bedarf um erst nach langem Üben in einen entspannenden Trancezustand zu gelangen (Vgl. Eberwein, Schütz, 2001)

1.1.3 Fundamente der modernen Hypnose

Milton H. Erickson (1901-1980), Mediziner und Psychotherapeut führte in den 60er Jahren die Hypnose wieder ein und entwickelte einen individuellen, permissiven (nicht autoritären) Geschichten- und Metaphern-Stil und grenzte sich damit von der klassischen Hypnose ab (Vgl. Zimmermann, 2008).

Erickson war ein Meister der hypnotischen Sprache und war der Meinung, dass patientenindividuelle Geschichten und Suggestionen die Trancezustände vertiefen und leichter aufnehmbar machen würden (Vgl. Fricke, 1999). Für Erickson war jeder Mensch ein einzigartiges Individuum mit einzigartigen und eigenen Charakterzügen, Werten, Lebenserfahrungen und Qualitäten. Genau diese patientenspezifischen Merkmale nutzte Erickson als Ressource in der Therapie um es den Patienten zu ermöglichen eigene Ziele zu verwirklichen (Utilisationsansatz).

Dies bedeutet nichts anderes als, dass alles was der Patient in sich selbst trägt für seinen Therapieerfolg auch verwendet wird.

Erickson selbst war kein Freund von fundierten Theorien und wollte auch sein Wissen nicht derart präsentieren, vielmehr lag es ihm in Fallbeispielen und Geschichten sein therapeutisches Procedere darzulegen und so entstanden seine bekannten Werke (Vgl. Erickson, 1997).

Für Erickson war der Trancezustand eine Veränderung des Bewusstseins mit daran gebundener Entspannung, bei der, patientenspezifische Ressourcen aufgespürt und geweckt werden, um damit Lösungen für krankmachende Beziehungen und Zusammenhänge zu finden. Keine zwei Menschen auf der Welt sind gleich und so ergab sich ein individuelles Therapiekonzept.

Erickson ging davon aus, dass alle Kraft und jeglicher Heilungsansatz sowie die einzelnen Lösungen für Probleme schon im Unbewussten des Patienten tief verankert seien. Dem Patienten müsse der Weg dorthin nur gezeigt werden. Trance war für ihn nichts anderes als der Übersetzer zwischen Bewussten und Unbewussten. Unglückliches sollte einfach mit der Vergangenheit weggeschickt werden und man sollte sich auf neue Aufgaben, neue Tage und die Zukunft konzentrieren (Vgl. Scholz, 1994).

Milton H. Erickson gewann nicht nur großen Einfluss auf die moderne Hypnotherapie, sondern auch auf zahlreiche seiner Nachfolger.

1.1.4 Hypnose heute

Während der Weltkriege wurde Hypnose oft dafür eingesetzt posttraumatischen Stress zu bewältigen und etwaige Kriegsneurosen zu behandeln. Eine heute über 70-jährige Augenzeugin, die im Zweiten Weltkrieg als Krankenschwester in einem Lazarett tätig war erzählte auch, dass, wenn analgetische Mittel knapp wurden, Schmerzen mit Hypnotherapie bewältigt wurden.

1955 erkannte die British Medical Association die Hypnotherapie als wirksame Behandlungsform an, 1958 tat ihr die amerikanische Ärztesgesellschaft dies gleich und von diesem Zeitpunkt an war ein Meilenstein gesetzt worden (Vgl. Fricker, Butler 2004).

Die Hypnoseforschung hat sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Bildgebende Verfahren spielen dabei eine wesentliche Rolle. Die Auswirkungen der Hypnose auf Hirnfunktionen wurden mittels EEG nachgewiesen und auch modernere Verfahren wie die Positronen- Emissions- Tomografie (PET) oder die Magnetresonanztomografie (MRT) können genauere Einblicke über die Hirnaktivität während einer Trance in bestimmten Gehirnarealen liefern.

Es konnte gezeigt werden, dass es sich bei Hypnose um einen sehr tiefen und entspannten Zustand handelt, der sich in Alphawellen, die sich physiologischerweise kurz vor dem Einschlafen präsentieren, widerspiegelt. Je tiefer die Entspannung den Körper einnimmt, desto mehr Delta- und Thetawellen zeigen sich im EEG.

Es stellte sich ebenfalls heraus, dass die früher angenommene Lateralisationstheorie, mit vorangehender rechter Gehirnaktivität und anschließend linker während einer Hypnoseinduktion zu verwerfen sei. Es zeigte sich vielmehr eine Betonung des Frontalhirns mit vermehrter Perfusion (Vgl. Walter, 2008).

2. Ergebnisse – Resultate

2.1 Begriffsbestimmungen

Begriffsdefinitionen des Faches und allgemeine Fragen zum Thema Hypnose sollen das Verständnis erleichtern und einen Überblick über fachspezifische Sprachmuster liefern.

2.1.1 Was versteht man unter Hypnose und Trance?

Der Begriff Hypnose selbst leitet sich aus dem griechischen hypnos (Υπνος), was nichts anderes als Schlaf bedeutet, ab. Doch Hypnose selbst ist weder ein Schlaf-, noch Wachzustand sondern induziert einen veränderten Bewusstseinszustand, der Trance genannt wird.

Diese Zustandsform bedingt eine tiefe Entspannung und eine erhöhte Konzentration auf den Hypnotiseur oder auf eine einzige Sache, die Suggestion. Im Prinzip ist es nichts anderes als ein natürlicher, alltäglich vorkommender Zustand, der sich schon beim Lesen, Musikhören, Fernsehen oder Autofahren einstellen kann.

Das Unterbewusstsein, der eigentliche Motivator eines jeden einzelnen ist durch Hypnose leichter zugänglich, während das kontrollierende Bewusstsein in den Hintergrund rückt. Man ist daher nicht außer Gefecht gesetzt, denn zu jedem Zeitpunkt ist dem Patienten trotzdem klar, was passiert und er kann jedes Geräusch und Gesagte wahrnehmen und reaktionsfähig handeln.

Trance kann in verschieden tiefe Stadien eingeteilt werden, und kann vom leichten bis zu schlafwandelähnlichen Stufen, nach denen sich sogar Gedächtnislücken und Schmerzfreiheit ausbilden können, reichen. Wenn man die Umwelt kurzzeitig vergessen oder in eine Fantasiewelt abdriften kann, ist das Trance. Das Alltagsbewusstsein und das rationale Denken treten in den Hintergrund und schaffen Platz für tiefere Empfindungsebenen.

Trance kann durch verschiedenartige Zugangswege ausgelöst werden. Durch Selbsthypnose, Meditationen, Hyperventilation, Massagen, duftenden Dämpfen, Musik, psychotropen Substanzen oder einfach durch Hypnotiseure mit angenehmen monotonen Stimmen.

Es können nicht erahnte Wesensmerkmale, Kräfte und Talente mobilisiert werden und schließlich der Kopf einfach von belastenden Alltagsdingen befreit werden. Eine willkommene Möglichkeit aus Ängsten, Depressionen oder Schmerzzuständen zu fliehen. Intention der Hypnose ist es dem Unterbewusstsein das einzuprägen, was das Bewusstsein schon lange erkannt hat (Vgl. Eberwein, Schütz, 2001).

Das Ziel der Hypnose steuert die Beeinflussung des vegetativen Nervensystems an, wodurch eine vegetative Stabilisierung eintritt, sich Schmerzfreiheit, Gelassenheit und Selbstvertrauen einstellen (Vgl. Lenz, Küfferle, 2002).

2.1.2 Was man in Trance alles erleben kann?

In einer Trance zeigen sich dem Hypnotisierten vielfältige und zahlreiche Phänomene, die jedoch bei jedem einzelnen individuell sind und nicht bei jedem Patienten so und in dieser Form auftreten müssen, außerdem wird sie ein jeder anders erfahren und einordnen.

Der hypnoide Zustand selbst, ist wie der komplett entspannte, ermüdende Zustand nach langem Fernsehen: die Atmung und der Herzschlag verlangsamen sich, eine Schwere- oder Leichtigkeitgefühl kann auftreten, manche Menschen erzählten auch schon von einem schwindelähnlichem Gefühl.

In diesem entspannten Moment zeigen sich häufig lautere, lebhaftere Darmgeräusche, ideomotorische Muskelbewegungen (=unwillkürliches Muskelzucken), die sich zum Beispiel in Fingerklopfen ausdrücken können und ein vermehrter Schluckakt, aufgrund von Trockenheitsgefühl im Mund.

Wärme-, und Kälteempfinden können verändert sein, genauso wie die beiden Temperaturwahrnehmung auch gleichzeitig auftreten können, beispielsweise in Form eines warmen Körpers aber kalte Extremitäten oder Akren.

Immer wieder kann man bei hypnotisierten Menschen rapid eye movements entdecken, die sich als schnelle Augapfelbewegungen unter geschlossenen Lidern zeigen. In tieferen Trancezuständen tritt das bekannte Augenlidflattern auf.

Die Konzentration in der Hypnose richtet sich nach innen, sodass äußere Reize einfach ignoriert oder ausgeblendet werden. Der ganze Körper liegt ausgestreckt und entspannt da. Diese Tiefenentspannung kann sich auch im Gesicht in Form einer Symmetrie und Weichheit der Mimik und Gesichtszüge Ausdruck verschaffen. Es kann aber auch zu kataleptischen Ereignissen kommen, bei denen Körperteile ganz starr werden. Häufig treten Gedächtnislücken und vermindertes Erinnerungsvermögen auf, die mit einer ausgeprägten Zeitverzerrung einhergehen.

Alles in allem ist es ein angenehmer, wunderschöner Zustand, in dem sich den Menschen die schönsten Bilder und Gefühle eröffnen können und der wesentlich zu einem körperlichen Wohlbefinden beitragen kann.

2.1.3 Körpervorgänge während der Trance

Auf körperlicher Ebene beeinflusst ein derartiger tiefenentspannter Zustand mehrere Vorgänge im Organismus und den Stoffwechsel:

Das Herz- Kreislaufsystem beginnt sich zu stabilisieren und schaltet ebenfalls auf Entspannung um und reagiert mit einem abfallenden Blutdruck, einer sinkenden Herzfrequenz und einen damit sinkenden Sauerstoffverbrauch des Herzens. Die Durchblutung der kleinsten Gefäße steigt und Sauerstoff gelangt bis hin zu den kleinsten Zellen.

Die Atemfrequenz wird zwar langsamer, aber dennoch viel tiefer. Der Stoffwechsel passt sich der Entspannung an, der Energieverbrauch wird gesenkt und Kräftepools neu angereichert und dem gesamten Körper wird eine entspannende Pause gegönnt.

Die Konzentration von Stresshormonen sinkt, der Erholungseffekt wird dadurch verstärkt, das Immunsystem wird positiv getriggert, da die Aktivität körpereigener Abwehrzellen zunimmt.

Sämtliche Muskeln im Körper entspannen sich, die Durchblutung kann dadurch auch dort verbessert werden, was einen positiven Effekt für Verspannungen und Verkrampfungen liefert und Gelenke und Wirbelsäule können entlastet werden (Vgl. Blohm, 2006).

2.1.4 Selbsthypnose

Selbsthypnose ist ein auf verschiedene Methoden zurückgreifendes, selbst induziertes Herbeiführen von hypnoiden Zuständen. Prinzipiell können gleich tiefe Trancezustände mit Schmerzfreiheit und Amnesien erlebt werden, wie bei einer Heterohypnose, jedoch tritt der hypnoide Zustand bei einer Autosuggestion viel langsamer auf. Das Erlernen einer Selbsthypnose erfordert Zeit, Disziplin, Achtgeben auf den eigenen Körper und innere Wahrnehmung.

Fällt es dennoch schwer so gibt es eine weitere Möglichkeit das Erlernen zu beschleunigen. Eine Übertragung des Rappports auf den Patienten durch den Hypnotiseur in einer Sitzung, sodass der Patient beim nächsten Versuch einer Selbsthypnose, mit einem bestimmten suggerierten Wort in einen tranceartigen Zustand verfällt.

Zeit, Körperstellung und Ort sollten immer so gewählt werden, dass man sich ausgesprochen wohl fühlt und weder unter Störung noch Stress steht. Musikalische Klänge, angenehme Atmosphäre, gedämpftes Licht und aromatische Düfte können dazu genutzt werden, um die Tiefenentspannung noch zu verstärken. Sehr geübten Menschen kann es sogar gelingen im Park oder auf dem Weg zur Arbeit in öffentlichen Verkehrsmitteln einen tranceartigen Zustand zu erreichen.

2.1.5 Rapport

In der Hypnose sind Konzentration und Bewusstsein des Patienten auf den Hypnotiseur gerichtet und äußere Reize und Umweltvorgänge treten in den Hintergrund (Vgl. Tepperwein, 1977).

Rapport also ist die zwischenmenschliche Beziehung, die man zueinander aufbaut und daraus folgt dann die Abstimmung und Anpassung untereinander.

Wenn Menschen miteinander kommunizieren, gleichen sie sich auf unbewusster Ebene sowohl verbal, als auch nonverbal, einander an. Es werden ähnliche Worte verwendet, Sprechgeschwindigkeit und Tonlage einander angepasst, gleiche Bewegungsabläufe und Körperhaltungen eingenommen sowie Gestik und Mimik widerspiegelt. Es sollte jedoch kein übertrieben-auffälliges Nachahmen sein.

Sobald Rapport besteht ist es leichter Vertrauen aufzubauen und Kritik zu vermindern. Einfühlungsvermögen und Respekt sind dabei wichtige Aspekte.

Rapport ist in der Hypnose sehr wichtig für das Erreichen des Trancezustandes, denn damit steigt auch die Aufmerksamkeit auf den Hypnotiseur und Suggestionen können effizient verwendet werden (Vgl. Gasser, 2006).

Hypnotischer Rapport wird durch Pacing hergestellt (Angleichen, Spiegeln, Mitgehen) und kann verbal und nonverbal durchgeführt werden.

Verbales Pacing wird von Empathie und emotionalen Erlebnissen geprägt, besteht aus Wiederholen von Worten und Denkweisen des Patienten.

Es werden vorwiegend Aussagen getätigt, die mit den Wertvorstellungen und den Meinungen des Patienten einhergehen und dadurch seine Bejahung finden. Diesen Zustand nennt man Ja-Haltung (Yes- Setting), bestehend aus drei Pacing- Aussagen und einer nicht- nachvollziehbaren, inkonkreten Suggestion, die dann zum Pacing und Leading des Patienten führen. Die Wirkung der Suggestion wird entschieden durch die ersten drei Aussagen und inwiefern diese mit der Meinung des Patienten kompatibel sind (Vgl. Erickson & Rossi, 1981).

Ein Yes - Setting könnte so aufgebaut sein: Sie sitzen auf diesem Sessel, starren auf diese Wand, nehmen die Natur und die Sonne von draußen wahr und währenddessen sinken sie tiefer und tiefer in ihr Inneres.

Nonverbales Pacing zeichnet sich durch ähnlich werden in Rhythmus, Geschwindigkeit und Klang der Stimme sowie Wahrnehmung des Körpergefühls, der Körperhaltung des Gegenüber aus. Herstellung von Rapport durch diese Techniken dient der Reaktionsbereitschaft des Patienten und eine wichtige Voraussetzung für die Hypnose (Vgl. Erickson & Rossi, 1981)

2.1.6 Suggestion

Wer in Angst vor Suggestionen lebt, dürfte nicht mehr essen, trinken, atmen, sehen, hören, fühlen, kurz: er müsste sich vollkommen von der Umwelt zurückziehen, da er sonst ständig ihren Einflüssen (= Suggestionen) ausgesetzt ist (Vgl. Meinhold, 1980).

Suggestion erweist sich als eine bestimmte Vorstellung, die im Unterbewusstsein des Hypnotisanten durch Wortspiele, Erinnerungen an schöne Ereignisse, Bilder oder Gefühlsregungen hervorgerufen wird. Je anschaulicher und prägnanter diese Suggestionen der Person näher gebracht werden umso tiefer wird sie sich im Unterbewusstsein manifestieren.

Demnach ist es also keine bewusste Reaktion sondern vielmehr eine vom Patienten gewollte Manipulation des Unterbewussten. Deshalb muss die Suggestion selbst unbedingt mit Willen, Glaubensvorstellungen und Denkweisen der Person übereinstimmen. Suggestionen können nur dann verwirklicht werden, wenn sie wie ein Schlüssel zum Schloss der Psyche des Patienten passen.

Sie sollte klar, verständlich und offen formuliert sein und um sie wirklich effizient einzuprägen, mehrmals wiederholt werden. Suggestionen können sich durchaus der Logik entziehen, wichtig ist nur die bildhafte Umwandlung.

Man unterscheidet Fremdsuggestion von Autosuggestion, wobei jede Suggestion von der Person selbst in eine bildhafte Vorstellung umgewandelt und verwirklicht wird (Vgl. Tepperwein, 1977).

Posthypnotische Suggestionen, wirken zu einem späteren Zeitpunkt, nach einer Hypnosesitzung noch nach oder beginnen erst dann zu wirken. Sie erleichtern es dem Patienten gewisse Gewohnheiten zu verändern oder gegen neue Gedankengänge zu tauschen, während diese oft gar nicht wissen bestimmte posthypnotische Aufforderungen erhalten zu haben.

Milton H. Erickson verwendete häufig nachhaltig wirkende Suggestionen indem er folgende Sätze einbaute:“ Und meine Stimme wird mit dir gehen, wo immer du auch bist.“

Mit dieser Aussage konnte er eine tiefe Verbindung mit dem Patienten aufbauen, sowohl während als auch nach der Sitzung, als Auslöser für eine posthypnotische Suggestion (Zit. nach: Erickson, (2003), S.33).

Allerdings ist die posthypnotische Suggestion sehr schwer durchzuführen, da sie in Zeitpunkt, Formulierung sehr genau angepasst werden muss und mit keinerlei Widersprüchen in Verbindung stehen sollte.

In vielen Auflistungen zählen posthypnotische Suggestionen und Taten sowie posthypnotische Amnesie zu den wohl schwierigsten Aufgabestellungen des Hypnotiseurs. Der Wunsch so therapieren zu können, dass der Patient nach der Behandlung alle Laster vergisst und unbeschwert alle Suggestionen durchführen wird, lässt sich auf diese Art leider nicht verwirklichen (Vgl. Revenstorf, Burkhard, 2001).

2.1.7 Reframing

Beim Reframing werden alte Verhaltensmuster durch neue ersetzt und mit einem neuen Bezugsrahmen versehen. Das Vorgehen wird durch mehrere kleine Teilschritte zusammengesetzt und der Patient wird damit durch die Veränderung geleitet. Es wird ihm ermöglicht, seine bisherigen Eigenschaften aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten. Alte, zwanghafte Verhaltensmuster werden aufgespürt und dem Patienten erklärt, dass diese automatisch ablaufen und nicht von ihm selbst beeinflusst werden.

Meist sind genau diese Muster dem Patienten selbst verhasst und ihm muss sein Verhalten so aufgezeigt werden, dass er es selbst diese annimmt und akzeptiert.

Danach soll der Patient gute Gründe von diesem ursprünglichen Verhalten erkennen und gute Absichten entdecken. Er soll diese Gewohnheiten nicht als abstoßend empfinden, sondern als eine Notwendigkeit und Schutzfunktion, die sein Körper einst erlernt hat.

Dann werden Varianten gefunden, diese neuen, guten Absichten gegen noch bessere Verhaltensmuster auszuwechseln.

Es werden Zeitrahmen für diese Austauscharbeit festgelegt und die neuen Verhaltensgewohnheiten geprüft, um eine positive Veränderung im Leben des Patienten zu gewinnen (Vgl. Schmierer, 1997).

2.2 Medizinische Hypnose und ihre Indikationen

Medizinische Hypnose wird als therapeutische Maßnahme bei Problem- oder Konfliktbeseitigung oder als Intervention zur Selbstachtung oder –kontrolle eingesetzt.

Die Ergebnisse letzter Studien zeigen, dass individuelle Formen der Hypnotherapie sehr effektiv und zeitgleich auch risikoarm sein können, wenn die Indikation eindeutig ist und unter professioneller Leitung durchgeführt wird.

Es sollte daher als Grundkonzept der Behandlung sowohl bei stationären Patienten als auch bei ambulanten Indikationen verwendet werden (Vgl. Schäfer, 1997).

Nicht nur bei chronischen Schmerzen, Schmerzkontrolle im Krankenhaus (z.B. Anästhesie) und chronischen Erkrankungen findet die Hypnose Verwendung.

Bei Konfliktlösungen von traumatischen Ereignissen oder psychischen Belastungen (z.B. Missbrauch jeglicher Art, Vergewaltigungen, Katastrophenerlebnisse, Lebensveränderungen), Ängste, Phobien und Depressionen, Burn out Syndrom, Stress, Gewichtsreduktionen, Suchtverhalten, Schlafstörungen, Sexualstörungen, Hauterkrankungen, psychosomatischen Störungen findet die Hypnotherapie immer mehr Anklang.

Kategorien 1-12 gemäß WBP (ICD-10)	Störungsbereiche mit empirisch belegter Wirksamkeit	Weitere indizierte Störungsbereiche
1. Affektive Störungen		Depression, Hypomanie
2. Angststörungen	Phobien	Panikattacken, Zwang
3. Belastungsstörungen	akute Belastung, posttraumatische Belastung, Anpassungsstörung	
4. Dissoziative, Konversions-Somatoforme Störungen	Somatoforme Schmerzen, Reizdarm, Fibromyalgie, u. a.	autonome Funktionsstörungen, Konversionen, Hypochondrie, Dissoziative Identitätsstörung, Amnesie, Stupor
5. Essstörungen	Essattacken, Körperbild bei Essstörungen	Bulimie, Anorexie
6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	Schlafstörungen, sexuelle Störungen	
7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten	Operationsschmerz, Geburtsschmerz, Krebschmerz, Migräne, u. a.	Tinnitus
8. Persönlichkeitsstörungen Verhaltensstörungen		Abnorme Gewohnheiten, Störung der sexuellen Identität und der sexuellen Präferenz, strukturelle Frühstörungen
9. Abhängigkeit und Substanzmissbrauch	Tabakabusus	Alkoholismus, Missbrauch von psychotropen Drogen
10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen		Schizophrenie ohne Intelligenzminderung
11. Anpassungsstörungen bei Intelligenzminderung		
12. Hirnorganische Störungen		Lähmung nach Insult, Infarkt, bei MS
Zusätzlich	Adipositas	
Kinder und Jugendliche	Schmerzkontrolle, Enuresis, Übelkeit und Erbrechen bei Krebs	Tics, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens

Abbildung 3: Indikationsübersicht zur medizinischen Hypnose (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Die Abbildung 3, mit nur einem kleinen Teil von Indikationen lässt ahnen, wie groß das Einsatzspektrum der Hypnotherapie ist und in wie vielen Dingen andere Heilmittel unterstützt werden könnten.

Auch im klinischen Bereich beginnt die Behandlungseinsetzung immer mehr, nicht nur um OP - Folgen zu reduzieren und die Kommunikation mit Patienten zu forcieren, sondern auch um gewisse Untersuchungen (Gastroskopie, MR, chirurgische Interventionen) erträglicher zu machen.

Bei metabolischen Problempatienten könnten bestimmte Folgen des Übergewichts, mit dem damit verbunden Stress, eingedämmt werden, wenn man an Gefäßleiden, Ulcus, kardiologische Notfälle oder Gelenksabnützungen denkt (Vgl. Revenstorf & Zeyer 1996).

2.2.1 Gynäkologie und Hypnose

Geburtsvorbereitungen spielen als medizinische Indikation ebenfalls eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang wurde der Fokus in der Geburtsvorbereitung auf die hypnoreflexogene Methode, nach Paul Schauble, gelegt. Das Hauptaugenmerk bezieht sich hier auf die Durchbrechung des Angst- Spannung- Schmerzkreislaufes während der Geburt. Man bedient sich der drei Säulen der hypnoreflexogenen Technik, die sich wie folgt zusammensetzt: kognitive Umstrukturierung und Reframing, Tiefenentspannung sowie Mentaltraining für den Geburtsprozess in hypnoiden Zuständen (Vgl. Hüsken-Janssen, 2005).

Wissenschaftliche Untersuchungen ergaben, dass diese Methode ein adäquates und effizientes Werkzeug in der Geburtsvorbereitung ist. Frauen, die mit dieser hypnoreflexogenen Technik vorbereitet wurden, litten signifikant weniger an Schmerzen und Angst, erlebten ein schöneres subjektives Geburtserlebnis, der Geburtsprozess selbst dauerte kürzere Zeit und die Mütter erholten sich schneller nach dem Geburtsvorgang (Vgl. Reinhard et al., 2007).

Laut Schulz - Stübner (2007) erweitern Dysmenorrhoe, prämenstruelles Syndrom, Infertilität, jegliche Arten von Unterbauchbeschwerden, Emesis gravidarum, Wochenbett, Wehenschwäche und andere Schwangerschaftskomplikationen das überaus große gynäkologische medizinische Spektrum, in welchem ärztliche Hypnose angewendet wird.

2.2.2 Kinder und Hypnose

Hypnotherapie ist äußerst hilfreich bei Kindern, die sich unter ständiger ärztlicher Behandlung befinden und extreme Ängste entwickeln. Die sogenannte Spritzenphobie, die sich bei Kindern mit Leukämien, Nierenerkrankungen und Diabetes zeigt, aufgrund der ständigen Blutuntersuchungen oder Biopsien, ist ein erfolgreiches Behandlungsfeld. Suggestionen, die sehr intensiv die Fantasieebene der Kinder ansprechen werden genutzt um positive Haltungen der Kinder zu untermauern.

Bei Schmerzen bewahrheiten sich immer wieder Ablenkungsmanöver oder sogenannte Verwirrungstechniken, oftmals werden aber auch Lieblingsfiguren oder Idole der Kinder miteinbezogen um Entspannungspausen zu genehmigen.

Überhaupt sind Kinder sehr zugänglich für Hypnose und leicht suggestibel. Ihre lebhafteste Fantasie unterstützt den therapeutischen Effekt dabei immens. Erste hypnoseähnliche Kommunikation findet zwischen Mutter und Kind statt. Jeder einzelne kann sich selbst daran erinnern, wenn eine Verletzung geschmerzt hat, wurde Leid und Qual „weggeblasen“. Auch die bewährte „Gute- Nacht Geschichte“ vor dem zu Bett gehen ist nichts anderes als ein hypnoider Zustand.

Anders als bei Erwachsenen, können sich Kinder oft wenig an die Sitzung erinnern oder auch währenddessen sehr körperlich aktiv bleiben. Hypnose selbst kann Kinder jedoch sehr anstrengen, sodass sie danach etwas Ruhe und Schlaf suchen.

Bei Problemen wie Bettnässen, Tics, Schlafwandeln, Schulproblemen wie Lernschwierigkeiten oder Prüfungsangst kann die Therapie hilfreich sein (Vgl. Mrochen, Holtz & Trenkle, 2007).

Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieerfolg sind, den Therapeuten und seine Anweisungen zu verstehen und dieser sollte sich den verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindes anpassen können. Versteht das Kind die notwendigen Suggestionen nicht muss auf anderweitige Ressourcen, wie Melodien, Sprachgesänge oder hin und her schaukeln zurückgegriffen werden.

Hypnotherapeutische Methoden eignen sich in der Praxis sehr gut für Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen, wichtig dabei ist die Kompetenz und fachgerechte Ausbildung des Therapeuten und dessen verantwortungsbewusste Therapiedurchführung (Vgl. Signer-Fischer, 2001).

2.2.3 Hypnose beim Zahnarzt

Besonders im zahnärztlichen Bereich kommt Hypnose immer mehr zum Einsatz. Positive Aspekte davon sind schnellere und angenehmere Arbeit sowie Schmerz- und Angstminderung (Vgl. DGZH).

Angst vor dem Zahnarzt ist kein unbekanntes Phänomen unter Erwachsenen und Kindern. Die Fähigkeit mit ängstlichen Patienten erfolgreich umzugehen ist zweifellos ein praxisbezogenes Handwerk. Es kann durchaus sehr anstrengend sein, solche Patienten zu handhaben, aber wenn es gelingt, gewinnt der Zahnarzt ihr vollstes Vertrauen und werden zu den größten Befürwortern (Vgl. Mellor A, 2007).

Aufgrund der zentralen Rolle der Angst, meiden Patienten oft den Zahnarzt und die damit verbundene Behandlung. Erfahren sie nämlich während einer der ersten Therapie starke Schmerzerlebnisse entwickeln sie, im Zuge eines „Lernvorganges“, ein immer stärker werdendes Angstgefühl gegenüber nächsten Zahnarztterminen. Irreguläre Terminwahrnehmungen oder Erscheinungen nur im Notfall sind typische Charakteristika von Angstpatienten. Leider schafft dies auch Probleme in der Organisation einer Arztpraxis. Mehr Zeit muss für diese Patienten aufgewendet werden, da oft feststehende Termine nicht wahrgenommen werden (Vgl. Chadwick, 2002).

So wird zum Beispiel versucht, den Patienten in einen angenehmen, entspannten Zustand bei geschlossenen Augen zu versetzen. Die Muskeln werden gelockert und die Aufmerksamkeit auf das innere Erleben mit zauberhaften und behaglichen Bildern gerichtet. Mit positiven Suggestionen wie „Sie werden ein strahlendes Lächeln haben“ oder „Sie werden wieder Biss haben“ wird auf ein Gutheißen hingearbeitet (Vgl. Schmierer, 2001).

2.3 Kontraindikationen

Bei der medizinischen Hypnose gibt es in der Tat kaum Kontraindikationen. Diese Tatsache wurde schon von Vielen bekräftigt, da fast jeder die Ansicht teilt, dass ein potentes Heilmittel eine stärkere Wirkung beinhaltet, je mehr Gefahren sich dahinter verbergen und jedes wirksame Medikament bei falscher Darreichung, grundsätzlich Risiken und Nebenwirkungen hervorrufen kann (Vgl. Janet, 1925). Ob solche Schlussfolgerungen auch in der heutigen Medizin noch vertreten werden, ist jedoch fraglich.

Trotz allem können, wenn auch nur sehr selten Schwierigkeiten und unliebsame Geschehnisse durch falschen oder nachlässigen Einsatz auftauchen.

Zu beachten wäre der sekundäre Krankheitsgewinn (Vgl. Peter B, 2001): Auch wenn eine Erkrankung geheilt wird, heißt es nicht, dass sich der Patient in seiner neuen Lebensweise oder mit seiner neuen Gesundheit auch vollkommen wohl und vertraut fühlt. Durchaus können sich andere Probleme oder Zustände daraus erheben. Der Verlust einer doch vertrauten Situation kann sehr wohl auch Auswirkungen ins Gegensätzliche verbergen.

Die Durchführung einer Hypnose sollte überdacht werden, wenn es sich um Patienten mit Wahrnehmungsstörungen oder verzerrten Realitätsempfinden handelt, da die Möglichkeit eines Rapportverlustes besteht. Ungenügende therapeutische Erfahrung mit psychotischen Patienten kann gar zu einer Symptomverschlechterung oder überhaupt erst zu einem Ausbruch dieser, führen. Histrionische Patienten gelten zwar als hochsuggestibel, doch sollte an eine psychotische Dekompensation, sowie der Gefahr eines überschwänglichen Ausagierens bedacht werden(Vgl. Nash, 1992).

Akute Psychosen, psychotische Zustände wie Manie oder Schizophrenie werden immer wieder in fachschlüssiger Literatur als absolute Kontraindikationen einer Hypnotherapie angeführt. Wichtig ist es zu dem Patienten ein positives Vertrauensverhältnis aufzubauen, sprechen paranoide Veranlagungen oder fehlende Motivation dagegen wird es kaum möglich sein eine adäquate Therapie durchzuführen.

Borderline Patienten zeigen nicht nur ein gestörtes Selbstbild sondern auch ein unharmonisches Verhältnis zu anderen Menschen, sowie eine emotionale Sprunghaftigkeit zwischen Gut und Böse. Ihre Symptome sind oft die einzige Stabilität in dem rundumliegenden Gefühlschaos. Solche Patienten dürfen fixe Gewohnheiten auf keinen Fall entzogen werden, ihnen müssen klare Strukturen und Grenzen aufgezeigt werden zwischen sich selbst und anderen Menschen. In diesen Fällen könnten Panikattacken, Angst oder Verlangen nach mehr ans Tageslicht treten. Wenn eindeutige Zuordnungen und Suggestionen in einem Therapeut- Patientengespräch schwimmen, kann es sogar, wie schon weiter oben erwähnt, zu psychotischen Dekompensationen kommen. Bei diesen Patienten sind eine einfühlsame therapeutische Kommunikation sowie der Rapport wichtige Notwendigkeiten (Vgl. Peter B, 2001).

2.4 Ist jeder Mensch hypnotisierbar?

Grundsätzlich sind Frauen und Männer gleich gut zu hypnotisieren sowie jede Person, die sich darauf einlässt in Trance zu fallen. Laut Gasser (2006) sind 30-40% der Bevölkerung hochsuggestibel und nur 5% entziehen sich einer Hypnotisierbarkeit.

Je höher die Intelligenz und je stärker der Wille, desto leichter ist es für den Therapeuten einen hypnoiden Zustand hervorzurufen, vorausgesetzt die Motivation und der Glaube des Patienten spielen mit. Manche Menschen haben oft Schwierigkeiten sich fallen zu lassen und sich von der realen Welt zu lösen (Vgl. Steindorf, 2009).

Allerdings fühlt sich jeder durch hypnotische Kommunikation angesprochen. Akzeptanz und Vertrauen zu dem Therapeuten sind wesentliche Faktoren.

Angst vor der Hypnose lässt es, bei einem noch so großen Wunsch, unmöglich machen, jemanden in Trance zu versetzen.

Laut Eberwein und Schütz (2001) ist es ganz einfach jemanden zu hypnotisieren, wenn Neugierde und Interesse erstmal geweckt wurden.

Wird die kommunikative Ebene dementsprechend genutzt ist es nur eine Frage der Zeit, wann der Patient darauf anspricht.

2.5 Suggestibilitätstests

Bongartz (1992) erklärte, dass die Hypnosefähigkeit je nach Individuum verschiedenartig ausgeprägt und ein Leben lang konstant erhalten bleibt, unabhängig von Therapeut und Technik.

Für wissenschaftliche Zwecke liegen einige Standardtests vor. Der bekannteste darunter ist wohl der „Stanford Hypnotic Susceptibility Scale“ (SHSS), um Vergleichsergebnisse unter den Versuchspersonen darzulegen (Vgl. Weitzenhoffer & Hilgard, 1959).

Für Studien sehr dienlich, sind sie jedoch für die patientenorientierte Anwendung in der Praxis, aufgrund ihrer hohen Zeitbeanspruchung, weniger geeignet.

Im klinischen Bereich sind Kurztests beliebter und schneller durchführbar, sie können in der Hypnosevorbereitung wirkungsvoll eingesetzt werden, geben den Patienten einen Hinweis auf das, was sie erwartet, wirken einem positiven Vertrauensverhältnis zwischen Hypnotiseur und Hypnotisant entgegen und zeigen zusätzlich noch das Maß der Suggestibilität.

Folgend ein kurzer Einblick in die Welt der Suggestibilitätstests (Vgl. Schütz & Freigang, 2008), lehnen sie sich zurück und vielleicht probieren Sie den einen oder anderen Versuch bei Ihnen selbst aus:

2.5.1 Kippexperiment

Vier Personen werden für diesen Test benötigt: A (Hypnotiseur), B (Versuchsperson), C (Helfer) und D (Beobachter).

Der Hypnotiseur steht in einem Abstand von ungefähr einem halben Meter vor der Versuchsperson mit Blickrichtung in deren Augen. Der Helfer steht hinter der Versuchsperson um sie aufzufangen, wenn sie zu kippen beginnt.

Der Hypnotiseur hält seine Hand ungefähr 10 cm vor dem Brustkorb der Versuchsperson. Die Versuchsperson selbst soll sich nun eine von der Hand ausgehende Kraft vorstellen, die so stark ist, dass die Versuchsperson nach hinten kippen muss. Der Augenkontakt zwischen Hypnotiseur und Versuchsperson bleibt dabei immer aufrecht erhalten und die Suggestion der Kraft wird mehrmalig wiederholt. Der Helfer steht dicht hinter der Versuchsperson um sie, falls nötig, aufzufangen.

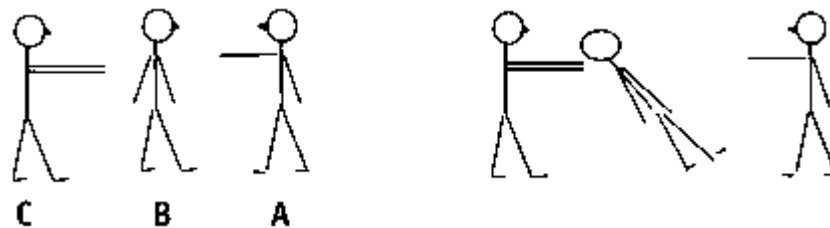


Abbildung 4: Kippexperiment (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

2.5.2 Linienversuch

Betrachten sie die Linien für 20 Sekunden lang. Drehen sie danach das Buch auf den Kopf. Was geschieht?

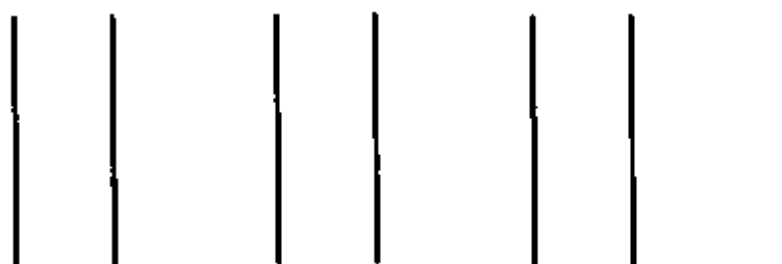


Abbildung 5: Linienversuch (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Es zeigen sich nun andere, etwas schmalere Linien, weil das menschliche Auge die ersten der linken Linien zu einem sinnvollen Bild zusammenfassen will.

2.5.3 Chevreul'scher Pendelversuch

Auf ein Blatt Papier wird folgende Struktur gezeichnet.

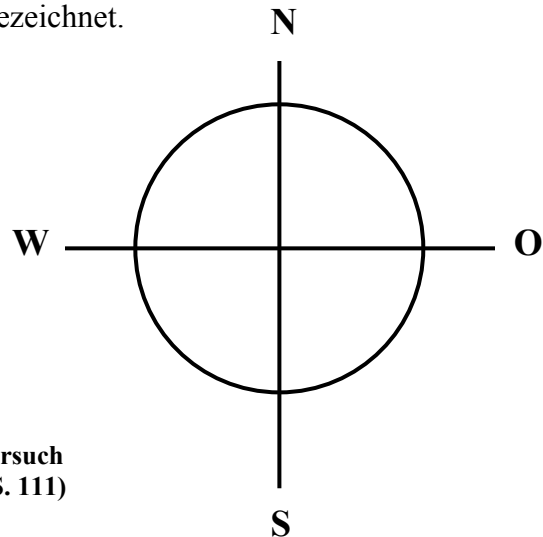


Abbildung 6: Chevreul'scher Pendelversuch
(siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Das Pendel wird direkt über den Kreuzungsbereich der N-S mit der O-W Linie, in der Kreismitte, geführt, dort soll es möglichst ruhig gehalten werden. Stellen sie sich nun vor, dass sich das Pendel entlang der O-W Linie zu bewegen beginnt, es sollte allerdings nur in ihren Gedanken schwingen, keinesfalls darf die bewusst durch die Hand durchgeführt werden. Sie werden feststellen, dass das Pendel tatsächlich zu schwingen beginnen wird. Danach soll das Pendel auch entlang der N-S Linie wandern und anschließend der kompletten Kreislinie folgen.

Je mehr versucht wird, mit dem Willen zu arbeiten, desto stärker werden die Ausschläge ausfallen.

2.5.4 Face to Face – Test

Der Hypnotiseur sitzt vor dem Patienten und verwickelt ihn in ein völlig belangloses, inhaltsloses Gespräch. Der Hypnotiseur achtet währenddessen nur auf die Augenbewegungen seines Gesprächspartners.

Wandert der Blick des Patienten öfters nach links als nach rechts deutet dies auf eine ausgezeichnete, höhergradige Suggestibilität hin.

Die Bedeutung dahinter liegt in der Beanspruchung der Gehirnhälften. Geht der Blick häufiger auf die linke Seite, so wird die rechte Hemisphäre vermehrt in Anspruch genommen, die der Fantasie, Kreativität Emotionen und Stimmungen zugeteilt ist.

2.5.5 Augenrolltest

Dieses, sehr schnell durchführbare Experiment wurde vom amerikanischen Forscher Spiegel entwickelt (Vgl. Spiegel & Bridger, 1970).

Der Patient wird dabei gebeten seinen Blick, nur mit den Augen, so weit wie möglich nach hinten, oben zu richten. Während sich seine Blickrichtung nicht ändert, wird er aufgefordert seine Augen zu schließen. Dabei werden die Augenlider zu Flattern beginnen und in genau diesem Moment, konzentriert sich der Hypnotiseur auf das noch sichtbare Weiß des Augapfels. Die Höhe der Suggestibilität wird mit dem Ausmaß des Weiß gleichgesetzt.

3. Die Durchführung einer Hypnose

Besonders für Menschen, die zum ersten Mal in eine Hypnosesitzung kommen, sind die äußeren Rahmenbedingungen von großer Bedeutung. Es sollte für eine angenehme, ruhige Atmosphäre, eventuell mit gedämpften Licht und entspannender Hintergrundmusik (je nach Patientenwunsch) gesorgt sein. Bequeme Lage sowohl für den Therapeuten, als auch für den Patienten sowie passende Raumtemperatur sind von Notwendigkeit. Die Grundstimmung und Motivation des Patienten sind wesentlich für den Hypnoseerfolg und natürlich sollen sich Patient und Therapeut wohl fühlen (Vgl. Meinhold, 1980).

3.1 Das einleitende Gespräch

Diese Erstkommunikation dient nach Meinhold (1980) nicht nur als eine Art Kennenlernen, sondern auch für anfängliche Befunderhebungen und Anamnesegeschichte des Patienten.

Falsche Darstellungen und Vorstellungen über Hypnose sollen beseitigt werden und eventuelle Ängste genommen werden.

Ein tiefes unbedingt erforderliches Vertrauensverhältnis, eine „Wir-Beziehung“ wird dabei geschaffen, um die therapeutische Einheit Patient - Behandler zu formen.

Eine weitere Aufgabe des Erstgespräches besteht darin, dem Patienten Hypnose an sich und ihre Möglichkeiten zu erklären. Dabei sollte immer klar von einem Schlafzustand Abstand genommen werden, und die Hypnose, vor allem bei sehr ängstlichen Patienten als „vertiefte Ruhebehandlung“ bezeichnet werden.

Da die Anamnese des Patienten eine unumgängliche Rolle spielt und durchaus sehr hilfreiche Informationen enthält, wie frühere Erfahrungen, Zielsetzungen, Standpunkte oder Einwände, ist es wichtig, sich vor allem diesen Punkt sehr ausgiebig zu widmen.

Medien, Zeitschriften und besonders das Internet prägen die Menschen sehr, sodass auch schon im Vorhinein besprochen werden sollte, welche Erfahrungen, Informationen, oder Vorstellungen der Patient von Hypnose hat.

Persönliche Vorlieben, Ängste, Hobbys, Abneigungen, Lieblingsurlaubsorte, -farben, können hilfreiche Informationen für die Sitzung und Tranceinduktion enthalten.

Laut Eberwein und Schütz (2001) sollte hierbei, auch auf die Sinnesmodalitäten nach dem VAKOG- System geachtet werden: Jeder Mensch hat ein individuelles Wahrnehmungsvermögen, jeder von uns bevorzugt ein bestimmtes Sinnessystem.

V: visuell,(Sehsinn)

A: akustisch, (Hörsinn)

K: kinästhetisch (mit allen Teilen des Körpers)

O: olfaktorisch (Geruchssinn)

G: gustatorisch (Geschmackssinn)

Natürlich besitzen allen Menschen, sofern keine Behinderungen oder vorangegangene Traumata bestehen alle fünf Sinnesmodalitäten, doch verbinden visuelle Typen eher Bilder mit Entspannung, akustische wiederum Musik und angenehme Klänge.

Diese Wahrnehmungen bestimmen einfach sehr unsere Gedanken und Handlungsweisen. Während Akustiker innere Monologe führen, erinnert sich der visuelle Typ an schöne Ereignisse eher durch ein fotografisches Gedächtnis. So kann man die Sinnesmodalitäten in die Tranceinduktion einbauen, um es jeden einzelnen Typen auf seine eigene Art und Weise zu erleichtern, in Trance zu fallen.

Dabei gibt es schon vorgedruckte Tests um zu sehen welchem Typ der Patient entspricht, und auch der Therapeut kann gezielte Fragen stellen um so den dominanten Sinn herauszufiltern.

Das Erstgespräch kann man auch dafür verwenden, um Menschen, bei denen es erforderlich ist, ihre Suggestibilität zu beweisen, dadurch wird nicht nur die Neugier geweckt, sondern auch Kräfte und Willen mobilisiert und eine bereitwillige Mitarbeit gefördert.

Dem Patienten sollte zu allerletzt auch noch ein kurzer Überblick über den Ablauf einer Sitzung veranschaulicht werden.

Die Vorbereitung auf eine Ersthypnose mit dem Anamnesegespräch ist eine wirklich sehr wichtige Aufgabe des Therapeuten. Da dies sehr umfangreich ist und sehr lange Zeit in Anspruch nehmen kann, kommt es häufig in der ersten Sitzung nicht zu einer Hypnose.

3.2 Die Hypnoseinduktion

Die Induktion stellt die eigentliche Einleitung in die Trance dar und kann mit verschiedenartigen Techniken, von denen in den nächsten Kapiteln eine kleine Auswahl vorgestellt wird, durchgeführt werden.

3.2.1 Die Konfusionstechnik

Dabei wird die Aufmerksamkeit des Hypnotisanten auf etwas Verwirrendes gerichtet. Ab einem gewissen Punkt ist das Bewusstsein mit der Konfusion derart überfordert, sodass der Therapeut dann in eine Entspannung übergehen kann.

Diese Technik setzt an Übersprungshandlungen an, die jeder Mensch alltäglich durchführt, und die dann auftreten, wenn das Individuum keine mögliche Reaktion auf Ereignisse parat hat, um diese zu bewältigen. Zu Übersprungshandlungen zählt man ureigene Instinkte wie den Kampf- Flucht- Mechanismus, Nahrungssuche, Körperhygiene oder eben Trancephänomene. Das Prinzip dahinter ist, dass der Hypnotiseur Geschichten erzählt, die langweilig und nichtssagend erscheinen, verwirrend mit inhaltlichen Gegensätzen oder Dingen, die im wirklichen Leben nicht plausibel erklärbar sind. Das Bewusstsein wird förmlich mit unverständlichen Dingen überladen, deshalb kehrt sich dann auch die Aufmerksamkeit des Patienten von dem bewussten Außen in sein Inneres. Das Bewusstsein kann dem Gesagten des Therapeuten nicht folgen und so versinkt der Patient immer mehr im Unbewussten (Vgl. Antunovic, 2008).

Bei Verbalinduktionen können die Augen des Patienten sowohl geschlossen als auch geöffnet sein. Geräusche, die als störend empfunden werden, können ohne weiteres in die Tranceinduktion eingebaut werden (Utilisation). Schweregefühl, das Tiefersinken in Ruhe und Entspannung werden dabei zusätzlich suggeriert.

Akustische Monotonie, entspannende musikalische Klänge verstärken die Hypnoseeinleitung. Ebenso das Hervorzaubern bildhafter Vorstellung von Orten, die der Patient so sehr liebt, oder an denen besondere Ereignisse sein Leben geprägt haben, eignet sich hervorragend für die Herstellung der Tranceatmosphäre (Vgl. Kaiser Rekkas, 2005).

3.2.2 Die Fixationsmethode

Diese Technik zählt mit Sicherheit zu einer der ältesten Verfahren. Schon im alten Ägypten wurden kranken Menschen glänzende Metallscheiben vor die Augen gehalten um diese zu ermüden und einen tranceartigen Zustand hervorzurufen.

Das Grundprinzip besteht darin, dass der Patient einen geeigneten Gegenstand (glänzende Spitze eines Kugelschreibers, Glaskugel, glänzender Knopf), der in einem Abstand von ungefähr zwanzig Zentimetern auf Stirnhöhe gehalten werden sollte.

Der Patient muss dabei schräg nach oben blicken, was die Augen noch mehr und schneller ermüden lässt. Das lange Fokussieren lässt das Bild des Gegenstandes verzerren, die Augen werden trocken, dadurch wird das subjektive Empfinden der Müdigkeit verstärkt und der Wunsch nach dem Lidschluss steigt. Nach einigen Minuten schließt der Patient die Augen, die Müdigkeit kann mit einer Suggestion durch den Therapeuten oder mit sanfter Berührung der beiden Augenlider noch intensiviert werden (Vgl. Tepperwein, 1977).

3.2.3 Direkte Methoden

Nach Hole (2001) gibt es eine große Vielfalt von direkten Techniken, die in Affinität und Struktur grundverschieden sind und auch nicht für jeden Patienten gleich anwendbar und empfänglich sind.

Die Direktheit muss mit dem Patienten im Vorhinein besprochen werden und für ihn akzeptabel sein. Ziel führend zu jeder direkten Technik ist, die gleichzeitig angewandte Suggestion durch den Therapeuten.

3.2.3.1 Die Farbkontrastmethode

Die Farbkontrastmethode nach Levy - Suhl (1922) beruht auf physiologischen Farbkontrastphänomenen.

Es werden dafür zwei rechteckige Kartontafeln gebraucht, auf denen wiederum zwei rechteckige Farbfelder mit Komplementärfarben parallel zueinander angebracht sind, sodass in der Mitte ein weißer Streifen frei bleibt. Der Patient soll dann die Tafel mit gestrecktem Arm und Lichteinfall von hinten vor sein Gesichtsfeld halten. Dabei soll er die beiden Farbfelder und dann den weißen Streifen dazwischen intensiv fokussieren.

Nach wenigen Minuten wird die weiße Linie immer unschärfer. Der Hypnotiseur kann dann Müdigkeit und Schweregefühl mit Suggestionen verstärken und kann weiterführend auch den Schluss der Augen indizieren.

Direkte Methoden zur Unterstützung der Induktion beispielsweise durch körperliche Berührung gehören zu den ältesten Verfahren. Es sollte nur im Erstgespräch abgeklärt werden ob körperliche Berührung überhaupt erwünscht ist und akzeptiert werden kann. So kann Lidschwere durch leichten Druck, sowie Schwere der Extremitäten durch Druck auf Arme und Beine verstärkt werden. Wärmeerlebnis kann durch Streichen in Richtung des Blutflusses hervorgerufen werden.

In früherer Zeit wurden in experimentellen Hypnosen medikamentöse Hilfsmittel eingesetzt, die heute aufgrund ihrer Komplikationen und der erhöhten Suchtgefahr nicht mehr in Verwendung kommen.

Es wurden sedierende, leicht narkotisch wirkende Substanzen herangezogen, die zur Assoziationslockerung und Absenkung der Kontrollschwelle führten (Vgl. Langen 1972, Schultz 1994).

3.2.3.2 Levitationsübungen

Das Einbeziehen der Willkürmotorik, somit die Möglichkeit der eigenen Bewegung, kann vor allem bei Patienten mit starkem Selbstkontrollzwang hilfreich sein. Ein Wechsel zwischen vollkommener Muskelanspannung bis zur kompletten Entspannung partieller Muskeln oder des gesamten Körpers, eignet sich besonders gut. Danach kann die Schwere eines jeden Muskels leicht nachvollzogen werden und auf den ganzen Körper ausgeweitet werden.

Levitationsübungen bei denen der Patient liegen oder sitzen kann ähneln dieser Technik: Die Arme des Patienten werden vor den Körper gestreckt, die Augen sollen dabei geschlossen sein und es werden Suggestionen wie schwer, leicht, tief oder hoch verwendet, mit denen die Arme gehalten oder empfunden werden. So fokussiert der Patient das Gefühl in seinen Extremitäten. Die Suggestionen werden so lange vom Hypnotiseur wiederholt, bis Auf- oder Abwärtsbewegungen der Arme zu sehen sind (Vgl. Fredericks, 2001).

3.2.3.3 Die Münztechnik

Die Geldstücktechnik oder Cointechnik nach Thompson wird folgend angewandt: Der Patient nimmt eine große Münze in die Hand, die er mit den Fingern nach unten zeigend halten soll. Die Suggestion lautet, dass er bald müde werden wird und, dass das Halten der Münze immer schwieriger werden wird, bis er sie dann auch fallen lassen wird.

In dem Moment, indem die Münze zu Boden fällt, wird auch der Patient in einen tiefen, hypnoiden Zustand verfallen. Dieses Phänomen wird mit Pacing und Leading des Hypnotiseurs unterstützt (Vgl. Schmierer A, Schütz G. 2007).

3.3 Die Hypnosetiefe, -stadien und ihre Kontrolle

In allen Stadien besteht vollkommener Rapport mit dem Hypnotiseur. Suggestionen können bei jedem Stadium wirksam werden.

Die Tiefe der Hypnose ist immer schwankend. Von einem tieferen Stadium nimmt man eine Art Wellengang wahr. Das Sinken in die Tiefe und Hinaufgehoben werden, dieses wiegende Gefühl entspricht einem ziemlich tiefen Trancestadium (Vgl. Tietze, 1978).

Jeder Mensch erreicht das Stadium, das seiner individuellen Situation, Motivation, Ängsten und Erwartungen, dem äußeren Rahmen und den Fähigkeiten des Hypnotiseurs entspricht.

Es kann möglich sein, dass der Patient beim Erreichen von ersten Trancephänomenen (wellenartiges, wiegendes Gefühl) verwundert oder gar leicht erschrocken ist, sodass er sich selbst wieder etwas aus der Trance herausholt (Vgl. Schmierer, 1997).

Stadien	Trancephänomene
Hypnoidales Stadium	Körperliche und geistige Entspannung, Müdigkeit, Flattern der Augenlider, Schweregefühl in Armen und Beinen,
Leichte Trance	Augenkatalepsie, Katalepsie der Extremitäten, langsame/ tiefe Atmung, Pulsverlangsamung, Zeitverzerrung, Analgesie möglich
Mittlere Trance	Partielle Amnesie, Halluzinationen, vollständige Katalepsie, Altersregression möglich
Tiefe Trance	Fähigkeit der Augenöffnung ohne die Trance zu beeinflussen, vollständige Amnesie, posthypnotische Suggestionen möglich, Anästhesie möglich, Spontanaktivität herabgesetzt

Abbildung 7: Hypnosestadien und ihre Phänomene (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Der Übergang vom bewussten Zustand zur Trance geschieht oft allmählich und ganz unauffällig.

Der Patient ist schon in Trance und hat den Sprung dorthin gar nicht gemerkt, dann wird die Trance immer tiefer und tiefer ohne, dass es der Patient subjektiv wahrnimmt und dann wird er zurückgeholt, ohne dass er registriert hat, jemals in einem anderen Bewusstseinsstatus gewesen zu sein. Trance ist ein fließender Übergangszustand zwischen kontrolliertem Alltagsbewusstsein und dem Unbewussten.

Diamond et al. (2008) erarbeiteten in einer Studie die Fragestellung, ob die Herzfrequenzvariabilität als Indikator für die Trancetiefe herangezogen werden kann.

Zehn Studienteilnehmer berichteten subjektiv über ihre Hypnosetiefe, die dann zusammen mit Herzfrequenz, Amplitude und Frequenzänderungen in einer Zeit- Frequenz Analyse der Herzfrequenzvariabilität in Beziehung gebracht und ausgearbeitet wurde. Dabei zeigten sich maßgebliche Relationen: Die subjektive Hypnosetiefe hing negativ mit der Herzfrequenz und positiv mit der Herzfrequenzamplitude zusammen.

Die Ergebnisse legen dar, dass die parasympathische Reaktivität des autonomen Nervensystems, dargestellt durch die Herzfrequenzvariabilität, als quantitative Bezugsgröße zur Hypnosetiefe benutzt werden könnte.

3.4 Rückführung und Nachbesprechung

3.4.1 Grundsätze

An vorderster Stelle sollte stehen, dass alle Suggestionen, die nach der Sitzung nicht mehr nachwirken sollen, wieder zurückgenommen werden.

Dem Hypnotisierten sollte die Zeit gegeben werden, die er braucht um in das Hier und Jetzt zurückzufinden. Kurze, prägnante Suggestionen wie „3, 2, 1,...Augen auf!“ wären sicher zu forsich und würden zu Missempfindungen führen.

Kurz vor der Rückführung können noch einmal posthypnotische Befehle gesetzt werden, da dann die Aufmerksamkeit meist voll und ganz auf den Hypnotiseur gerichtet ist, da dann ihre Wirkungen sehr effektiv ins Wachbewusstsein mit hinübergeleitet werden (Vgl. Meinhold, 1980).

3.4.2 Vorgehen

Eine Desuggestion könnte folgendermaßen lauten:

„ Auch wenn es sehr angenehm ist, in diesem wohltuenden entspannten Zustand zu schwelgen, so ist es allmählich an der Zeit wieder in das Hier und Jetzt zurückzukehren. Dabei können sie sich ruhig die Zeit nehmen, die sie brauchen, denn ich weiß nicht, welche Zeit sie benötigen ...Ich werde jetzt von 3 hinabzählen...3, sie nehmen die Umgebung wieder mehr und mehr wahr und das Bewusstsein kehrt sich von innen nach außen, 2 es ist alles wieder so wie es vorher war, bis auf die Suggestionen, die für sie gut sind, ihre Beine werden leicht, die Müdigkeit nimmt wieder mehr und mehr ab und bei 1 sie können die Augen öffnen und kehren mit einem Lächeln auf ihren Lippen wieder in das Hier und Jetzt, in diesen Raum zurück...“.

Falls das Öffnen der Augen nicht spontan erfolgt, kann nochmals der Hinweis, dass die Hypnose nun beendet ist, gegeben werden (Vgl. Gasser, 2006).

3.4.3 Nachbesprechung

Nach der Hypnose sollten dem Patienten einige Minuten gegönnt werden, um sich wieder zurechtzufinden und zu reorientieren.

Die erlebten Ereignisse, gesehenen Bilder in der Trance, Gefühlsregungen und Eindrücke sollten mit dem Patienten besprochen und durchgegangen werden. Erfolge und Erwartungen kann man überprüfen, indem man herausfindet, ob wohl alles so war wie es sich der Patient vorgestellt hat, ob er etwas als störend empfunden hat und was besonders gut getan oder gefallen hat.

Laut Gasser (2006) sind positive Empfinden besonders wichtig und sollten daher auch ausführlich besprochen werden. Ausdrücke, die der Patient selbst verwendet, können notiert werden, um sie bei der nächsten Sitzung für Suggestionenverstärkungen neu einzubauen.

Ängste oder falsche Vorstellungen können durch die Nachbesprechung ebenfalls nochmals beseitigt werden, indem man die Ergebnisse und den Zustand nach der Hypnose, zusammen mit dem Patienten, genauer erörtert.

Wurde aus der Hypnose aufgrund irgendwelcher Gründe nicht standardgemäß zurückgeführt, geht der hypnoide Zustand in der Regel nach einem Rapportverlust von 15-45 Minuten von selbst in den natürlichen Schlafzustand des Menschen über und der Hypnotisierte erwacht daraus, sobald er „ausgeschlafen“ hat. Allerdings können dann Schweregefühl, Benommenheit, Orientierungslosigkeit noch längere Zeit nachwirken. Da hier die Desuggestion unzureichend, zu kurz oder erst gar nicht getätigt wurden (Vgl. Meinhold, 1980).

4. Oft gestellte Fragen zum Thema Hypnose

Aufgrund der eingangs erwähnten Falschannahmen und Vorurteile gegenüber der medizinischen Hypnose, vor allem durch verfälschte Bilder von „Showhypnosen“ aus den Medien, tauchen bei den Menschen immer wieder berechnete Fragen auf, die es unbedingt zu beantworten und Unrichtigkeiten klar zustellen bedingt, um den Menschen eine vertrauensvolle und effektive Therapiebehandlung bieten zu können.

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den häufigsten Ängsten und Fragen von Seiten der Hypnotisanten und soll dabei helfen, Unklarheiten zu beseitigen.

4.1 Kann es vorkommen, dass man nicht mehr aus der Trance zurückkommt?

Viele Menschen haben die Befürchtung, dass sie nicht mehr aufwachen und in der Trance „hängenbleiben“. Doch Vorfälle dieser Art dürfen auf keinen Fall mit Reorientierungsprozessen verwechselt werden.

Jeder Patient hat seine eigene, individuelle Geschwindigkeit, nach einer Hypnosesitzung wieder in den normalen alltäglichen Wachzustand zurückzufinden. So wie es auch morgens beim Aufstehen die Unterschiede bei den Menschen gibt, ob Morgenmuffel oder Frühaufsteher, letzten Endes kommen wir alle irgendwann in die Gänge.

Wird ein Patient, der sich in einer sehr tiefen Trance befindet, zu schnell zurückgeholt, so kann es zu vorübergehenden Orientierungsschwierigkeiten kommen, es fällt dann oft schwer innere und äußere Realität sofort zu unterscheiden und es kommt zu einem eher abwesenden Eindruck von Seiten des Hypnotisanten. Rechenaufgaben oder Anweisungen sich richtig auszustrecken und zu dehnen, können für den Patienten hilfreich sein voll und ganz in das Hier und Jetzt zurückzukehren (Vgl. Eberwein, Schütz, 2001).

4.2 Bin ich dem Hypnotiseur ohne Kontrolle willenlos ausgeliefert?

Oft stehen die Bedenken im Raum, dass der Hypnotiseur während einer Trance seinen Willen dem Patienten aufdrängt. Absolutes Ausgeliefertsein ist dabei eine reine Horrorvorstellung, bei der keinerlei Willensfreiheit mehr herrscht und die Marionette fremder Suggestionen darstellt.

Jedoch kann niemand gegen seinen Willen hypnotisiert werden und schon gar nicht gegen eigene Überzeugungen und Prinzipien beeinflusst oder zu etwas gezwungen werden. Man würde sofort aus dem hypnoiden Zustand erwachen, wenn die Suggestion nicht mit dem eigenen Willen übereinstimmt, da das Urteilsvermögen auch in Hypnose nie ganz weg geschaltet ist (Vgl. Schramm, 2009).

Jede Hypnose ist letztendlich eine Selbsthypnose, man muss sich selbst und dem Therapeuten erlauben, sich in Trance versetzen zu lassen, dabei werden ureigene Fähigkeiten mobilisiert, die jeder Mensch seit jeher instinktiv in sich trägt. Dieser tranceartige Zustand ist im Prinzip nichts anderes, als der vollkommene Einklang mit sich selbst (Vgl. Brandl, 2007).

4.3 Wie lange hält das Ergebnis der Hypnose an, und können alte Muster zurückkehren?

Eine in Trance gegebene posthypnotische Suggestion kann jahrelang, ohne sie aufzufrischen, im Unterbewusstsein des Patienten mit ihrer Effizienz, Einfluss und Tragweite verankert sein.

Manche Verhaltensmuster müssen durch mehrmalige Sitzungen gefestigt und erarbeitet werden, manchmal benötigt man auch eine Auffrischung nach gewisser Zeit.

Nach Erfahrungen von Hypnos, dem Zentrum für Hypnose in Berlin lassen sich Phobien, Raucherentwöhnungen oder Änderungen beim Essverhalten sehr schnell und lang anhaltend verändern (Vgl. Hanf - Dressler, 2009).

4.4 War ich wirklich in Trance?

„War das wirklich schon alles?“, „Ich war doch noch bei Bewusstsein, wirkt das dann?“, „Ich glaube, ich habe alles mitbekommen...“, „Ich kann mich an alles erinnern, ich glaube ich war gar nicht in Trance...!“, diese und noch zahlreiche andere Aussagen sind gelegentlich nach einer Sitzung zu hören. Patienten sind häufig überrascht, wie unspektakulär und einfach doch so einen Hypnose abläuft. Solche Vorurteile zeigen, wie falsch das Bild einer Trance in den Köpfen mancher Menschen verankert ist.

In einer Hypnosesitzung reichen die Erlebnisse von vollkommener Amnesie bis hin zum ganz genauen Erinnerungsvermögen der einzelnen hypnotischen Suggestionen, Bildern oder anderen Ereignissen. Ein sehr wichtiger Aspekt ist es, den Patienten vor der Therapie angemessen und ausführlich über solche und andere Phänomene aufzuklären und ihm Zeichen zu nennen, woran er erkennen kann, dass sich tranceartige Zustände einstellen (Vgl. Eberwein, Schütz, 2001).

5. Prävention

Der Einsatz medizinischer Hypnose dient im Allgemeinen dazu, Selbstressourcen der Patienten zu aktivieren und damit Veränderungen im Lebensstil hervorzurufen.

Viele Erkrankungen, seien sie somatischer oder psychosomatischer Ursache, in unserer heutigen Zeit resultieren aus Stress und alltäglichen Belastungen im Berufsleben, Beziehungen oder sozialen Verstrickungen.

Ziel ist es den Menschen Methoden zu liefern, deren sie sich selbst bedienen können, um Wohlbefinden und daraus resultierende Gesundheit wieder zu erlangen um Krankheitsmustern und Erschöpfungszuständen entgegenzuwirken oder um kardiovaskuläre Risikofaktoren zu senken und einzudämmen, um sich vor schwereren Krankheiten zu schützen.

5.1 Prävention kardiovaskulärer Störungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen, zu denen die koronare Herzkrankheit auch zählt, sind eine der Haupttodesursachen in den Industrieländern wie Europa. Der westliche Lebensstil, mit fett- und kalorienreichem Essen, Rauchen und Bewegungsarmut, spielt eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Atherosklerose und somit von kardiovaskulären Erkrankungen (Vgl. Marmot, 1984 & 1991).

Vor allem Männer über 45 und Frauen über dem 65. Lebensjahr sind davon betroffen. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit an einer chronischen Herzerkrankung zu erkranken (Vgl. Sans et al., 1997).

Zu den Hauptrisikofaktoren zählen Rauchen, arterieller Bluthochdruck, LDL-Cholesterinerhöhung, koronare Herzerkrankungen bei engen Familienverwandten, Lebensalter, sowie auch Diabetes mellitus. Eine multifaktorielle Ursache also, wobei sich die einzelnen Faktoren untereinander auch noch vervielfachen. Hinzu kommt, dass man es hier nicht nur mit einzelnen Faktoren zu tun hat, sondern mit dem gesamten Menschen (Vgl. WHO, 1982).

Sozialwirtschaftlich kann man auch entdecken, dass Beruf, Stress und menschliche Beziehungen sich sehr auf den Lebensstil auswirken. Geringere Wertschätzung der eigenen Gesundheit und ungenügendes medizinisches Wissen lassen die Menschen ungesund essen, kombiniert mit ständigem Rauchen zur Besänftigung in stressreicheren Zeiten. Cholesterinreiche, kalorienhaltige Ernährung, Niktionabusus, Alkoholexzesse verbunden mit fehlender oder mangelnder Bewegung, fördern Blutdruckerhöhungen, Blutcholesterinerhöhungen, Hyperglykämie, Diabetes und Adipositas (Vgl. Wood et al., 1998).

Dieser Lebensstil führt in vielen Individuen zu biochemischen und körperlichen Veränderungen, die die Entwicklung von Atherosklerose und damit assoziierten thrombotischen Geschehen begünstigen (Vgl. Barker, 1995).

Entwickelt nun eine Person symptomatische koronare Herzkrankheit, oder eine andere arteriosklerotische Erkrankung, so setzen diese Risikofaktoren ihr Mitwirken bei Progression und Prognose fort. Diese multifaktorielle Ätiologie und schließlich das Beistuern aller gefährlichen Faktoren, ein koronares Ereignis in der Zukunft zu entwickeln, sind von größter Bedeutung.

Die Framingham Studie laut der European Society of Cardiology, illustrierte den multiplikativen Effekt von Risikofaktoren. Bei einem asymptomatischen männlichen Patienten mit normalen Blutcholesterinwerten, ohne anderweitige Risikofaktoren, ist die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung relativ gering, jedoch bei einem Mann desselben Alters und der zusätzlichen Belastung durch Risikofaktoren, steigt die Gefährdung immens (Vgl. Anderson et al., 1991).

Da das Alter aber eine große Auswirkung auf die Entwicklung einer koronaren Herzerkrankung hat, steigt das Risiko mit dem Alter noch mehr (Vgl. Ettinger et al., 1992).

Randomisierte kontrollierte Studien von Ernährungsumstellungen, Blutdruck- und Cholesterinsenkung ergaben signifikante Reduzierungen in Morbidität und Mortalität (Vgl. Kornitzer, 1983).

Innerhalb einer kollaborativen Gruppenstudie der Welt-Gesundheits-Organisation (Vgl. WHO European Collaborative Group, 1986) bestätigte eine Analyse der Beziehung zwischen Compliance mit Interventionsprogrammen und der Inzidenz der koronaren Herzerkrankung, dass multifaktorielle Präventionsprogramme, die an allen Ebenen ansetzen, das erwartete Effektivitätsausmaß erreichten (Vgl. Wilhemsen et al., 1986). Die wissenschaftliche Evidenz der Intervention der Risikofaktoren ist hiermit gezeigt (Vgl. De Backer, 1988).

5.2 Prävention in der Klinik

Präventive Bemühungen sollten sich in erster Linie nach dem globalen kardiovaskulären Risiko des Patienten richten.

Eine Risikostratifizierung sollte bei jedem Patienten über 35 Jahren angestrebt werden, der zusätzlich bereits einen Risikofaktor ausgeprägt hat.

Empfehlungen den Lebensstil zu verändern oder zu verbessern, sollte allen Personen mit folgenden Risikopotentialen mitgegeben werden (Vgl. Hjermmann et al., 1981):

Raucherentwöhnung, tägliche Körperübungen, einen normalen Body Mass Index, Mediterrane Ernährung, Blutdruck systolisch < 140 mmHg, und ein LDL- Cholesterin < 130 mg/dl sind erstrebenswert (Vgl. Gohlke et al., 2007).

Beträgt das 10 Jahres-Risiko 20% oder mehr, ein kardiovaskuläres Ereignis zu erleiden oder 5% oder mehr gar daran zu sterben, so ist eine additional medikamentöse Intervention von gewöhnlicher Notwendigkeit:

Acetylsalicylsäure 100mg täglich, Statine um das LDL- Cholesterin auf < 100 mg/dl oder bei Diabetikern mit einer koronaren Herzerkrankung auf < 70 mg/dl zu senken, der Blutdruck sollte systolisch < 130 mmHg gehalten werden, vor allem bei Diabetikern oder renalen Vorerkrankungen.

Nach einem Myokardinfarkt sollte bei Patienten mit einer EF $< 40\%$ eine Therapie mit ACE- Hemmern und Betablockern eingeleitet werden. Die Grippeimpfung verbessert ebenfalls die Prognose von Hochrisikopatienten (Vgl. Gohlke et al., 2007).

6. Einsatz von Hypnose zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren

Kardiovaskuläre Erkrankungen nehmen weltweit zu und sind sehr typische Krankheitsbilder in der westlichen Industrieland. Falsches Essverhalten, Bewegungsmangel, Adipositas, Nikotinabusus, andere Genuss- und Suchtmittel, Schlafstörungen und nicht zuletzt der Stress, zählen zu den Hauptursachen.

Hypnose und andere Entspannungstechniken, wie Yoga, Mentales Training, Qi Gong oder Tai Qi und alternative Behandlungsmethoden, wie Traditionelle Chinesische Medizin, oder Ayurveda können als effektive Therapien eine Begleitung im Gesamtschema bewerkstelligen und bereits in der Prävention, einer Umstellung des Lebenswandels oder in stressreichen Situationen als Unterstützung wahrgenommen werden (Vgl. Blom, 1994).

Ayurveda setzt sich aus zwei Wörtern des indischen Sanskrits zusammen und bedeutet Leben und Wissen. Wortgetreu übersetzt, versteht man darunter die Wissenschaft des Lebens. Ayurveda, wovon Yoga einen großen Teil darstellt, wird in weiten Teilen Indiens praktiziert und gewinnt immer mehr an Akzeptanz rund um den Erdball.

Die ayurvedische Behandlung setzt sich aus folgenden Säulen zusammen: Einsatz von Kräutern, Tees und Gewürzen, Ernährung, Yoga, Meditation und anderen Praktiken. Es ist ein flächendeckendes und ganzheitliches System, das den Fokus auf Körper, Geist und Seele richtet. Basierend auf einer Durchsicht von Studien, überzeugen die Ergebnisse nicht, dass eine ayurvedische Kräutertherapie tatsächliche Effekte in der Behandlung von Herzerkrankungen oder Hypertonie liefert, dennoch ist der Einsatz von gewissen Kräutern und Gewürzen, wie Knoblauch oder Kurkuma (Gelbwurz) in einer ausgewogenen, gesunden Ernährung sehr zweckdienlich (Vgl. Mamtani, 2005).

Yoga hat sich als sehr angebracht bei herzkranken Patienten oder Hypertonie erwiesen. Diese Therapiemethode reduziert Angstzustände, fördert das Wohlbefinden und verbessert die Lebensqualität. Die Verwendung als komplementäre therapeutische Kur unter medizinischer Supervision ist es wert miteinbezogen zu werden und bietet adäquate Effizienz für Patienten (Vgl. Rhyner, 2004).

Die TCM (Traditionelle Chinesische Medizin), die sich nun schon mehr als 5000 Jahre bewährt hat, deren ganzheitliches, individuelles Behandlungsschema immer psychosomatisch ist, hat sich die Lebensqualitätsverbesserung so wie die Prävention zum wesentlichen Ziel gesetzt. Das faszinierende an dieser Medizin ist der etwas andere philosophische Blick auf das Leben, als wir Europäer es gewohnt sind.

Und die westliche Wissenschaft wird daher auch nie diese Einblicke finden können, die sie gerne hätte. Allein der Gedanke etwas endgültig aufdecken zu können ist ein Riesenmissverständnis (Vgl. Wallner, 2006).

Auch diese Medizin besteht aus Säulen: Phytotherapie, Ernährung, Bewegungsformen wie Qi Gong, Tai Qi und Meditation, Akupunktur und Massagetechniken wie Tuina.

Körper, Seele und Geist werden wie bei Ayurveda behandelt und ein Zugang zu Symptom und Ursache zur gleichen Zeit gefunden (Vgl. Maciocia, 1997 a).

Auch TCM setzt sich bei Indikationen wie Bluthochdruck, Stress, funktionellen und koronaren Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen und vielen mehr durch (Vgl. Maciocia, 1997 b).

In der stationären, klinischen Therapie sowie bei diagnostizierten Erkrankungen können Begleittherapien und Alternativprogramme zusammen mit Medikamenten erfolgreich eingesetzt werden und so ein besseres Outcome für den Patienten schaffen (Vgl. Focks, 2000).

6.1 Ernährung

Ernährung ist eine wichtige Determinante des koronaren Krankheitsrisikos. Der Effekt der Ernährung auf die Entwicklung von Atherosklerose und KHK, wird durch die Beeinflussung der biologischen Risikofaktoren, wie LDL, HDL, Blutdruck und Fettleibigkeit gegeben (Vgl. Clarke et al., 1997).

Eine gesunde Ernährung setzt sich aus folgenden Kompartimenten zusammen: niedriger Anteil an gesättigten und Transfettsäuren und niedriges Cholesterin (Vgl. WHO, 1990).

Die Erfahrung, dass obst- und gemüserreiche Ernährung vor koronarer Herzkrankheit schützt, häuft sich immer mehr und mehr an.

Adäquater Verzehr von Früchten und Gemüse ist ein Teil der täglichen Ernährung und kann vor schweren Erkrankungen, wie Krebs, koronare Herzkrankheit und Schlaganfall schützen. Empfohlen werden fünf Portionen einer Vielfalt von Früchten täglich, was ungefähr 400g täglich entspricht. Grundnahrungsmittel, Wasser, Kohlenhydrate, Fette und Vitamine, sind in angemessener Quantität wichtig für einen gut- funktionierenden Organismus (Vgl. Atakan et al., 2009).

In Früchten und Gemüsesorten stecken reiche Ressourcen an Antioxidantien, Erfahrungen haben gezeigt, dass oxidative Modifizierungen von Lipoproteinen eine Rolle in der Arterienwand bei der Formation von thrombotischen Plaques spielen (Vgl. Steinberg et al., 1989).

Studien haben bewiesen, dass hohe Zunahmen von antioxidativen Vitaminen, mit einer Verminderung der Inzidenz einer koronaren Herzerkrankung assoziiert sind.

Ebenso Flavonoide haben dieselbe Wirkung, deren Vorkommen in Tee, Rotwein, Äpfeln und Zwiebeln stark ausgeprägt sind (Vgl. Hertog, 1993).

Der protektive Effekt einer gesunden Ernährung mit niedrigem Anteil an gesättigten Fettsäuren und einer großen Menge an Früchten und Gemüse bei Herzpatienten, wurde in einer Studie aus Indien gezeigt: Über 400 Patienten wurden willkürlich ausgewählt. Koronarpatienten, die einer gesunden Ernährung folgten, hatten eine kardiale Mortalitätsreduktion von 42% und eine allgemeine Mortalitätsreduktion von 45%. Diese Ergebnisse wurden auch von Beobachtungsstudien unterstützt und von der European Society For Cardiology in ihren Guidelines miteinbezogen (Vgl. Singh, 1992).

Richtige Ernährung spielt eine immense Rolle als Determinante des Blutdrucks. Niedriger Salzgehalt im Essen kann sich senkend auf den Blutdruck auswirken und kann eine Erhöhung auch mit steigendem Alter vorbeugen (Vgl. INTERSALT, 1988 & Joint National Committee, 1993).

6.2 Übergewicht

Übergewicht ist eine rapid wachsende Bedrohung der gesunden Bevölkerung in einer steigenden Anzahl der Länder weltweit (Vgl. Björntorp, 1997).

Es ist Folge falscher Ernährungsgewohnheiten und unangemessenem Bewegungsverhalten. Zu alledem kommt noch hinzu, dass Übergewicht auch einen Einfluss auf viele andere Risikofaktoren hat (Vgl. WHO Consultation on obesity, 1997).

In einer Studie in der Gegend von Attica in Griechenland, wurde gezeigt, dass zentrale Adipositas mit einer Erhöhung vieler inflammatorischer Marker einhergeht. Aufgrund dieser Beziehung zwischen viszeraler Fetttanlagerung und der damit steigenden Prävalenz für Entzündungsprozesse, kann die Hypothese erstellt werden, dass das koronare Risiko eben aufgrund dieser inflammatorischen Vorgänge erhöht ist (Vgl. Panagiotakos et al., 2005).

Das metabolische Syndrom ist eine überaus große Gefährdung atherothrombotische, kardiovaskuläre Krankheiten und Diabetes zu entwickeln. In Folge fördert Diabetes selbst wieder die Entstehung eines kardiovaskulären Geschehens. Daher müssen die Chancen, an Diabetes vom Typ 2 zu erkranken, unbedingt eingedämmt werden. Die Kontrolle des Körpergewichts, regelmäßige körperliche Betätigung und das Meiden von zentraler Adipositas, müssen den Patienten näher gebracht werden (Vgl. Krentz, 2006).

6.3 Hypnose bei Essproblemen und zur Gewichtsreduktion

Göttinger (2004) beschreibt die Selbsthypnose als geeignetes Mittel zur Gewichtsreduktion. Der Patient kann sich dabei gut beobachten und Verhaltensmuster entdecken. Durch die Vorstellungskraft kann man sich selbst aufzeigen, wie es wäre wenn man das gewünschte Ziel bereits erreicht hätte und dabei aufkommende Gefühle und Stimmungen zu entdecken.

Am Ziel angekommen ist die Emotion am stärksten und man kann ruhig auf den Weg zum Erreichten zurückblicken und die einzelnen Schritte bis dahin genau bewerten.

Die Reframing- Methode sieht Schultz - Stübner (2007) als bewährtes Therapieprinzip. Das unerwünschte, übermäßige Essensverhalten wird durch ein mögliches, besseres Verhalten ersetzt und wird somit von Patienten leichter angenommen als vollkommene Abstinenz.

Nach Martin (2001) ist die Utilisation von Motivation von Bedeutung. Spricht der Patient von Gesundheit als Motivation, so muss das Organ genau konkretisiert werden. Sieht sich der Patient nicht als er selbst im Spiegel, so muss am Selbstbewusstsein ebenfalls wesentlich gearbeitet werden. Will man einfach das andere Geschlecht wieder mehr reizen, so wird am Imageaufbau angesetzt.

Blicke anderer Menschen oder das Beisein von Familie kann ebenfalls als Motivation fungieren: der Patient soll sich dann einfach die störenden oder vorwurfsvollen Blicke vorstellen, oder dass beim Einkaufen, das prüfende Zusehen des Vaters/der Mutter aufgezeigt wird. Hilfe wird vom Patienten hier im eigenen Bezugsrahmen angenommen.

Wichtig bei der Gewichtsreduktion ist die Einstellungsänderung. Worin liegt die Hauptmotivation, Emotionen beim Essen und bei möglichen Gewichtsabnahmen werden herangezogen und es muss abgewogen werden ob gewisse Nahrungsmittel unbedingt benötigt werden.

Fallen können ebenso „entschärft“ werden, indem man Schokolade oder Kühlschrank ausblendet, gewisse Nahrungsmittel verzerrt erscheinen lässt oder Zuckeranteile in Getränken und Lebensmittel vermehrt darstellt.

Vanderlinden und Vandereycken (1994) empfehlen eine multidimensionale Therapie mit Entspannung, Selbstdisziplin, Bewegung, Änderung von Selbstwertgefühl und Motivationsstärkung.

Johnson und Karkut (1996) setzten bei adipösen Frauen Hypnose und Vorstellung als Therapieprinzip ein. Tonbänder, Diäten wurden ebenfalls als Hilfsmittel genutzt.

6.4 Hypnose im kardiologischen Bereich: Hypertonie & Stress

Bluthochdruck und andere kardiovaskuläre Erkrankungen sind Folgen eines ungesunden Lebensstils und dauernden Arbeits- und Zeitdruck sowie Stress im beruflichen und privaten Bereich. Der Körper wird unter Stress mit folgenden Veränderungen konfrontiert und muss diesen gegen regulieren: Erhöhung der Herzfrequenz und der Atmung, Muskelanspannungen, vermehrtes Schwitzen, Kreislaufbeschwerden, Kopf- und Magenschmerzen, Schlafprobleme und es werden verstärkt aktivierende Hormone, wie Adrenalin ausgeschüttet. Bei dauerhaften Stresssituationen kommt es zu Bluthochdruck, Stressgastritiden oder Ulkus. (Vgl. Zeyrer, 2001).

In Hypnose kommt es zu einer wohltuenden Tiefenentspannung und es ist dabei auch möglich, den Patienten die beteiligten Prozesse fokussieren zu lassen, um die Antworten des Körpers darauf wahrzunehmen. Die Vorstellung der weiter werdenden und dehnbaren Gefäße und Arterien vereinfachen so den Vorgang der Blutdrucksenkung. Das Blut kann ungehindert und leichter überallhin fließen.

Das Herz ist das Hauptbezugsorgan seelischen Erlebens. Alle Fehlhalten, die letzten Endes immer dem psychosomatischen Formenkreis zuzuordnen sind, können in Form von Stress, funktionelle und organisch manifeste Herzbeschwerden verursachen, ebenso auch schicksalhafte, verletzende Ereignisse im Leben. Nicht selten spielen auch Angstzustände eine große Rolle und deren Beseitigung sollte in der Behandlung immer im Vordergrund stehen.

Belastungsreaktionen und mögliche Stressoren müssen analysiert und in ein positives Licht gerückt werden und gegen angenehme Alltagssituationen ausgetauscht werden (Vgl. Fricker, 2004).

Den Patienten muss Ruhe, Wohlbefinden und Gelassenheit aufgezeigt werden, sodass sie dies jeder Zeit auch im alltäglichen Leben umsetzen können. Übungen für zu Hause oder Selbsthypnose kann erlernt werden um dies noch besser zu bewerkstelligen.

Zusätzlich werden in der Hypnotherapie Kraft und ein positives Selbstbild vermittelt, um stressreiche Situationen leichter zu überwinden.

Durch Reframing sollen alte Gewohnheiten, die den Patient durch Stress leicht angreifbar gemacht haben, durch kraftvolle, selbststärkende Bilder ausgetauscht werden. Gefühle des Versagens oder der eigenen Inkompetenz sowie daraus folgendes Minderwertigkeitsgefühl, werden vor allem bei beruflichem Stress und Leistungsdruck hervorgerufen.

Das entspannende Tranceerlebnis kann dabei schon die erhofften Effekte erzielen. Innere Ruhe und Distanz können geweckt werden, um Situationen klarer und von einem anderen Standpunkt aus zu sehen und um Lösungen zu finden (Vgl. Gerl, 2001).

Schmierer, Hautkappe und Junker (2001) konnten in einer Studie zeigen, dass sich der Blutdruck mit einem standardisierten Hypnoseverfahren über einen Erhebungszeitraum von acht Wochen nicht nur akut sondern auch längerfristig signifikant senken ließ.

Gay (2007) untersuchte die Effektivität der Hypnotherapie in einer 1-Jahres- Folgestudie bei der Senkung von leichter Hypertonie. 30 Versuchspersonen wurden zufällig in eine Hypnosegruppe (mit achtstündiger Hypnose- Einzelsitzung) oder einer nicht behandelten Kontrollgruppe zugeteilt. Die Resultate ergaben, dass Hypnotherapie sowohl kurz-, mittel- als auch langfristige Blutdrucksenkungen hervorrief.

Verschiedenartige kardiale Arrhythmien werden von Kossak (2004) aufgezeigt, die mit Hilfe von Hypnose eingedämmt werden konnten. Auch er verweist darauf, dass diese Veränderungen durch Stress und belastende Alltagssituationen hervorgerufen werden konnten.

6.5 Alkohol

Laut European Society of Cardiology haben Nicht-Trinker eine höhere Gefahr der allgemeinen Mortalität zu erlegen als leichte bis moderate Trinker, danach steigt das Risiko signifikant mit der Steigerung des Alkoholkonsums (Vgl. Poikolainen, 1995).

Diese Tatsache ergibt sich aufgrund der hohen Nummer zahlreicher, verschiedenartiger Todesursachen durch starken Alkoholabusus: Unfälle, Suizide, Leberzirrhose, Pankreatitis, vielfältige Karzinome und alkoholische Kardiomyopathie.

Zwar hat mäßiger Alkoholgenuss einen positiven Effekt auf das „gute“ HDL-Cholesterin, aber es hat sich ebenso gezeigt, dass sich die Prävalenz für Bluthochdruck und hämorrhagischen Insult mit der Steigerung des Alkoholmissbrauchs erhöht (Vgl. Duffy, 1995).

Starkes Trinken steigert die Gefahr eines plötzlichen Todes aufgrund von Herzrhythmusstörungen. Kardiovaskuläre Erkrankungen ergeben sich durch einen ungesunden Lebensstil, zur Prävention zählt also auch die Reduktion eines unnatürlichen, übermäßigen Alkoholkonsums (Vgl. Thun et al., 1997).

6.6 Hypnose als Hilfe bei Körperschädigung durch Alkohol

Bei chronischem Alkoholabusus handelt es sich um eine ausgeprägte Sucherkrankung und es sollte daher immer an ein multidisziplinäres Therapieschema mit möglichen, stationären Aufenthalten in Entzugskliniken gedacht werden. Hypnose kann in ein mögliches Konzept eingebettet werden. Hypnose und andere Therapieformen dienen hier als unterstützende Methode in einem Entzugsprogramm.

Ein erster Schritt kann eine veränderte Einstellung zu sich selbst und zur Suchtbekämpfung sein, sowie die Notwendigkeit eine Therapie anzunehmen. Hypnoide Zustände können das gleiche Entspannungsgefühl oder Wohlbefinden, das sich unter dem Einfluss von Alkohol einstellt, hervorrufen.

Bandler und Grinder (1985) gehen davon aus, dass Alkoholiker an einer schwerwiegenden Dissoziation leiden. Im nüchternen Zustand, kann dieser sich kaum an Geschehnisse im alkoholisierten Stadium erinnern und umgekehrt.

Die beiden Befinden sind so sehr voneinander getrennt, dass sie weder gleichzeitig wahrgenommen noch gleichzeitig auftreten können.

Beiglböck und Feselmayer (2001) schildern eine Problembewältigung mit Altersregression. Vergangene Situationen werden aufgearbeitet. Typische Konfliktereignisse werden ermittelt, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einem darauf folgenden Substanzmissbrauch einhergingen.

Vor allem emotionale Veränderungen werden dabei ganz genau untersucht und analysiert. Mittels einer Altersregression wird dann versucht den ersten, entscheidenden Auslöser für jenes Problem zu finden, um danach eine Neukonstruierung des Erlebnisses vorzunehmen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei nicht so sehr auf der Umstrukturierung sondern viel mehr auf den ehemaligen emotionalen Narben, die eine derartige Verhaltensstörung auftreten ließen.

6.7 Bewegungsmangel

Alle Patienten sollten ermutigt werden ihre physikalische Aktivität auszubauen und zu erhöhen. Aerobicstunden, Walking, Schwimmen oder Radfahren für 20- 30 Minuten 4 oder 5-mal wöchentlich sollte angestrebt werden. Das zusätzliche körperliche Wohlbefinden sollte aufgezeigt werden. Körperliche Betätigung hilft Gewicht zu reduzieren, HDL-Cholesterin zu erhöhen, Triglyzeride und Thromboseneigung zu senken.

Einmal mehr ist es wichtig Unterstützung von der Familie für einen aktiven Lebensstilwandel zu erhalten (Vgl. Mittleman et al., 1993).

Vor allem Bewegung im mittleren Alter und älter hat einen günstigen Effekt auf das Mortalitäts- Outcome. Darüber hinaus wirkt sich körperliche Betätigung und Fitness als protektive Maßnahme gegen kardiovaskuläre Erkrankungen (Vgl. Willich et al., 1993).

Viele Übungen werden weit verbreitet bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit für folgendes eingesetzt: um myokardiale Ischämien aufzudecken, um das Risiko für weitere ischämische Ereignisse zu stratifizieren, um Revaskularisationen zu beurteilen oder die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie abzuschätzen.

Viele Studien beweisen eine massive Risikoreduktion für körperlich aktive Patienten. Bezogen auf eine kardiovaskuläre Mortalität führt Bewegung allgemein zu einer Risikosenkung von 35%, während sich die Gesamtmortalität um 33% verringert. Wurden Belastungstests zur Ergebnisbeurteilung herangezogen, so steigerte sich die Risikoreduktion noch wesentlicher. Wird der Körper mit sehr hohen Intensitäten belastet, so führt dies zu einer signifikanten Senkung des diastolischen Blutdruckwertes und einer Verbesserung des Blutglucosespiegels.

Zudem gibt es Andeutungen, dass sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz einer koronaren Herzerkrankung, Diabetes, arterielle Hypertonie und Hypercholesterinämie durch Bewegung gesenkt werden können (Vgl. Gabriel, 2009).

Gehen allein, eine sehr zugängliche Aktivität für eine große bewegungsarme Gesellschaft, wurde als präventive Risikoeindämmung einer fatalen kardiovaskulären Erkrankung angesteuert (Vgl. Boone-Heinonen, et al., 2009).

6.8 Hypnose zur Bewegungsmotivation und bei Sport

Laut Escher (2008) ergeben sich im Sport verschiedenartige Anwendungsmöglichkeiten der Hypnosetherapie, doch werden diese eher seltener angeführt, denn es liegt der Wunsch eines Trainers oder Sportlers nahe, die Rezepte die zu Ziel und Erfolg führen geheim zu halten.

Nervöse Spannungen, Hemmnisse oder Demotivation lassen sich beiseite räumen, die die Fähigkeiten oder den Willen eines jeden eintrüben können. Trance ist ein hervorragendes Werkzeug um Selbstvertrauen und Motivation zu stärken. Kontrollorte oder „Safe- places“ wohin sich jeder Mensch in sich selbst zurückziehen kann, werden aufgesucht um neue Kraft zu tanken.

Harmonisches, teamorientiertes Zusammenspielen lassen sich bei Mannschaftssportarten erreichen, sodass die Fähigkeiten eines einzelnen Spielers gekonnt und automatisch eingesetzt werden können. Das Training kann verbessert werden, indem motorische und mentale Fertigkeiten perfektioniert werden.

Suggestionen eines Siegs werden mental verankert und so die Leistung und die Zielsetzung eines jeden Sportlers neu definieren (Vgl. Escher, 2008).

Edgette und Rowan (2007) widmen sich unter anderem der Nutzung der Dissoziation im Sport. Unter Dissoziation versteht sich die Fähigkeit eines Menschen sich von einem gewissen Ereignis oder Erlebnis emotional auszublenden. Sportler müssen sich von alltäglichen Belastungssituationen abspalten.

Familiäre, oder berufliche Probleme würden hier nur eine Art Hemmung darstellen, seine Ziele erfolgreich zu verfolgen. So können Verletzungen und daraus mögliche folgende Schonhaltungen und Gedanken um die beeinträchtigte Region, den Sportler in seinem Leistungsvermögen stark zurückhalten. Ziel für den Sportler ist es sich seiner Schmerzen zu disoziiieren und in seiner Leistung unbelastet von Gefühlsregungen oder Schmerzen zu sein.

Weg zur Selbstsicherheit finden, Leistungen optimieren, Stress durch Wettkampffängste reduzieren, Willen und Motivation stärken, mit Kraft und Energie haushalten, Zielsetzungen und Werte visualisieren, sowie Entspannung unter Anspannung finden sind wesentliche Ansatzpunkte einer Hypnosetherapie im Sport und verhelfen den Athleten so zu Erfolg und positivem Erlebnis (Vgl. Hirth, 2007).

7. Genussmittel Tabak als Bedrohung

In den letzten Jahren wurde das Thema Rauchen als Risikofaktor immer wieder diskutiert, und in den Medien und diversen Zeitschriften und Magazinen, vor allem durch die begehrte Diskussion „Rauchverbot in der Gastronomie – Ja oder Nein“, aufgeworfen.

Durch den Einsatz der Pulmologie und Inneren Medizin hat diese Bedrohung gesundheitsbewusstes Interesse der Öffentlichkeit geweckt (Vgl. Leithner, 2007).

Über Jahre hinweg, galt Rauchen als Genussmittel und Gewohnheitsaspekt doch in den 50er Jahren begann man Nikotin als Risikofaktor für vielfältige Krankheitsbilder zu erforschen und heute besteht kein Zweifel mehr an der gesundheitsschädigenden Wirkung. Trotz des Wissens, dass Nikotin das höchste Suchtpotential aller Suchtmittel besitzt (höher als Heroin oder Kokain) wird die Zigarette immer noch verharmlost und über Schlagwörter wie Folgeschäden oder Todesursache hinweg gesehen.

7.1 Nikotin und dessen Wirkung

Neben Teer, Formaldehyd und Kadmium ist der bedeutendste der knapp 4000 Inhaltsstoffe einer Zigarette, der Hauptwirkstoff Nikotin. Es ist ein pflanzlicher Stoff (Alkaloid), der aus den Blättern der Tabakpflanze gewonnen wird und als Nervengift gilt. Gebunden an die kleinen Teerbestandteile gelangt dieser in die Lunge und von dort ins Blut (Vgl. Marbach, 2006).

Nikotin besitzt eine Eigenschaft, die vielen anderen Giftstoffen vorenthalten bleibt: Es ist in der Lage die Blut-Hirn-Schranke zu passieren und sich an Rezeptoren zu binden. Dadurch kommt es schon nach wenigen Sekunden zu den berühmten Wirkungen im Gehirn. Diese Rezeptoren reagieren auf Acetylcholin, denen Nikotin sehr ähnlich ist.

Nikotin ist eine Substanz, die das Suchtpotential am schnellsten beeinflussen kann. Durch die Rezeptorbindung im Gehirn werden verschiedenste Neurotransmitter, wie Serotonin, Noradrenalin und Dopamin sowie von Endorphinen ausgeschüttet.

Nikotin stimuliert das dopaminerge Belohnungszentrum, den Nucleus accumbens im Gehirn des Rauchers.

Normalerweise wird dieses Zentrum durch natürliche, instinktive Aspekte wie Fortpflanzungstrieb oder Nahrungsaufnahme, die für die Arterhaltung des Menschen wichtig sind, angeregt. So nimmt der Suchtprozess seinen Lauf und bald wird das Rauchen zu einem lebensnotwendigen Vorgang, der zusammen mit dem sensiblen, oralen Reiz des Rauchens vortäuscht, glücklich zu machen.

Nikotinerge Rezeptoren finden sich vermehrt im präfrontalen Cortex, was verdeutlicht, dass dadurch Aufmerksamkeit und Gedächtnis durch Nikotin gesteigert werden (Vgl. Schmidt, 2007).

Zigaretten sind aus einigen Substanzen zusammengesetzt, die die Suchtwirkung potenzieren: Das chemisch hinzugefügte Ammonium, wirkt als Verstärker des Nikotins. Der Zucker, der teilweise in der Tabakpflanze selbst enthalten ist und auch noch im Labor künstlich beigemischt wird, wird beim Rauchen verbrennt, wodurch Sucht- Förderndes Acetaldehyd entsteht. Acetaldehyd hemmt das Enzym Monoaminoxidase B, das wiederum für den Abbau von Serotonin und Dopamin zuständig ist. Es kommt zu einer immensen Anhäufung dieser Neurotransmitter und ihrer Wirkung.

Aufgrund von Nikotin kommt es zur Muskelentspannung, einem Anstieg des Blutdrucks und damit zu Tachykardie, Atemfrequenz- und Herzfrequenzstimulation, gesteigerte Darmtätigkeit, Salivation, erhöhte Sekretion der Bronchien und Analgesie (Vgl. Bäwert, 2009).

Der Inhaltsstoff zeigt demnach sowohl stimulierende als auch sedierende Effekte, die von der Dosis bestimmt werden. Schon bei niedriger Dosierung kommt es zu einer Adrenalin- und Glucoseausschüttung, Blutdrucksteigerung. Der sedierende Effekt tritt eher bei Überdosen auf, der Schwindel und Krampfanfälle triggern kann oder bis zur Atemlähmung führt.

7.2 Fakten zum Thema Rauchen

Weltweit unterliegen ungefähr 1,3 Milliarden Menschen der Nikotinabhängigkeit - allerdings können diese Angaben nur Schätzwerten entsprechen, da die exakte Anzahl der Raucher nicht erhebbar ist.

In Europa ist die Nikotinsucht durchwegs weit verbreitet. Deutschland, Italien, England und Frankreich weisen einen sehr hohen Anteil an Rauchern auf (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

29% der österreichischen Bevölkerung greift zum Glimmstängel, was 2,3 Millionen Menschen entspricht. Wenn man letzten Veröffentlichungen Glauben schenkt, werden derzeit nicht weniger als 13 Milliarden Zigaretten jährlich geraucht.

ESPAD- „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs“ hat festgestellt, dass in einem europäischen Vergleich Österreich mit einem jugendlichen Raucheranteil von 49%, gleich nach Grönland mit 60%, an zweiter Stelle liegt.

Jährlich sterben 10. 000 Menschen an den Auswirkungen des Nikotinkonsums, aufgrund der Haupttodesursache Lungenkrebs (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

Jüngste Umfragen zeigen, dass 1,3 Millionen aller Raucher mit ihrer Sucht unzufrieden sind und davon loskommen wollen, oder auch auf ein gewisses Ausmaß reduzieren wollen, was durchaus positiv zu werten ist.

Die Nikotinsucht und ihre Folgen gelten als führende Tatsache von vermeidbaren Todesursachen. Laut WHO stirbt alle 8 Sekunden ein Mensch an den unmittelbaren Folgen des Rauchens und mehr als 5 Millionen Menschen sterben aufgrund von Läsionen, die auf dieses Laster zurückzuführen sind (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

Schätzungen zu Folge wird vermutet, dass es in den nächsten 15 Jahren zu einem doppelten Anstieg der Todesfälle pro Jahr durch permanenten Zigarettenkonsum kommen wird (Vgl. Kolte, 2006).

7.3 Die Macht der Sucht

Fast jeder rauchende Mensch erinnert sich mit Abneigung und Grausen an seine erste Zigarette. Doch Husten, Schwindel, Übelkeit und die weltweit bekannten krankheitsfördernden Wirkungen werden ignoriert.

Kein Suchtmittel macht nach einmaligem Gebrauch süchtig, im Fall des Nikotins zeigen sich nach 4-6 Wochen regelmäßigen Konsums Abhängigkeitssymptome:

Das Rauchen wird dann zu einem lästigen Zwang, über gesundheitliche Folgeschäden werden trotz Wissens und Aufklärung hinweg gesehen und das Auftreten von Entzugserscheinungen macht sich bemerkbar (Vgl. Fischer, 2009).

Genetische Vorbelastungen sowie soziale und psychische Rahmenbedingungen wirken als belastende Faktoren auf Nikotinabhängigkeit ein. Ebenso treten gewisse psychische Krankheitsbilder, wie Depression gehäuft mit einem Hang zum Rauchen auf. In der Pubertät beginnen häufig die Experimentierfreudigkeit und damit das Konsumieren der ersten Zigarette. Neugierde, Gruppenzwang oder der Wunsch wie ein Erwachsener behandelt zu werden, entfachen die Lust nach Nikotin (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

Über Medien vermittelte Werbungen, Bilder oder das Image von Filmstars oder Musiker spielen dabei eine wegweisende Rolle. Rauchende Bezugspersonen, wie Eltern, Lehrer Geschwister oder Freunde prägen das Suchtpotential ebenfalls sehr.

Klassische Konditionierungsprozesse wie das Rauchen als Dämpfer in Stresssituationen oder das Verketteten mit bestimmten Gewohnheiten (Kaffee- und Alkoholkonsum in Verbindung mit einer Zigarette) automatisieren das Rauchen als Fixpunkt im Leben. Der Verkoppelungsprozess mit bestimmten Tätigkeiten lässt das Aufhören so schwer gelingen. Zigaretten werden als fixe Bestandteile in Kaffeepausen, nach sexuellen Kontakten, dem Weckerläuten oder nach Verlassen der Arbeit als Entspannungshilfen gesehen. Verhaltensstrukturen der Patienten sowie gewohnte Rituale müssen in ein dementsprechendes Entwöhnungsprogramm miteinbezogen werden und erschweren zudem die Abhängigkeit.

Rauchen wird oft als Verstärker oder Vermittler gewisser emotionaler Veränderungen missverstanden: so werden der Zigarette Eigenschaften wie Stressdämpfung, Spannungsreduktion, Stimmungsaufhellung oder Konzentrationssteigerung angedichtet und im Gehirn auch damit vernetzt (Vgl. Fischer, 2009).

7.4 Das Suchtgedächtnis

Dreh- und Angelpunkt der Nikotinwirkungen ist das sogenannte Belohnungszentrum, das limbische System, das in der Großhirnrinde lokalisiert ist und verantwortlich dafür ist, dass Lustgefühle, Genuss und Zufriedenheit den Organismus durchfluten. Lebenswichtiges Essen, arterhaltender Sex, Zusammentreffen mit netter Gesellschaft führen im Nucleus accumbens zur Dopaminfreisetzung. Das damit assoziierte, massive Glücksgefühl gilt somit als Belohnung für die eben durchgeführten Aktionen (Vgl. Bäwert, 2009).

Alle Suchtmittel, wie auch Nikotin, bewirken diese Freisetzung des Botenstoffes auf chemischen, pharmakologischen Weg und täuschen das Gehirn.

Schließlich werden der auslösende Reiz und die damit verbundene Handlung als wünschenswert gespeichert und die Lust auf mehr entsteht.

Das quälende Verlangen nach der Substanz steigert sich mehr und mehr, was in der Expertensprache als „Craving“ bezeichnet wird, wobei der schon der Anblick eines rauchenden Menschen allein genügt, um wieder zum Glimmstängel zu greifen und das Verlangen zu wecken (Vgl. Fischer, 2009).

Einige Zeit nach der Nikotinzufuhr sinkt der Nikotinspiegel ab und Entzugserscheinungen machen sich im Organismus breit: Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen und Gereiztheit, Nervosität bis hin zu Angstzuständen.

Solche Symptome können nach Beendigung der regelmäßigen Nikotinzufuhr noch zwei bis drei Wochen anhalten. Ein wichtiger Schritt zum Nichtraucher ist es also zu lernen, dass der Impuls unbedingt zu Rauchen auch verschwinden kann, wenn man vehement und unnachgiebig bleibt (Vgl. Kraft, 2006).

7.5 Risikofaktor Rauchen

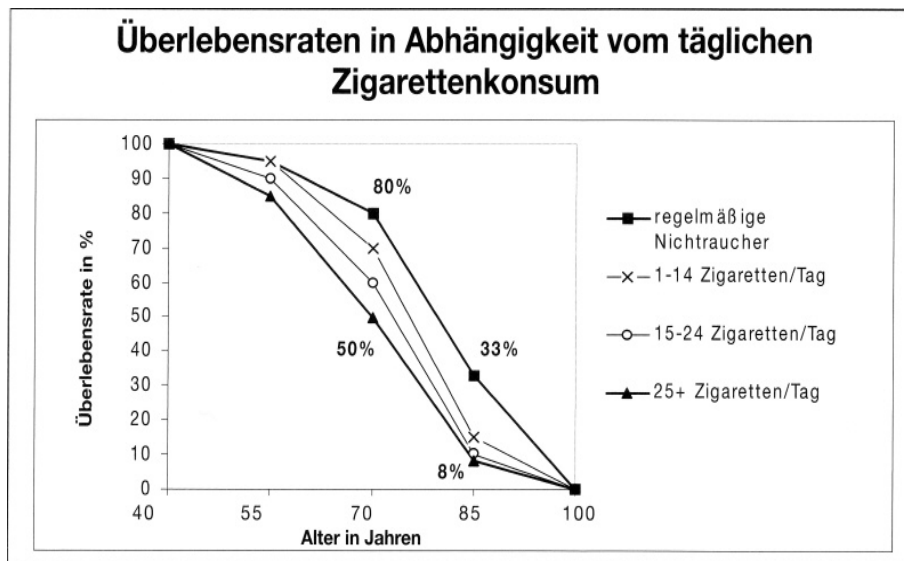


Abbildung 8: Überlebensrate der Raucher und Nichtraucher (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 111)

Die Abbildung zeigt den Vergleich der Überlebensraten von Nichtrauchern und Rauchern abhängig von der täglich konsumierten Zigarettenrate.

Nichtraucher erreichen zu 80% das 70. Lebensjahr, 33% sogar das 85. Lebensjahr. Im Gegensatz dazu, erreichen Raucher nur zu 50-70% das 70. Lebensjahr und das 85. Lebensjahr nur zu zwischen 8%-15%.

Bei einer täglichen Zufuhr von 20 oder mehr Zigaretten (innerhalb von 40 Jahren), verkürzt jede Zigarette das Leben um 5-8 Minuten, dadurch verkürzt sich die Lebenserwartung um durchschnittlich 7-10 Jahre (Vgl. Doll R & Wheatley K, 1994).

7.5.1 Tabakassoziierte Erkrankungen

Laut der medizinischen Universität Wien gilt der Tabakkonsum als Hauptursache vieler bösartiger und tödlicher Erkrankungen.

Zigarettenrauchen steigert die Prävalenz an malignen Tumoren der Lunge, des Pankreas, der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes und des Ösophagus zu erkranken. Auch Erkrankungen wie Tumore oder Ulzerationen des Magen- Darmtraktes lassen sich auf Nikotinabusus zurückführen.

Die derzeit häufigste Todesursache in westlichen Industrieländern aufgrund des Rauchens ist die Entwicklung einer ischämischen Herzerkrankung, durch Minderversorgung des Herzmuskels mit Sauerstoff. Das Insultrisiko steigt rapide an, die Entwicklung einer peripheren Gefäßerkrankung, Thrombosen der tiefen Beinvenen, liegen meist einem langjährigen Nikotingenuss zu Grunde (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) vermehrt sich in ihrer Prävalenz und es wird vorausgesagt, dass es die Todesursache an dritter Stelle weltweit im Jahre 2020 sein wird. Der größte Risikofaktor COPD zu erleiden ist das Zigarettenrauchen, 90% der Todesfälle durch COPD werden direkt dem Rauchen zugeschrieben.

Nur völlige Abstinenz und Entwöhnungswille sind die effektivsten Wege das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen oder gar zu stoppen (Vgl. Tashkin, 2009).

Ein komplexes, mehrschichtiges Immunabwehrsystem schützt den Organismus vor gesundheitsschädigenden Aspekten und hält die Homöostase des Gewebes aufrecht.

Die Exposition an Zigarettenqualm beeinträchtigt merklich das Immunsystem und vermittelt dem Organismus, sich an Immunantworten und entzündlichen Prozessen zu beteiligen und bei rauchbezogenen Pathologien mitzuwirken. Dieser nachteilige Effekt für das Immunsystem tritt nicht nur bei aktiven Rauchern auf, sondern auch bei Passivrauchern in qualmkontaminierten Lokalisationen, und hält für Dekaden an, auch nach Beendigung der Exposition (Vgl. Stämpfli, 2009).

Auch auf die Leber und ihre Erkrankungen wirkt sich das Nikotin verschärfend aus: Fettleber, Zirrhose und Krebsarten sind die Folgeschäden.

Hammod, Wooten, Nanez und Wenzel (1999) zeigten, dass das Rauchen auch in der Ophthalmologie schon lange keine unwesentliche Rolle mehr spielt. Die altersbedingte Entstehung von Katarakten liegt dem Risikofaktor zu Grunde.

Forscher des Vision Science Laboratory (Arizona State University West, Phoenix, USA) beschäftigten sich mit der Fragestellung, ob eine Schädigung der Linse durch den Tabakkonsum schon nachzuweisen ist, wenn noch keine klinische Manifestation einer Katarakterkrankung vorhanden ist.

Dazu wurde die optische Dichte der Linse von 54 Nichtraucher, 41 Rauchern und 31 ehemaligen Rauchern vermessen. Ergebnisse ergaben, dass die optische Dichte bei den Rauchern, unabhängig von der gerauchten Zahl der Zigaretten, bemerkenswert erhöht war, ebenso auch bei den ehemaligen Rauchern.

Was allerdings wesentlich hervorzuheben ist, ist, dass sich dieser Schaden im Gegensatz zu anderen, nicht mit der Zeit nach dem Nikotinstopp zurückbildet (Vgl. Hammod et al., 1999).

Seit längerer Zeit ist bekannt, dass bei Neugeborenen, deren Mütter rauchten, ein vermindertes Geburtsgewicht Folge sein kann. Nun zeigte eine der bisher größten Studien, dass dosisabhängiger Nikotinabusus während der Schwangerschaft Lippen/Gaumenspalten verursachen kann. Bei einem Konsum von 1-10 Zigaretten stieg das Risiko um 1,5 und schon bei 20 Glimmstängeln täglich um den Faktor 1,78 (Vgl. Chung et al., 2000).

An der Orthopädie in Connecticut wurde an 103 Patienten die Heilung von Tibiafrakturen genauer unter die Lupe genommen. Es wurde in Erfahrung gebracht, dass die mittlere Verheilungsdauer des Bruches bei Rauchern wesentlich verzögert war (Vgl. Schmitz et al., 1999).

Weitere Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit der Menschen zeigen sich auf dem Sektor der koronaren Herzkrankheit.

Bei Zigarettenabusus manifestiert sich schon ein 2,4-fach erhöhtes Risiko eine Pathologie beim Herzen oder der Herzkranzgefäße zu entwickeln.

Das plötzliche Herztod-Risiko verdoppelt sich, der akute Myokardinfarkt und Aortenaneurysmen sind ebenfalls schwere Folgen.

Rauchen ist einer der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren neben Hypertonie, Hypercholesterinämie, dem metabolischen Syndrom und Diabetes mellitus und mitunter wohl auch einer der beeinflussbareren.

In Europa lassen sich 30% aller Todesfälle auf die Folgeschäden des Tabakkonsums zurückführen und 2003 verstarben 34.914 Österreicher an Herz- Kreislauf- Erkrankungen und Insult, möglicherweise sogar ein Drittel davon aufgrund eines massiven Tabakkonsums (Vgl. Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien, 2009).

Schon „leichtes“ Rauchen, das oftmals verharmlost wird birgt schwerwiegende Risiken. Eine Studie von Bjartveit zeigt, dass schon der Genuss von 1,5 Zigaretten pro Tag das Risiko für KHK als Todesursache verdreifacht. Auch das Passivrauchen wird immens unterschätzt. Das Inhalieren von 3 gerauchten Zigaretten in unmittelbarer Nähe entspricht schon einer selbst gerauchten. Dies zeigt, dass auch schon hier eine Risikoerhöhung stattfindet. Für eine KHK- Erkrankung sogar um 50- 100%, für Insult 30- 60% und auch für COPD und Bronchuskarzinome. Rauchen und Hypertonie stehen ebenso in einem engen Zusammenhang. Es gibt Studienergebnisse, dass die maligne Hypertonie und deren Folgeschäden bei Rauchern wesentlich häufiger vertreten sind (Vgl. Leithner ,2007).

Das Risiko einer Nierenarterienstenose wird ebenfalls durch Tabakkonsum erhöht, bedingt durch fibromuskuläre Dysplasie und Atherosklerose kann es damit zu einer renovaskulären Hypertonie kommen.

Hypertonie und Rauchen potenzieren sich in ihrer Auswirkung auf den Körper, daher sollte vor allem bei Bluthochdruckpatienten eine Tabakabstinenz angestrebt werden (Vgl. Leithner, 2007).

7.5.2 Effekt der Raucherentwöhnung auf kardiovaskulärer Ebene

Die meisten Studien besagen, dass das erhöhte kardiovaskuläre Risiko innerhalb kurzer Zeit nach einem Rauchstopp stark abzufallen beginnt und schon nach einem Jahr nur mehr die Hälfte der Bedrohung darstellt. Nach ungefähr 5 Jahren ist das Risiko auf den Status eines Nichtraucher gesunken (Vgl. Teo et al., 2006).

In der nachstehenden Tabelle wird das Insultrisiko bei Rauchern näher erörtert. Die US-Nurse Studie illustriert, dass das Risiko bei Rauchern auf das 2,5- fache steigt, während nach einem Rauchstopp das Schlaganfallrisiko stark sank und den Level von Nichtrauchern nach 4 Jahren erlangte (Vgl. Leithner, 2007).

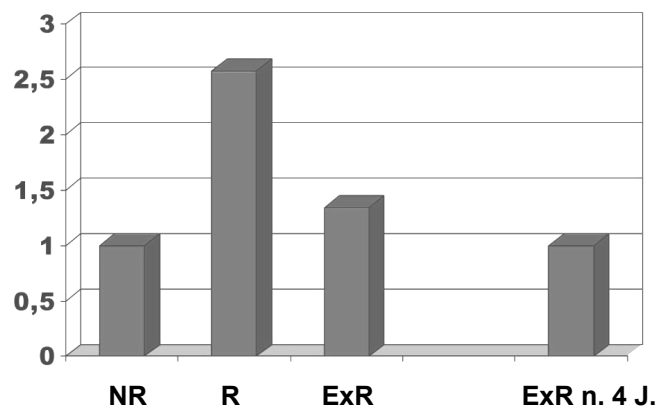


Abbildung 9: Effekt der Raucherentwöhnung (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 112)

8. Zum Nichtraucher durch Hypnose

Gerl und Freund (2001) arbeiten seit 1993 mit Hypnose in Bezug auf Raucherentwöhnung und verweisen dabei auf eine besondere Effektivität bei Einzelsitzungen, doch wurden auch Konzepte für Gruppentherapien und interessierte Unternehmen erarbeitet.

Im Internet oder auch in anderen Medien findet man zahlreiche Werbungen und Artikel zu dem Thema und immer mehr Menschen finden Neugierde und wollen mehr über Hypnose zur Raucherentwöhnung erfahren.

Rauchen heißt nicht, dass man immer gleich von einer Nikotinabhängigkeit ausgehen muss. Die Toleranzentwicklung oder das Entzugssyndrom beispielsweise können beim Gewohnheitsraucher fehlen.

Die Nikotinabhängigkeit entsteht jedoch durch das ständige Gebrauchen und Rauchen von Zigaretten. Dies sollte stets im Blickwinkel gehalten werden. Bei extremer Abhängigkeit kann man mit Nikotinsubstitution oder Ersatztherapie zusätzlich eingreifen. Gesundheitliche Schäden oder Mehrfachabhängigkeiten sind genauestens zu erörtern und in die Therapieplanung mit einzubeziehen. Es empfiehlt sich bei jedem Raucher vorab davon auszugehen, dass eine Sucht zu Grunde liegt.

Raucherentwöhnung mit Hypnose zeigt bei den meisten Menschen solch eine Wirkung, weil sie Motivation zum Erfolg, sowie feste Überzeugung, Willenskraft und Selbstsicherheit mitbringen.

Dem Raucher muss eine individuell zugeschnittene Lösung vor Augen gebracht werden, die er selbst finden und bewältigen kann. Einen Lösungsweg, der zu 100 Prozent mit seinen eigenen Sichtweisen übereinstimmt, wird er eher gehen und auch anerkennen und akzeptieren.

Der entscheidende Schritt muss vom Patienten selbst kommen, dabei kann der Therapeut nur als Wegweiser dienen, gehen muss der Patient den Weg selbst. Dass der Patient überhaupt schon zum Arzt geht, mit dem Willen das Rauchen aufzugeben, illustriert schon einen Pakt, den der Patient mit sich selbst geschlossen hat und den es auch heißt einzuhalten. Ist dies der Fall, so liegen die Erfolgchancen hoch und es ist sichergestellt, dass die alte Abhängigkeit nicht durch eine neue ersetzt wird.

Peter (1993) meint dazu auch, dass ein wesentlicher Punkt der Hypnotherapie die Erfahrung ist, dass etwas wie von selbst und vollständig, mühelos, ja fast automatisch geschieht.

8.1 Raucherentwöhnungstechniken

Das Hypnoseritual spielt eine wesentliche Rolle. Im folgenden Teil, wird nun auf die, in der Hypnotherapie angewandten Techniken zur Raucherentwöhnung, näher eingegangen:

Nutzung der Entsprechung von Symptom und hypnotischen Phänomen: Hypnose ist bei Suchtproblematiken deshalb so erfolgreich, da zwischen dem zwingenden, nicht-willkürlichen Symptom und der Hypnose selbst eine strukturelle Analogie herrscht. Der Patient geht davon aus, dass nicht er die Zigarette raucht sondern seine Sucht ihn dazu zwingt und ebenso identifiziert sich der Patient während einer Hypnose nicht bewusst, sondern die Suggestion spricht eher das Unbewusste an, bei dem alles wie von selbst geht. Diese Dissoziation charakterisiert das Symptom und zugleich das Trancephänomen.

Außerdem sind Raucher vehementer als Nichtraucher der Meinung, dass ihr Leben und ihre Sucht von Kräften außerhalb ihres Körpers bestimmt werden.

Das Einführen des Unbewussten: Per definitionem befindet sich genau dieses Unbewusste außerhalb des subjektiven Ich. In der Hypnose wird diese exakte Trennung aufgehoben, sodass es zu einer erneuten Verinnerlichung des Unbewussten kommt. Dem Unbewussten werden häufig vorteilhafte Charaktereigenschaften, wie allumfassendes Wissen oder Wohlwollen zugeschrieben, sodass es als Verbündeter bei der Lösungssuche gesehen wird. Um eine adäquate Kommunikation zwischen Bewusstsein und Unbewussten herzustellen benötigt man ideomotorische oder ideosensorische Signale.

Die Technik der implizierten Direktive, bei der beispielsweise ein Datum für den endgültigen Rauchstopp mit dem Unbewussten ausgehandelt wird, ist eine überzeugende Variante. Dieses Datum unterliegt dann nicht einer bewussten gedankenkontrollierten Erwartung und für den Patienten ist, wenn auch nicht bewusst, klar, dass er seine Sucht beenden wird (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Reframing: Man versucht mit dem Teil des Körpers in Kommunikation zu treten, der „verantwortlich“ für das Rauchen ist.

Die Absicht hinter dem Rauchen wird dabei herausgearbeitet und man versucht zu erkennen warum die Zigarette dem Patienten so wichtig ist, (Belohnungsaspekte, Motivation- oder Entspannungserzeuger, Einsamkeit vertreiben oder Beschäftigung) um diese Verhaltensweise dann durch eine gesündere Alternative zu ersetzen.

Der Therapeut sollte stets skeptisch und kritisch hinter jeglichen Erfolgen des Patienten stehen, um diesen anzuregen sich nicht selbst zu belügen, andererseits wahre, wirkliche Fortschritte noch weiter auszuarbeiten (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Blockierung der linearen Lösungsversuche der Patienten: Viele Raucher sind der Meinung, dass sie bis zum endgültigen Beenden ihrer Sucht noch bewusst rauchen müssen. Das spielt dann eine wichtige Rolle, wenn der Patient versucht willentlich seine Sucht zu Ende zu bringen, in dem er die Anzahl der Zigaretten zu vermindern versucht. Erzwingungsversuche von Seiten des Patienten, sollten jedoch in der Therapie unbedingt vermieden werden, da es das Problem aufrecht erhalten würde. Mit zwingenden Gedankengängen würde man in der Hypnose nur das Gegenteil erreichen und ist in diesem Sinne nicht ziel führend.

Ablenkung der bewussten Aufmerksamkeit vom relevanten Änderungsgeschehen: Da sich das Änderungsgeschehen ungehindert entfalten kann, muss die Aufmerksamkeit davon weg gelenkt werden. Statt auf das Rauchen, sollte sich der Patient auf schöne und vor allem wichtigere Dinge im Leben konzentrieren. Dies kann durch sportliche Aktivitäten, selbst bestimmte Hobbys oder Wohlbefinden erreicht werden.

Im Erstgespräch sollte daher auch unbedingt ein unnötiger Erwartungsdruck gesenkt werden.

Indirekte Suggestionen, posthypnotische Suggestionen, Metaphern: Solche Suggestionen und Metaphern können sehr vielfältig ausgedrückt und erzählt werden und können gekonnt und kurzzeitig in Kommunikation, Gespräche, Tonaufnahmen oder Informationsbroschüren eingearbeitet werden (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Im hypnoiden Zustand weitet sich die Suggestion in ihrer Wirkung tief gehend aus. Deshalb haben gerade posthypnotische Suggestionen ein erstaunliches Ergebnis.

Es geht dabei nicht so sehr um das Vokabular, als viel mehr um ihre nachwirkende Bedeutung und Schlagkraft. Sie können intensiv und nachhaltig das Verhalten verändern.

Metaphernartige Geschichten erzielen häufig den gleichen Effekt.

Raucher hören gerne von anderen Leidensgenossen und wie es ihnen auf deren Weg ergangen ist und was sie dafür für Opfer bringen mussten. Therapeutische Metaphern sind ausgezeichnet um in kurzer Zeit Wissen zu mobilisieren und Information weiterzugeben.

Zielorientierung: Der Patient sollte sich klar vor Augen führen welche Vorteile sich durch einen Rauchstopp aufzeigen würden und sich nicht mit möglichen Entzugserscheinungen oder Ergebnisse bei völliger Abstinenz das Leben schwer machen. Solche Ängste verwickeln in ein „Herbeifürchten“, um dann letzten Endes bei der ersehnten Zigarette zu bleiben. Das Ziel sollte konkret vom Patienten selbst definiert werden, um es dann sogleich in eine sich in den Alltag verstrickte Imagination umzuwandeln.

Durch Zukunftsprojektionen wird das Ergebnis, das Ziel schmackhaft gemacht und somit die Motivation des Patienten kontinuierlich gesteigert. Der Patient gewöhnt sich nach und nach an den Gedanken, sodass es einen schweren Rückschritt in ein Raucherdasein bedeuten würde. Das Bild kann attraktiv für den Patienten unter Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten, in Raum und Zeit definiert gestaltet werden. Gesundes Leben, Verbesserung der finanziellen Situation, freiere, reinere Atmung können mit tiefster Zufriedenheit und Wohlbefinden vernetzt werden und einen schönen Zukunftsblick gewähren (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Reflektiertes Umgehen mit möglichen Rückschritten ist ein sehr wesentlicher Punkt. Anhaltende Abstinenz kann nicht immer und von der ersten Sitzung weg gewährleistet werden. Dies sollte dem Patienten offen und ehrlich schon im Erstgespräch verdeutlicht werden. Realistische Standpunkte in Bezug auf Rückfallserscheinungen ermöglichen vertrauensvollen Rapport und gewinnbringende Arbeit (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Selbsthypnose kann zusätzlich zur medizinischen Hypnose im Alltag eingebracht werden. Es bedarf einer immensen Selbstdisziplin, Übung und Erfahrung. Es gibt zahlreiche DVDs und CDs, die die Arbeit erleichtern und unterstützen können und die den therapeutischen Rapport in die Alltagssituation überleiten. Mittels Selbsthypnose kann dann das Erlebte und Gelernte aus der Therapiesitzung wiederholt und gefestigt werden. Sollten Situationen auftreten, in denen der Patient früher zur Zigarette gegriffen hätte, könnten dann entspannter betrachtet werden und Ausgleich im Hören der CD finden. Patienten werden somit aktiv an der Lösung ihres Problems beteiligt und die Anzahl der Sitzungen könnten sich damit in Grenzen halten (Vgl. Alman, 2001).

Motivation und Eigeninitiative des Patienten sind von großer Bedeutung um die Abstinenz auch nachhaltig zu gewährleisten. Es kommt eher selten vor, dass eine Abstinenz schon nach nur einer Sitzung lang anhält. Patienten müssen auf ihre eigenen Fähigkeiten und Kräfte vertrauen, sie müssen für eine komplette Veränderung ihres Lebensstils bereit sein und nicht nur an einem Rauchstopp interessiert sein (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

Viele Patienten haben eine sozial und wirtschaftlich gefestigte Lebenssituation, besitzen Lebenserfahrung und wollen eine Abhängigkeit beenden, die sie aus früheren Zeiten mit sich herumschleppen. Viele erkennen wie stark das Rauchen ihre Lebensqualität stört und einschränkt. Es ist nicht der Trend, dem sie mit der Suchtbeendigung folgen wollen, auch nicht eine lebensbedrohliche Diagnose eines Arztes, sondern sie folgen einem eigenen, innerlichen Drang, der Eigenverantwortung verspricht und wollen so ein Zeichen setzen (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

8.2 Notwendige, erfolgversprechende Faktoren

Agee (1983) und Holroyd (1980) zeigen in ihren Metaanalysen, dass eine höhere Anzahl an Sitzungen (drei bis fünf) und individuell auf den einzelnen Patienten bezogene Suggestionen, die vor allem einer Ich- Stärkung zu Grunde liegen, höhere Abstinenzraten versprechen.

Erfahrene Therapeuten, die Willenskraft des Patienten, sowie der Charakter der Motivation tragen wesentlich zu einem Erfolg bei. Für das Durchhaltevermögen in schwierigen Abschnitten der Abstinenz erwiesen sich Telefonkontakte als große Hilfe und weiterführende Selbsthypnose für zu Hause. Soziale Unterstützung, durch nicht rauchende Familie, Partner und Freunde, neuesten Studien zu Folge, haben ebenfalls eine sehr positive Wirkung auf die Patienten.

Der Begriff der Hypnose kann dabei ruhig in den Mund genommen werden, da ein gewisser Erwartungseffekt bei den Patienten mit dem Wort mitschwingt, der ebenfalls von positivem Nutzen ist.

Hypnose kann effektiv und adäquat bei einer Raucherentwöhnung hilfreich sein, jedoch gibt es nicht genügend eindeutige Aussagen der Forschung darüber, welche Faktoren die entscheidenden sind.

Effektivitätsstudien bringen subjektive Erfahrungen des Patienten nicht mit ein, sodass hier keine klaren Aussagen und Ergebnisse erzielt werden können.

Erfahrung und fachliche Kompetenz des Hypnotiseurs bleibt außen vor, was jedoch auch einen entscheidenden Faktor in der Effektivität und Effizienz darstellt. Auch erfährt man nichts über die verwendeten Methoden, die ebenfalls eine wichtige Rolle in der individuellen Therapie darstellen (Vgl. Gerl & Freund, 2001).

8.3 Erfolgsquoten

Im Allgemeinen ist die Wirksamkeit einer Hypnose bei Raucherentwöhnung empirisch gut widerlegt. Wenn nicht nur der Rauchstopp, sondern die freibleibende Abstinenz das Kriterium ist, dann ist die durchschnittliche Erfolgsrate mit ungefähr 25% nicht höher als der Mittelwert der professionellen Entwöhnungsprogramme.

Hypnose erbrachte signifikant höhere Rauchstoppraten innerhalb von 6 und 12 Monaten als Standardprogramme. Die Studie belegte, dass Hypnose kombiniert mit Nikotinplastern verglichen zu einer standardisierten Verhaltenstherapie im Allgemeinen zu einer länger dauernden Beendigungsrate führte (Vgl. Carmody, et al., 2008).

Schubert (1983) überprüfte ebenfalls die Wirksamkeit der Hypnose bei Raucherentwöhnung, und kam zu dem Entschluss, dass bei suggestiblen Menschen längerfristige Abstinenzraten von über 50% bestehen.

Gerl (1997) ist der Ansicht, dass bei Standardsuggestionen zu wenig von dem gelernt und von den Patienten aufgenommen wird, was für eine entzugsfreie Zeit nach den Sitzungen von Notwendigkeit wäre.

Bei über 90% aller Raucher liegt eine definitive Suchtproblematik vor, dabei ist es ein sehr beachtlicher Erfolg, wenn nur 25 % davon sofort abstinent bleiben.

9. Alternative Methoden zur Raucherentwöhnung

Dass sich das Leben ohne Nikotin besser lebt, weiß jeder Zigarettenfanatiker! Ein wesentlicher Punkt ist eine vertrauensvolle Beratung beim Arzt und eine Abhandlung der Für und Wieder einer Methode.

Der folgende Teil liefert einen Überblick über die modernsten und gängigsten Verfahren für einen Rauchstopp:

9.1 Schlusspunkt Methode

Dieses Prinzip ist bei der breiten Masse der Raucher, von rund 80 Prozent, wohl eine der beliebtesten. Mit wilder Entschlusskraft wird versucht von einem Tag auf den anderen, keine einzige Zigarette mehr anzurühren und das ganz ohne jegliche Hilfsmittel.

Die Erfolgsquote liegt hierbei aber nur bei 2 bis 5 %.

Begleitende Maßnahmen, wie Beratungen oder das Hinzuziehen von Therapeuten, die auf Raucherentwöhnung spezialisiert sind, sollten zusätzlich herangezogen werden (Vgl. Kammerer, 2009).

9.2 „Endlich Nichtraucher“ mit Allen Carr

Der britische Mediziner und einst selbst Kettenraucher Allen Carr gilt mit seinen zahlreichen Büchern zum Rauchstopp als Lehrmeister für viele, die dem Glimmstängel entsagen möchten. Er setzt in seinen Lektüren und Seminaren auf positive Motivation und der richtigen Einstellung und wie man sich ohne Druck und Horrorszenarien von der Sucht befreien kann. Es gibt sogar Lesestoff für verschiedene Altersgruppen und Eltern um die Problembehandlung noch genauer eingrenzen zu können.

Das erste deutsche Allen Carr- Büro mit einem regelmäßigen Seminarangebot wurde 1993 in der Nähe von München eröffnet. Heute werden im deutschsprachigen Raum über 30 Standorte angeboten um die „Easyway- Nichtraucherseminare“ besuchen zu können.

In Deutschland und der Schweiz sind die Krankenkassen dermaßen von Erfolg und Effizienz der Seminare angetan, dass sie sogar für Unterstützungen bei den Kosten sorgen (Vgl. Kellermann & Oehlke, 2009).

9.3 Nikotinersatztherapie

Das Prinzip der Nikotinersatztherapie setzt sich aus einer Nikotinsubstitution zusammen die durch mehrere verschiedene Präparate erreicht werden kann: Kaugummis, Inhalatoren, Tabletten, Pflaster und Nasensprays werden als Hilfe gegen Entzugserscheinungen eingesetzt. Unterschiede bestehen in Compliance, Kinetik, Wirkdauer, Applikationsmodus und Nebenwirkung – jedoch nahezu besitzen die verschiedenen Formen alle die gleiche Effektivität.

So kann der angehende Nichtraucher sich die erste Phase des Rauchstopps trotzdem Nikotin zuführen und ein Rückfall eher vermieden werden. Häufige Fehlerquellen sind allerdings Unterdosierung oder zu kurze Einnahme.

Die Dosierung richtet sich individuell nach der konsumierten Zigarettenmenge der Person und soll dann schrittweise ausgeschlichen werden. Als optimale Dauer für eine Erfolgchance werden 3 bis 6 Monate geschätzt (Vgl. DGP, 2009)

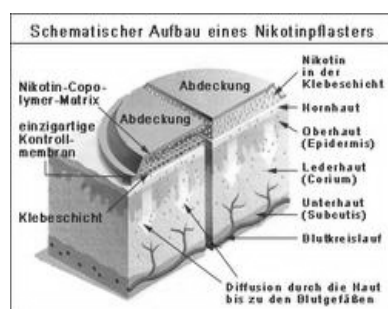


Abbildung 10: Aufbau eines Nikotinplasters zur Ersatztherapie (siehe Abbildungsverzeichnis, S. 112)

9.4 Anti- Raucher- Pille

Zyban wurde ursprünglich als Antidepressivum entwickelt und von der American Food and Drug Association als Therapie der Wahl für den Rauchstopp auf den Markt gebracht und ist bisher das einzige nikotinfreie Medikament zur Raucherentwöhnung.

Die Tabletten enthalten Bupropion als Wirkstoff, der durch Hemmung der Dopamin-Wiederaufnahme am Hirnstoffwechsel ansetzt und das Verlangen und gleichzeitig das Auftreten von Entzugserscheinungen verringert.

Allerdings ist die Einnahme dieses Medikaments auch mit nicht seltenen Nebenwirkungen wie, Schlaflosigkeit (42%), Mundtrockenheit (13%), Cephalaea, Ängstlichkeit, Obstipation und in rarerer Fällen mit Krampfanfälle behaftet. Es wurde daher die Empfehlung ausgesprochen Zyban nur nach sorgfältiger Abwägung und unter Aufsicht eines Arztes einzusetzen (Vgl. Wild, 2002).

Die Behandlung zieht sich über einen Zeitraum von 7- 12 Wochen und sollte noch während des Rauchens begonnen werden.

9.5 Champix

Champix ist zurzeit die neueste rezeptpflichtige Antiraucherpille. Es ist ein partieller Agonist nikotinerger Acetylcholinrezeptoren dockt an denselben Rezeptoren an wie das Nikotin, was wiederum das Craving und etwaige Entzugssymptome verringert.

Laut Suchtforschungsinstitut der Medizinischen Universität Wien (2009) entfaltet dadurch Nikotin nicht den stimulierenden Genuss und der Belohnungseffekt sinkt, auch wenn gelegentlich eine Zigarette geraucht werden sollte.

Übelkeit und Erbrechen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Veränderungen der Geschmackswahrnehmung sind mögliche Nebenwirkungen.

Bei ersten Anzeichen von Depressionen sollte umgehend ein Arzt kontaktiert werden, da sich schon einmal einen Suizidfall unter dieser Therapie ereignet hat.

Es hat sich gezeigt, dass das Medikament einen potentiellen Effekt auf das Verhalten und einen Einfluss auf die mentale Funktion des Verwenders hat, deshalb sollte eine Verschreibung bei Suizid gefährdeten Patienten unbedingt überdacht werden (Vgl. Kintz et al., 2009).

Wiederum einer anderen, Placebokontrollierten, randomisierten Studie zu Folge war Vareniclin ein sicheres und gut verträgliches Medikament, das von den meisten Patienten gut toleriert wurde. Vareniclin hatte eine signifikant höhere Effizienz als Raucherentwöhnungsmethode als ein Placebo über einen Behandlungszeitraum von 12 Wochen und einer drauffolgende Periode von 12 Wochen ohne Behandlung von Rauchern in China, Singapur und Thailand. Hierbei zeigten sich keine wesentlichen Nebenwirkungen (Vgl. Wang et al., 2009).

9.6 Verhaltenstherapie

Rauchen wird von Experten als ein jahrelang erlerntes, konditioniertes Verhalten gesehen, das auch wieder verlernt werden kann.

Es werden Vorgehensweisen in Situationen, wo geraucht wird, aufgezeigt und durch andere Verhaltensformen geändert.

Das Nichtrauchen muss dem Patienten wieder neu gezeigt und erlernt werden in denen Risikosituationen erkannt werden und Strategien gefunden werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden. Dauerhafte Motivation durch den behandelnden Arzt oder Therapeuten, Selbstkritik, -beobachtung und -kontrolle sind von unabdingbarer Notwendigkeit für die Rückfallsprophylaxe.

Dem Patienten wird gelernt, mögliche Stresssituationen und den Nikotinentzug mit anderen Verhaltensmethoden zu bewältigen. Viele Studien haben gezeigt, dass verhaltenstherapeutische Entwöhnungsprogramme sehr effektiv und vor allem kostengünstig entfallen. Kombinationen von pharmakologischen Methoden und verhaltenstherapeutischen Interventionen zeigen dabei ein hoch wirkungsvolles Konzept.

Die Anwendung der 5 „As“ hat sich laut Suchtforschungsstelle (2009) sehr bewiesen:

Ask: Anamneseerhebung des Zigarettenkonsums und Raucherstatus

Advice: Ratschläge jedes Therapeuten an jeden Raucher, das Rauchen zu stoppen

Assess: Beurteilung der Motivation und des Willen des Patienten tatsächlich den Konsum zu beenden und entsprechende Therapieansätze anzunehmen

Assist: Hilfestellungen wie Beratungen und Medikamenteneinschulung

Arrange: Organisation und Management für Rückfallprophylaxe

9.7 Stationärer Therapieaufenthalt

Vor allem für Patienten mit massiver Nikotinabhängigkeit, die bereits an Folgen der Nikotinabhängigkeit leiden oder an Krankheiten, die durch Tabakkonsum verschlechtert werden (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall,...), oder schon mehrere erfolglose Versuche gestartet haben, ist diese Therapieform besonders geeignet. Zielgruppe sind Menschen, die 60 – 120 Zigaretten pro Tag rauchen und vom Arzt zugewiesen werden.

Am Josefhof in Graz ist ein solcher stationärer Therapieaufenthalt nun schon seit 1997 möglich. Und nach einem Jahr ist ein Drittel der Patienten immer noch abstinent (Vgl. Schoberberger, 2006).

Der Kuraufenthalt erstreckt sich ungefähr über drei Wochen, wobei die ersten Tage für die Entwöhnungsvorbereitung, der Erörterung von Rauchgewohnheiten und der Erkennung der Motive für den Rauchstopp verwendet wird. Die zweite Woche dient dazu Alternativen zum Rauchen zu erarbeiten, tägliche Nichtraucherstrategien zu entwerfen. Bis hierhin darf auch noch geraucht werden, aber danach findet der Konsumstopp statt.

In der dritten und letzten Woche findet ein Alltagstraining statt und eine Vorbereitungsarbeit für das normale Leben zu Hause und in gewohnten Umgebungen. Werden pharmakologische Hilfestellungen benötigt werden diese von den hauseigenen Ärzten verschrieben.

Im Anschluss an solche stationären Aufenthalte können Gruppentreffen oder Nachbehandlungen in Anspruch genommen werden (Vgl. Goll, 2009).

9.8 Impfung gegen Rauchen

Eine der neuesten, allerdings noch nicht zugelassenen Methode, um Rauchern die Entwöhnung zu erleichtern, ist eine vorgesehene Impfung. Das Impferum soll eine Antikörperbildung gegen Nikotin in Form einer aktiven Immunisierung bewirken. Diese Antikörper verschmelzen mit dem Nikotin zu so großen Molekülen, sodass ein Passieren der Blut-Hirn Schranke unausführbar ist.

Das Nikotin kann dadurch die Rezeptoren im Gehirn nicht besetzen und eine erwartete Stimulation durch Nikotin bleibt aus.

Das Problem dahinter ist allerdings, dass es Monate dauern kann bis der Impfstoff seine Wirkung zeigt und genügend Antikörper für eine adäquate Effizienz gebildet sind.

Es ist außerdem nicht erhoben worden, ob mehrfache Impfungen den Organismus zu einer Antikörperbildung bewegen können. Geimpfte Raucher müssen zudem wissen, dass bei neu auftretendem Rauchverlangen keine Nikotinersatztherapie angewendet werden kann, da dies als eine absolute Kontraindikation gilt.

Da die Impfung irreversible Veränderungen im Körper hervorruft kann es durchaus zu negativen Langzeitfolgen kommen.

Fragwürdig wäre die Anwendung der Impfung um eine Prävention eines Verhaltens herbeizuführen, da bisher primär Impfungen zur Prävention von Krankheiten eingesetzt werden (Vgl. WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, 2007).

9.9 Was, wenn man es trotzdem nicht schafft?

Die Wirkung einer Zigarette lässt sich stets durch den Menschen selbst herbeiführen, dazu braucht man nur Motivation und Selbstvertrauen.

Man muss sich selbst eingestehen, dass man keine Zigarette als Hilfsmittel benötigt, um einen angenehmen, entspannten Gemütszustand hervorzurufen.

Vielleicht reicht es schon sich einfach in einen Sessel fallen zu lassen, sich entspannt zurück zu lehnen, die Augen zu schließen und tiefe Atemzüge zu nehmen. Kann nicht auch das, Entspannung hervorrufen? Denn genau das ist es doch auch, was man beim Konsumieren eines Glimmstängels tut, also kann man es zu jeder Zeit, überall wieder tun, auch ohne Zigarette...

Einfach nur Entspannen, Zurücklehnen, Augen schließen und tief atmen...(Vgl. Winter, 2007).

10. Fallbeispiele (Textausschnitte)

Mit den folgenden Fallbeispielen, wird die Anwendung von hypnotischer, vertiefter Kommunikation, durch den Hypnotiseur (H) bei Hypnotisanten zur Unterstützung der Raucherentwöhnung dargelegt und anhand von Kommentaren näher erörtert. In den folgenden Seiten werden Textausschnitte verwendet, welche für die einzelnen Fälle illustriert sind, Jede einzelne Hypnose dauert etwa eine Stunde, was impliziert, dass eine Aufzeichnung des gesamten gesprochenen Textes, den Seitenrahmen sprengen würde.

10.1 Fallbeispiel 1: direkte posthypnotische Suggestion

Angaben zum Hypnotisanten: Weiblich, 32 Jahre, Bürokauffrau

Kurzanamnese: Die Hypnotisantin weist einen starken Zigarettenkonsum von 30-40/Tag auf, sie klagt über erhöhten beruflichen Stress in der Firma, sowie über die Belastung ihrer Alleinerziehung ihres 10-jährigen Sohnes

Sie spricht über Kindheitsprobleme und ihrem Hang zum Perfektionismus.

Ziele & Wünsche:

Die Hypnotisantin hat mehrere Beendigungsversuche mit anderen Methoden, wie Akupunktur, Pflaster und anderen Substitutionsmöglichkeiten versucht, erwartet sich jedoch von der Hypnose den Durchbruch und eine adäquate Unterstützung, vorerst das Rauchverhalten zu reduzieren

VAKOG- System: die visuelle Sinnesmodalität überwiegt eindeutig.

H: Wenn sie sich jetzt so hinlegen, können sie sich ruhig Zeit lassen in einen entspannten Zustand zu gelangen. Diese Zeit ist bei jedem Menschen ganz verschieden, es empfindet aber jeder als sehr angenehm, einmal nichts tun zu müssen....

Schauen sie ganz ruhig auf den Punkt an der Decke, ganz ruhig, schauen sie ihn an, nur um sich etwas zu sammeln, auch wenn es schwer fällt, was ich mir denken kann, versuchen sie es trotzdem weiter, und dabei können ihre Gedanken vielleicht immer mehr den Raum verlassen....Sie brauchen gar nichts wollen, gar nicht denken oder erwarten nur ruhig dösen...

Kommentar: Der Hypnotiseur versucht dem Hypnotisanten die Entspannung zu erleichtern, indem er ihr den Zeitraum offen lässt und sie selbst wählen kann, wann sie bereit dazu ist in Trance zu gehen.

Der Vergleich mit anderen gibt ein Gefühl, dass sie nicht allein ist und auch andere Menschen Probleme haben, die sie bewältigen möchten, so entsteht eine Art Vertrauen und Geborgenheit.

Die Punktfixation ist eine angenehme Tranceinduktion, damit verfiel die Hypnotisantin ganz leicht in einen entspannten Zustand, nachdem ihre Augen immer schwerer und schwerer wurden und sie letzten Endes erleichtert schließen konnte.

Zudem wird der Frau ein passives Verhalten suggeriert, wodurch sich viele Menschen vollkommen aufgehoben fühlen und tiefer und tiefer in eine Entspannung sinken...

H: Es kann sehr interessant sein auf alles zu achten, was sich nun im Körper einstellt. Ich kann mir vorstellen, dass sie schon merken wie ihr Herz langsam ruhiger schlägt, bei jeder Sekunde kommt es zu einem Schlag...

Es ist interessant die eigene Atmung zu spüren, das Heben, das Senken, das Ein- und Ausatmen, ein wiegendes Gefühl kann dabei aufkommen...

Während sie meine Stimme hören, und die angenehme Geborgenheit des Raumes spüren, können sie ihre Körperfunktionen wahrnehmen und so breitet sich allmählich die Ruhe und Müdigkeit weiter aus.....

Kommentar: Der Hypnotiseur versucht ein Yes- Setting aufzubauen, das die Hypnotisantin einfach nur bejahen kann, da es ihren Wahrnehmungen entspricht, das Vertrauen wächst weiter. Und durch Pacing und Leading wird die Hypnotisantin Richtung Trance geführt. Auf mehrere Pacing- Aussagen, die den momentanen Gefühls- und Körperzustand der Frau beschrieben, folgt eine Suggestion, die über die Wahrnehmung hinausgeht (*...und so breitet sich allmählich die Ruhe und Müdigkeit weiter aus.....*).

Das Yes- Setting vertieft die Suggestion und die Hypnotisantin lässt sich in die beabsichtigte Richtung des Hypnotiseurs führen.

Mit indirekten Suggestionen wird der Zustand der Tiefenentspannung verstärkt und schließlich, wenn sich die Hypnotisantin in Trance befindet, wird zum eigentlichen Thema, der Raucherentwöhnung übergegangen:

H: ...Wenn sie nach einiger Zeit wieder in das Hier und Jetzt zurückkehren, und die typische Lust auf eine Zigarette verspüren, wird allein der Gedanke daran schon ein unangenehmes Gefühl hervorrufen,...

Sie werden feststellen, dass ihre rechte Hand steif und schwer wird, sodass sie kaum eine Zigarette halten können und ein starkes Ekelgefühl wird in ihnen hoch steigen und einen schlechten Geschmack in ihrem Mund hinterlassen

Kommentar: Der Hypnotiseur bedient sich einer posthypnotischen Suggestion, die auch nach der Sitzung im Unterbewussten der Klientin nachwirken soll.

Die Frau fühlte sich nach der Sitzung wie neu geboren, konnte sich zwar an nichts erinnern, beschrieb aber einen sauren Geschmack im Mund...

Nach einer Woche berichtete sie, über eine ungewohnte Steifigkeit ihrer Hand während des Rauchens und das der saure Geschmack, den sie bereits in der Sitzung verspürt hatte, auch immer wieder auftreten würde. Dies kam ihr derart seltsam und untypisch vor, sodass sich der Zigarettenkonsum, wie von selbst auf die Hälfte reduziert hätte.

10.2 Fallbeispiel 2: Zukunftsprojektion und Selbsthypnose

Angaben zum Hypnotisanten: Weiblich, 47 Jahre, Bibliothekarin

Kurzanamnese: Die Klientin weist einen Zigarettenkonsum von 36/Tag, und das schon seit vielen Jahren auf, sie klagt über erhöhten beruflichen Stress, da ihr Partner es mit Hilfe von Nikotinsubstitution geschafft hätte das Rauchen zu beenden, wollte sie ebenfalls einen Versuch starten.

Ziele & Wünsche:

Die Hypnotisantin will niemanden von der Hypnose erzählen, da sie nicht weiß, wie die anderen darauf reagieren würden.

Es zeigen sich definitive Situationen, in denen das Rauchen eine Stressreduktion und Befriedigung darstellt.

VAKOG- System: die visuelle Sinnesmodalität und Kinästhetik überwiegen

H: Stellen sie sich nun das Bild genau vor, dass sie mir nun beschrieben haben, das sie in Zukunft erreichen wollen...Schließen sie die Augen, stellen sie sich den Raum, das Gewand, das sie tragen werden ganz genau vor,... wenn sie bereit sind geben sie ein kleines Zeichen mit dem Zeigefinger ihrer linken Hand...

Sehr gut...ihr Haar wird duften und mit einem Glanz erstrahlen, ihre Haut sieht rosig und frisch aus, ihre Kleidung und Finger duften, kein verqualmter Gestank stört die Luft, sie können lange und tief durchatmen, ihre Lungen fühlen sich frisch und gesund an....Wenn das Bild für sie alles enthält, was sie brauchen und zufrieden mit dem Ergebnis sind, dann speichern sie das Bild, legen einen wunderschönen Rahmen herum und speichern es auf der Kassette ihres Bewusstseins, immer wieder wenn sie sich diese Kassette anschauen möchten, erinnern sie sich an das Bild, es ist immer bei ihnen und jederzeit und überall abrufbar...

Kommentar: Die Hypnotisantin hat sich selbst eine Idealvorstellung dessen, was sie erreichen und realisieren möchte, zu Recht gelegt. Der Hypnotiseur versinnbildlicht diesen Ergebniszustand, und schenkt ihr eine „Kassette“ davon, die für die Frau jederzeit abrufbar ist. Sobald eine Situation auftaucht, in der gewisse Unsicherheiten auftauchen, kann sie sofort das Bild vor dem inneren Auge ablaufen lassen und daraus Kraft schöpfen.

Die lebendige Vision eines zukünftigen Ereignisses ist eine mächtige Kraftressource, der sich die Hypnotisantin stets bedienen kann.

Für die Selbsthypnose kann dieses Bild ebenfalls herangezogen werden...

Vorerst werden der Klientin Instruktionen geliefert, sich eine Selbsthypnose zu erarbeiten und eine CD zur Vertiefung des Erlebens mitgegeben.

H: Für die Entspannung dient die progressive Muskelentspannung nach Jacobson, sie beginnen nacheinander alle Muskelpartien erst stark und so gut sie können anzuspannen und nach ein paar Sekunden mit aller Leichtigkeit zu entspannen....starten sie dabei mit dem Kopf...

Dieser Prozess sorgt für wohlige Entspannung, die sie dann mit der Atmung versuchen werden zu vertiefen.

Sie können dabei ihre Augen immer geschlossen halten, versuchen sie bis zu 20 Minuten ohne Störung nur für sich zu haben...

Atmen sie ruhig, entspannt und gleichmäßig, spüren sie wie mit jedem Atemzug Entspannung in ihren Körper fließt und sie mit neuer Energie beliefert...

Lassen sie sich durch nichts stören...

Lassen sie die Gedanken kommen und gehen, wie Wolken die sich zusammenballen und wieder auflösen...Denken sie nur an das Ausatmen und Einatmen,...

Stellen sie sich vor, sie würden eine Treppe hinabsteigen, die kann sich drehen, gerade sein, aus Holz oder Metall sein...sie folgen der Treppe, mit jedem einzelnen Schritt tauchen sie hinab und versinken in Ruhe und Müdigkeit, jeder Schritt bringt sie näher zu sich selbst und einen wunderschönen Raum, wo das neue Ich auf sie wartet...

Mit jedem Atemzug bewältigen sie eine Stufe...bis sie zu ihrem Ziel kommen und ihrem neuen Bild von sich selbst gegenüberstehen...betrachten sie und studieren sie es genau...verinnerlichen sie es mit einer Gewissheit schon bald so auszusehen...

Kommentar: Erickson (1997) war der Meinung, dass die Erinnerung an schöne Ergebnisse oder Ziele nach der Sitzung von Patienten leichter umzusetzen sind, wenn sie im Moment der Aufgeschlossenheit und einem geöffneten Unterbewusstsein eingestreut werden.

Der Augenblick der Sensibilität und Aufnahmekraft zeigt sich dann, wenn der Patient vollkommen auf eine Tatsache konzentriert ist, die er sich insgeheim unbedingt wünscht und für ihn von großem Interesse ist.

Nach gut einem Monat meldet sich die Frau wieder und berichtet, wie gut es ihr mit der Selbsthypnose geht, dass es mit jedem Mal tiefer und leichter funktioniert in einen Entspannungszustand zu kommen.

Die Hypnotisantin ist rauchfrei, ist aber total überrascht, dass sich auch der Schlafrythmus zum Positiven verändert hat und sie sehr viel mehr auf ihren Körper hört und Acht gibt.

10.3 Fallbeispiel 3: Verwirrung und indirekte Suggestion/ Metapher

Angaben zum Hypnotisanten: Männlich, 35 Jahre, Autohändler

Kurzanamnese: Der Mann weist einen Nikotinabusus seit seinem 14. Lebensjahr auf und raucht 2-3 Packungen täglich. Er selbst bezeichnet sich als süchtigen Gewohnheitsraucher (nach dem Essen, beim Aufstehen), dessen Lunge schon verlangt Nikotin zu inhalieren

Ziele & Wünsche:

Der Hypnotisant wünscht sich totale Rauchenthaltbarkeit, auf Grund seiner kleinen Tochter, deren Gesundheit und der Vorbildwirkung.

Noch würde er körperlich keine Symptome wahrnehmen, auch keine Leistungsminderung beim Sport, fürchtet sich aber davor im steigenden Alter.

VAKOG System: die akustische und visuelle Sinnesmodalität sind stark ausgeprägt

H: So sie spüren jetzt Entspannung, wie nach einer sehr anstrengenden Arbeit, wenn sie sich hinsetzen und ihr Körper ganz loslassen kann und zur Ruhe kommt....

Es ist richtig wohltuend sich angenehm auszustrecken, man will gar nichts mehr tun, einfach nur daliegen.

Der Sprechrhythmus, die Monotonie und die Stimmlage des Hypnotiseurs sind äußerst wichtige Aspekte in der Hypnose. Auch der Atemrhythmus kann an den des Hypnotisanten angepasst werden, um den Rapport zu steigern.

Pausen während der einzelnen Sätze sind von großem Nutzen, da diese vom Unterbewussten als indirekte Suggestionen aufgenommen werden und Raum für deren Wirkung gebieten und den Trancezustand vertiefen (Vgl. Bandler, Grinder, 1996).

H: Kennen sie Dr. Freitag und seine Patienten? Vielleicht waren sie selbst schon mal dort? Oder haben sie Bekannte die zu ihm gehen?

Wissen sie, es ist nämlich so. Am Montag und Mittwoch hat Dr. Freitag keine Ordinationszeiten, während Dienstag und Donnerstag den ganzen Tag geöffnet ist. Die Patienten können also den ganzen Tag zu ihm kommen auch freitags.

Doch Dr. Freitag hat am Montag selbst Dinge zu tun, die er Dienstag auf keinen Fall erledigen kann, deshalb hat er seine Ordinationszeiten so gewählt. Aber wer geht schon gerne freitags zu Dr. Freitag, deshalb ist auch die Ordination am Donnerstag so überfüllt, während Mittwoch geschlossen ist und der Ordinationsbetrieb schon am Dienstagmorgen beginnt...

Kommentar: Vorerst stellt der Hypnotiseur einige Fragen hintereinander, die den Klienten beginnen zu beschäftigen. Der Hypnotisand versucht darauf zu antworten, und sucht nach plausiblen Sätzen und Erklärungen und kommt deshalb mit dem Beantworten der Fragen nicht nach, während schon neue gestellt sind.

Mit dieser kurzen Dr. Freitag Geschichte verwendet der Hypnotiseur eine Konfusionstechnik um den Klienten mit Informationen zu überhäufen, dies schafft Verwirrung im Bewusstsein und irgendwann kann es auch diesen verwirrenden Informationen nicht mehr nachfolgen. Dies fördert die Entstehung und Vertiefung der Trance.

Während der Hypnotiseur die Geschichte erzählt, wird er auch mit seiner Stimme immer leiser und leiser, sodass der Hypnotisand ebenfalls behutsam und sacht in den hypnoiden Zustand versetzt wird. Der Rapport zum Klienten sollte dabei stets aufrecht erhalten werden, damit er nicht abschweift.

Der Hypnotisand selbst kann versuchen, die immer leiser werdenden Worte mit seiner eigenen Fantasie und Vokabular zu füllen, was ebenfalls als Tranceeinleitung wirkt. Zusätzliche Verwirrung in Zeit, Raum und Begriffen zu schaffen, verstärkt die Hypnose immer mehr.

In den Momenten wo der Hypnotisand abschweift und nicht mehr versucht die Geschichte nachvollziehen zu wollen, gibt der Hypnotiseur wieder einen weiteren Impuls zur Trancevertiefung (Vgl. Schütz, Freigang, 2008).

Konfusion wird erzeugt mit gleichzeitigem Sammeln der Aufmerksamkeit des Patienten.

Dem Unterbewusstsein bleibt demnach nicht anderes, als den Suggestionen und Gedankengängen des Hypnotiseurs zu folgen und der Rapport wird verstärkt und die Trance vertieft. Die Empfänglichkeit des Bewusstseins für Suggestionen steigt.

Da die Konzentration einer Person nur auf eine begrenzte Information fokussiert sein kann, nutzt Erickson diesen Moment und führt mit Suggestionen zu Änderungen im Aufnahmebereich des Bewusstseins. Konfusion kann dabei mit vielerlei Mitteln, sowohl sprachlich als auch haptisch bewirkt werden. Erickson war bekannt für seine Synonyme, Gegensätzlichkeiten, Fremdwörterestreunungen, Wiederholungen (Echotechnik) von teils unbekanntem, ungebräuchlichem Vokabular (Vgl. Erickson, Rossi & Rossi, 1978).

Der Klient hatte selbst seine Lunge als den Übeltäter bezeichnet, der immer wieder nach Nikotin schreit, wenn länger keine Zigarette konsumiert wurde.

So setzte sich der Hypnotiseur das Ziel, die Lunge wieder zu „normalisieren“. Das Wort Lunge wurde dabei nicht direkt ausgesprochen.

H: ...eines Tages, saßen alle Organe an einem Tisch zusammen, das Herz, die Nieren, Milz und Magen, und alle anderen Organe und spielten Karten. Aber und das wussten die anderen Organe nicht gab es unter ihnen einen Betrüger. Er spielte schon seit Jahren falsch und blockierte somit eine systematische Einheit, doch das wussten die anderen nicht. Schließlich rechnete die Bauchspeicheldrüse die Spiele der letzten Jahre zusammen und dabei fiel auf, dass ein Organ noch nie verloren hatte, das war natürlich höchst merkwürdig und erschreckte alle anderen, denn es widersprach jeglicher Wahrscheinlichkeit.

Die Bauchspeicheldrüse ging zu dem Übeltäter und erzählte von ihrer Entdeckung und wie enttäuscht sie doch war, dass dieser das System störte. Dem Betrüger kamen danach die Tränen und er war zu tiefst beschämt, und er versprach sich zukünftig an die Spielregeln zu halten, nicht mehr zu betrügen und wieder mit dem System mitzuarbeiten.

Kommentar: Der Klient hatte eingangs erwähnt, dass das Problem womöglich bei seinen Lungen liege, die Abhängigkeit vielmehr dort bestünde als sonst irgendwo.

Es wurde praktisch indirekt ein posthypnotischer Auftrag an die Lungen gesendet und metaphorisch formuliert (*Aber und das wussten die anderen Organe nicht gab es unter ihnen einen Betrüger*) um zu verhindern, dass der Mann keinen Anlass bekam, bewusst darüber nachzudenken und durch eine Gegenaussage, wie: „Das funktioniert sicher nicht...“ aus der Trance zu erwachen.

Dabei geht es gar nicht so um die Worte die dabei verwendet werden, sondern vielmehr um ihre Bedeutung und das, was sie innerlich beim Hypnotisanten auslösen.

Das Unbewusste hatte den Betrüger aufgedeckt und nach mehreren Sitzungen bei denen auch noch andere Techniken angewandt wurden konnte der Klient ein rauchfreies Leben starten.

11. Diskussion

Hypnose und die damit verbundenen Heilungsaspekte sind so alt wie die Menschheit selbst. In den Ländern am Euphrat und Tigris, sowie im antiken Griechenland wurde dieses Heilverfahren bereits eingesetzt und es bestehen durchaus Analogien der Techniken zur heutigen Zeit. Erfahrungen mit Hypnose erstrecken sich über viele Epochen hinweg und zeigen in unterschiedlichen Anwendungsformen und –gebieten ihre Effizienz.

Während der Hypnose wird die Aufmerksamkeit des Patienten von der äußeren, bewusst wahrgenommenen Umwelt ins innere Unbewusste gelenkt, sodass eine Veränderung des Bewusstseinszustandes hervorgerufen wird. Körperliche Funktionen werden heruntergefahren, während geistige Aktivität verstärkt im Einsatz ist.

Hypnose ist dabei nichts anderes als eine etwas komplexere Form der Gesprächsführung, bei der verbale oder nonverbale, direkte oder indirekte Muster verwendet werden, um den Patienten zu helfen seine, durch alltagsbewusste Betrachtungen, eingeengte, mentale Denkweise zu erweitern.

Hypnose wirkt zudem individuell auf die Person selbst und ihre „Probleme“ und bietet eine hervorragende Hilfestellung um vorhandene Ressourcen des Menschen zu mobilisieren und gemeinsam einen Lösungsweg für dessen Gesundheit zu finden. Hypnose hat eine tief greifende Wirkung auf den gesamten Organismus und wird sowohl bei somatischen wie auch psychosomatischen Krankheitsaspekten eingesetzt.

Der Mensch wird dabei nicht zurechtgestutzt, sondern auf die Einzigartigkeit seiner Bedürfnisse eingegangen und mittels Stärkung seines eigenen Ichs werden Selbsthilfekräfte mobilisiert und sein Blickwinkel und seine Intuition wieder mehr auf seinen eigenen Körper gerichtet.

Vor allem bei der Hypnotherapie zur Raucherentwöhnung wird auf die Möglichkeiten der Lösungswege, die der Patient individuell mitbringt zurückgegriffen und die Sitzung richtet sich immer nach seinem momentanen Status.

Im hypnoiden Zustand lassen sich erlernte Begrenzungs- oder Verhaltensmuster leichter durchbrechen als im bewussten Wachzustand. Zudem zeigen sich kognitive und vegetative Veränderungen: zahlreiche Körperfunktionen wie, Pulsfrequenz, Blutdruck Atemfrequenz oder Muskeltonus nehmen ab, die Immunantwort steigert sich und in der Tiefenentspannung zeigt sich eine niedrigere Ausschüttung von Stresshormonen wie Kortisol oder Katecholamine.

Die Literaturrecherche sowie Fallbeispiele haben gezeigt, wie effektiv Hypnose bei Rauchern wirken kann und welche positiven Aspekte eine einschlägige Beschäftigung mit Patienten haben und wie hilfreich es sein kann, Patienten ihre eigenen Lösungswege zu zeigen, sie dorthin zu führen und zu begleiten. Es konnte beobachtet werden, dass alle Patienten ihren eigenen Körper wieder mehr wahrnahmen und den Fokus wieder mehr auf sich selbst und ihre Lebensweise richteten. Nicht nur die Raucherentwöhnung stand dabei im Mittelpunkt sondern das Gesamtpaket Mensch. Die Fallbeispiele sind im Text direkt dort kommentiert und diskutiert.

Seit jeher ist Hypnose eine bewährte Methode zur Unterstützung des menschlichen Wohlbefindens und der Gesundheit. Die Anwendung hypnotischer Techniken hat in den letzten Jahren auch in der Medizin als erfolgreiche Begleitmaßnahme im deutschsprachigen Raum eine enorme Verbreiterung erfahren. Ärztliche Hypnose wird bei vielen medizinischen Indikationen unabdingbar und erfolgversprechend eingesetzt, da sie Körper und Geist verbindet und somit eine ganzheitliche Wirkung hervorruft.

Sie wurde wieder entdeckt als natürliche, ursprüngliche Unterstützung in der gesamten medizinischen und psychologischen Heilkunde.

Die hohe Nachfrage von Patienten einerseits, die bemerkenswerte Erfolgsquote andererseits machen es notwendig, sich mit diesem Heilverfahren sowohl klinisch als auch wissenschaftlich mehr auseinanderzusetzen, es weiter zu entwickeln und gegen kurzlebige, esoterisch- angehauchte Modeerscheinungen abzugrenzen.

12. Literaturverzeichnis

Agee, L. (1983): Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: A review of the literature. *Journal of the American society of Psychosomatic Dentistry and Medicine* 30 (4): 110-126.

Alman, B. (2001): Selbsthypnose. In: Revenstorf, D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.312 - 323.

Anderson, K., Wilson, P., Odell, P., Kannel, W. (1991): A updated coronary risk profile: A statement for health professionals. *Circulation* 1991; 83: 356-62.

Antunovic, D. (2008): Lehrbuch für Hypnosetherapeuten: Klinische Hypnose meisterhaft erlernen. Norderstedt: Books on Demand.

Atakan, C., Alkan, B., Sahin, A. (2009): Examination of relation between nutrient components and fruits: Biplot approach. *Int J Food Sci Nutr*. 2009 Feb 24:1-9.

Bandler, R. & Grinder, J. (1985): Reframing. Ein ökologischer Ansatz in der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.

Bandler, R. & Grinder, J.(1996): Patterns. Muster der hypnotischen Techniken Milton H. Ericksons. Paderborn: Junfermann.

Barker, D. (1995): Fetal origins of coronary heart disease. *Br. Med.* January 1995; 311: 171-4.

Bäwert, A. (2009): Tabakabhängigkeit, Medizinische Universität Wien Suchtforschung und Suchttherapie, URL:
<http://www.suchtaddiction.info/content/docs/Vortrag%20Nikotin%201.pdf> [aufgerufen am 6.03.2009].

Beiglböck, W. & Feselmayer, S.(2001):Alkoholmissbrauch in: Revenstorf, D.& Peter B. (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 336-341.

Björntorp, P. (1997): Obesity. Lancet 1997; 350: 423–6.

Blohm, W. (2006): Selbsthypnose und Hypnotherapie, Neue Wege bei Ängsten, Schmerzen, Stress und Depressionen. München, MVG Verlag.

Blom, R. (1994): Sanft heilen, Naturheilmethoden und Alternativtherapien von A-Z. Berlin, Ullstein.

Bongartz, B. & Bongartz, W. (1992): Hypnose. Wie sie wirkt und wem sie hilft. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Boone-Heinonen, J., Evenson, K., Taber, D., Gordon-Larsen, P. (2009): Walking for prevention of cardiovascular disease in men and women: a systematic review of observational studies. Obes Rev. 2009 Mar; 10(2): 204-17. Epub 2008 Dec 10.

Brandl, A. (2007): Selbsthypnose- Beam me up Scotty, Norderstedt: Books on Demand Verlag GmbH.

Carmody, T., Duncan, C., Simon, J., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., Delucchi, K. (2008): Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine Tob Res. 2008 May; 10 (5): 811-8.

Chadwick, B. (2002): Assessing the anxious patient. Dent Update. 2002 Nov; 29 (9): 448-5.

Chung, K., Kowalski, C., Kim, H., Buchman, S. (2000): Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. Plast Reconstr Surg 105: 485-491.

Clarke, R., Frost, C., Collins, R. et al (1997): Dietary lipids and blood cholesterol: quantitative meta-analysis of metabolic ward studies. *Br Med J* 1997; 314: 112–7.

De Backer, G., Kornitzer, M., Dramaix, M. et al (1988): The Belgian Heart Disease Prevention Project: 10-year mortality followup. *Eur Heart J* 1988; 9: 238–42.

DGP - Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (2009):

Lungenärzte im Netz, Ihre Experten für gesunde Atemwege. URL:

<http://www.lungenaerzte-im-netz.de/lin/linkkrankheit/show.php3?id=26&nodeid=23&p=5>
[aufgerufen am 20.03.2009].

DGZH - Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose. URL:

<http://www.dgzh.de/frameset-patient.htm> [aufgerufen am 25.02.2009].

Diamond, G., Davis, O., Howe, R. (2008): Herzfrequenzvariabilität als quantitatives Maß der Hypnosetiefe, in: *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Volume 56, Number 1 - January 2008 – German.

Doll, R., Peto, R., Wheatley, K. (1994): Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* (1994); 309, 901-911.

Duffy, J. (1995): Alcohol consumption and all-cause mortality. *Int J Epidemiol.* 1995; 24: 100–5.

Eberwein, W., Schütz, G. (2001): Die Kunst der Hypnose, Dialoge mit dem Unbewussten. Paderborn: Junfermann Verlag.

Edgette, J. & Rowan, T. (2007): Mental gewinnen, Hypnose in der Sportpsychologie: Heidelberg: Carl-Auer-System Verlag.

Erickson, M.H., Rossi E.L. & Rossi S.L. (1978): Hypnose: Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele. München: Pfeiffer.

Erickson, M. H. (1997): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson, Gesamtausgabe (Band 1-6, Hrsg. E.L. Rossi).Heidelberg. Carl Auer.

Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981): Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele - Forschungen. München: Pfeiffer.

Erickson, M. H. (2003): Die Lehrgeschichten von Milton H. Erickson, Salzhausen: iskopress.

Escher, A. (2008): Effektivität von Hypnose/Hypnoseherapie bei ausgewählten Angststörungen- ein metaanalytischer Vergleich zwischen Hypnoseherapie und Verhaltenstherapie. GRIN Verlag.

Ettinger, W., Wahl, P., Kuller, L. (1992): For the CHS Collaborative Research Group, Lipoprotein lipids in old people, Results from Cardiovascular Health Study. Circulation 1992; 86: 858-69.

Fischer, G. (2009): Die Sucht besiegen, in: Medizin populär, Nr. 1, Jänner 2009,S.11-18, Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.

Focks, C. & Hillebrand, N. (2000): Leitfaden für Traditionelle Chinesische Medizin, Schwerpunkt Akupunktur. München: Urban & Fischer Verlag.

Fredericks, L. (2001): The use of hypnosis in surgery and anaesthesiology. Springfield: Charles C Thomas.

Fricke, U. (1999): Portrait: Milton Erickson in: Bild der Wissenschaft. URL: <http://www.wissenschaft.de/wissenschaft/hintergrund/173183.html> [aufgerufen am 31.01.2009].

Fricker, J., Butler J. (2004): Geheime Künste, Hypnotherapie. Köln: Evergreen.

Gabriel, H. (2009): Update: Sportkardiologie in : Journal für Kardiologie, Österreichische Zeitschrift für Herz- Kreislauf Erkrankungen; 16 (1-2), 30-35.

- Gasser, R. (2006):** Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich, Spezielles Studienmodul an der Medizinischen Universität Graz, März 2006.
- Gay, M.C. (2007):** Effectiveness of hypnosis in reducing mild essential hypertension: a one-year follow up. *Int J Clin Exp Hypn* 55 (1): 67-83.
- Gerl, W. & Freund, U. (2001):** Rauchen in: Revenstorf, D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 344- 359.
- Gerl, W. (1997):** Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? *Hypnose und Kognition* 14 (1+2): 67-82.
- Gerl, W. (2001):** Reframing in: Revenstorf, D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 269-283.
- Gohlke, H., Albus, C., Gysan, D., Hahmann, H., Mathes, P.; ESC & German Guidelines. (2007):** Cardiovascular prevention in clinical practice (ESC and German Guidelines 2007). *Herz*. 2009 Feb;34(1):4-14.
- Goll, W. (2009):** Die Sucht besiegen. Stationäre Raucherentwöhnung, am Beispiel Josefhof in Graz. in: *Medizin populär*, Nr. 1, Jänner 2009, S.18, Wien: Verlagshaus der Ärzte GmbH.
- Göttinger, W. & Göttinger, U. (2004):** Bewusst ins Unbewusste: Das Unbewusste nutzen mit Hypnose, Hypnotherapie und Selbsthypnose. Norderstedt: Books on Demand.
- Hammond, B., Wooten, B., Nanez, J., Wenzel, A. (1999):** Smoking and lens optical density. *Ophthalmic Physiol Opt* 19: 300-305 .
- Hanf- Dressler, K. und N. (2009):** HYPNOS–Zentrum für Hypnose Berlin/ New York, *Hypnose und Hypnosetherapie, Fragen und Antworten*: URL: <http://www.hypnose-zentrum.com/hypnose.html> [aufgerufen am: 31.03.2009].

- Hertog, M., Feskens, E., Hollman, P., Katan, M., Kromhout, D. (1993):** Dietary antioxidant flavonoids and risk of coronary heart disease. The Zutphen Elderly Study. *Lancet* 1993; 342: 1007–11.
- Hirth, A. (2007):** Motivation for Success- Successful Motivation. Impressionen der Sporthypnose. Lulu Print.
- Hjermann, I., Velve Byre, K., Holme, I., Leren, P. (1981):** Effects of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981; II: 1303–10.
- Hole, G. (2001):** Direkte Induktionen in: Revenstorf, D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 158- 167.
- Holroyd, J. (1980):** Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 44 (1):33-51.
- Hüsken-Janssen, H. (2005):** Hypnotherapeutische Geburtsvorbereitung: Studie zur Wirksamkeit der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble. Frankfurt: Lang.
- INTERSALT Cooperative Research Group (1988):** An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br. Med. J.* 1988; 297: 319–28.
- Janet, P. (1925):** Psychological healing: a historical and clinical study. MacMillan, New York.
- Johnson, D., Karkut, R. (1996):** Participation in multicomponent hypnosis treatment programs for women's weight loss with and without overt aversion. *Psychological Reports*: 2.
- Joint National Committee on Detection (1993):** Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Fifth Report, *Arch Intern Med* 1993; 153: 154–83.

-
- Kaiser Rekkas, A. (2005):** Im Atelier der Hypnose. Entwurf, Technik, Therapieverlauf. Heidelberg: Carl Auer.
- Kammerer, B. (2009):** So schaffen sie es! , in: Gesünder Leben, März 2009, Heft 3, S. 46-47
- Kellermann, E., Oehlke, T. (2009):** Allen Carr's Easyway, Endlich Nichtraucher, URL: <http://www.allen-carr.de/privat/startseite.aspx> [aufgerufen am 20. 03 2009].
- Kintz, P., Evans, J., Villain, M., Cirimele, V. (2009):** Smoking cessation with varenicline: a suicidal fatality. J Anal Toxicol. 2009 Mar;33(2):118-20.
- Kolte, B. (2006):** Rauchen zwischen Sucht und Genuss. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kornitzer, M., De Backer, G., Dramaix, M. et al (1983):** Belgian Heart Disease Prevention Project: Incidence and mortality results. Lancet 1983; I: 1066-70.
- Kossak, H. (2004):** Hypnose: Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Basel: Beltz Verlag.
- Kraft, U. (2006):** Das Suchtgedächtnis schreit nach Belohnung, in Gießener Allgemeine, September 2006.
- Krentz, A. (2006):** Prevention of cardiovascular complications of the metabolic syndrome: focus on pharmacotherapy. Metab Syndr Relat Disord. Winter;4(4):328-41.
- Langen, D. (1972):** Kompendium der medizinischen Hypnose: Einführung in die ärztliche Praxis. Basel: Karger.
- Leithner, C. (2007):** Risikofaktor Rauchen - Kardiovaskuläre Bedeutung und Strategien zur Rauchentwöhnung, Journal für Hypertonie 2007; 11 (Sonderheft 1), 20-22.
- Lenz, G., Küfferle, B.(2002):** Klinische Psychiatrie, Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien. Wien : Facultas.

Levy- Suhl, M. (1922): Die hypnotische Heilweise und ihre Technik. Eine theoretische und praktische Einführung in die Hypno- und Suggestionstherapie nebst einer vergleichenden Darstellung der Freudschen Psychoanalyse. Stuttgart: Enke.

Maciocia, G. (1997 a): Die Grundlagen der Chinesischen Medizin, Ein Lehrbuch für Akupunkteure und Arzneimitteltherapeuten. Kötzing / Bayer. Wald: Verlag für ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH.

Maciocia, G. (1997 b): Die Praxis der Chinesischen Medizin, Die Behandlung von Erkrankungen mit Akupunktur und chinesischer Arzneimitteltherapie. Kötzing / Bayer. Wald: Verlag für ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH.

Mamtani, R., Mamtani, R. (2005): Ayurveda and yoga in cardiovascular diseases. *Cardiol Rev.* 2005 May-Jun;13(3):155-62.

Marbach, E. (2006): Nikotin- Wirkung.

URL: <http://rauchen.gesund.org/koerpervorgaenge/nikotin-wirkungen.htm> [aufgerufen am 6.03.2009].

Marmot, M., Shipley, M., Rose, G. (1984): Inequalities in death-specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984; ii: 1003–6.

Marmot, M., Kogevinas, M., Elston, M. (1991): Socioeconomic status and disease. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1991; 37: 113–46.

Martin, M. (2001): Übergewicht in: Revenstorf, D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 626-636.

Meinhold, W. J. (1980): Spektrum der Hypnose, Das große Handbuch für Theorie und Praxis. Genf: Ariston.

Mellor, A. (2007): Management of the anxious patient: what treatments are available? *Dent Update.* 2007 Mar;34(2):108-10, 113-4.

-
- Mittleman, M., Maclure, M., Tofler, G., Sherwood, J., Goldberg, R., Muller, J. (1993):** Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion-protection against triggering by regular exertion. *N Engl J Med* 1993; 329: 1677–83.
- Mrochen, S., Holtz, K.-L. & Trenkle, B. (Hrsg.). (1993).** Die Pupille des Bettnässers. Hypnotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Nash, MR. (1992):** Hypnosis, Psychopathology, and psychological regression. In: Fromm E., Nash MR *Contemporary hypnosis research*. Guilford, New York, pp 149 - 169
- Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Yannakoulia, M., Chrysohoou, C., Stefanadis, C. (2005):** The implication of obesity and central fat on markers of chronic inflammation: The ATTICA study. *Atherosclerosis*. 2005 Dec;183(2):308-15. Epub 2005 Apr 25.
- Peter, B. (1993):** Hypnotische Phänomene. In: Revenstorff D (Hrsg.) *Klinische Hypnose*, Berlin: Springer.
- Peter, B. (2001):** Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorff, D.& Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.119-140.
- Poikolainen, K. (1995):** Alcohol and mortality: a review. *J Clin Epidemiol*. 1995; 48: 455–65.
- Preiß, P.S. (2009):** Ausführliche Zusammenfassung der Geschichte der Hypnose: Athanasius Kircher. URL: <http://www.pax-power.de/hypnose-historie.htm> [aufgerufen am: 10.01.2009].
- Reinhard, J., Hüsken-Janssen, H., Schiermeier, S. (2007):** Childbirth preparation through the hypnoreflexogenous protocol developed by Schauble. *Geburtshilfe Neonatol*. 2007 Aug; 211 (4): 162-4.
- Revenstorff, D. & Zeyer, R. (1996):** Hypnose lernen. Leistungssteigerung und Stressbewältigung durch Selbsthypnose. Heidelberg: Carl Auer.

Rhyner, H. (2004): Das neue Ayurveda Praxis Handbuch, Gesund leben, sanft heilen. Das Standardwerk für Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten und alle, die ihre Lebensqualität verbessern wollen. Neuhausen/ Schweiz: Urania.

Riedel, W.R. (2009): Geschichte der Hypnose. URL:
<http://www.wriedel.de/hypnosegeschichte.html> [aufgerufen am 07.01.2009].

Sans, S., Kesteloot, H., Kromhout, D. (1997): The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart Journal 1997; 18: 1231 – 48.

Schäfer, M.I. (1997): The importance of hypnosis in psychiatry. Fortschr Neurol Psychiatr. 1997 Jul;65(7):304-12.

Schmidt, L. (2007): Wirkung von Nikotin. Rauchstoppzentrum Zürich: URL:
<http://www.rauchstoppzentrum.ch> [aufgerufen am:26.02.2009].

Schmierer, A., Hautkappe, H., Junker, S. (2001): Behandlung von Hypertonie mit einem standardisierten Hypnoseverfahren. Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose, Stuttgart.

Schmierer, A., Schütz, G. (2007): Zahnärztliche Hypnose, Erfolgreiche Hypnose und Kommunikation in der Zahnarztpraxis, Berlin: Quintessenz Verlags- GmbH.

Schmierer, A. (1997):Einführung in die zahnärztliche Hypnose. Berlin: Quintessenz-Verlag.

Schmierer, A. (2001):Zahnärztliche Problempatienten in: Revenstorf, D.& Peter B. (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 626-636.

Schmitz, M.A., Finnegan, M., Natarajan, R., Champine, J. (1999): Effect of smoking on tibial shaft fracture healing. Clin Orthop 365: 184-200 .

Schoberberger, R. (2006): Serie Rauchstopp (3):Nikotinsüchtige auf Kur schicken. In : Medical Tribune 30-34/2006.

Scholz, W. (1994): Taoismus und Hypnose. Der Weg Milton H. Ericksons. Augsburg: AV-Verlag.

Schramm, M. (2009): Praxis für heilpraktische Psychotherapie (HPG) bei Nürnberg in Eckental. Häufig gestellte Fragen und Antworten zur Hypnose:
URL: <http://www.hypnosepraxis.info> [aufgerufen am: 31.03.2009].

Schubert, D. K. (1983): Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. J Clin Psychol;39(2):198-202.

Schütz, G. & Freigang, H. (2008): Tausend Trance Tipps, Lehr- und Übungsbuch der medizinischen Hypnose für die zahnärztliche Praxis. Stuttgart: Hypnos Verlag.

Schultz, I. H., & Stephan, S. (2003): Das autogene Training: Konzentrierte Selbstentspannung: Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Stuttgart: Thieme.

Schultz, JH (1994): Hypnose- Technik. Stuttgart: Gustav- Fischer.

Schulz- Stübner, S. (Hrsg.) (2007): Medizinische Hypnose: Grundlagen und Behandlungstechnik. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.

Signer- Fischer, S. (2001):Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen In: Revenstorf, D.& Peter B. (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 385- 400.

Singh, R., Rastogi, S., Verma, R. et al (1992): Randomised controlled trial of a cardioprotective diet in patients with a recent acute myocardial infarction: results of one year follow-up. Br. Med. J. 1992; 304: 1015–9.

Spiegel, H. & Bridger, A.A. (1970): Manual for hypnotic induction profile: Eye- role levitation method. New York: Soni Medica.

Stämpfli, M., Anderson, G. (2009): How cigarette smoke skews immune responses to promote infection, lung disease and cancer. *Nat Rev Immunol*.

Steinberg, D., Parthasarathy, S., Carew, T.E., Khoo, J.C., Witztum, J. (1989): Beyond cholesterol. Modifications of low-density lipoprotein that increase its atherogenicity. *N Engl J Med* 1989; 320: 915–24.

Steindorf, R. (2009): Ist jeder Mensch hypnotisierbar? URL: <http://www.hypnocare.de> [aufgerufen am 26.02.2009].

Suchtforschungsstelle und Suchttherapie der Medizinischen Universität Wien (2009): im Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien, URL: <http://www.sucht-addiction.info> [aufgerufen am 01.03.2009].

Tashkin, D.P., Murray, R.P. (2009): Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med*. 2009 Mar 13.

Teo, K., Ounpuu, S., Hawken, S. et al.(2006): Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case control study. *Lancet*; 368 : 647 – 58.

Tepperwein, K. (1977): Die hohe Schule der Hypnose, Fremdhypnose-Selbsthypnose, Praktische Hilfe für Jedermann, Genf: Ariston Verlag.

Thun, M., Peto, R., Lopez, A., Monaco, J., Henley, J., Heath, C., Doll, R. (1997): Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S adults. *N Engl J Med* 1997; 337: 1705–14.

Tietze, H.G. (1978): Hypnose, Ihre Möglichkeiten und Grenzen, Hannover: Fackelträger Verlag Schmidt- Küster GmbH.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1994): The (limited) possibilities of hypnotherapy in the treatment of obesity. *American Journal of Clinical hypnosis* 36 (4): 248-257.

- Wallner, F. (2006):** Traditionelle chinesische Medizin eine alternative Denkweise, Wichtige Einsichten in die Denk- und Handlungsweisen der Komplementärmedizin, Energiemedizin und des spirituellen Heilens in Beziehung zur Schulmedizin, Aitrang: Windpferd.
- Walter, H. (2008):** Medizinische Hypnose „Unterbewusstsein, übernehmen sie...“! In: Medical Tribune, 40. Jahrgang, Nr.36, 3.September 2008, S. 28.
- Wang, C., Xiao, D., Chan, K.P., Pothirat, C., Garza, D., Davies, S. (2009):** Varenicline for smoking cessation: A placebo-controlled, randomized study. *Respirology*: 2009 Jan 23.
- Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E. R. (1959):** Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- WHO (1982):** Prevention of coronary heart disease, Report of a WHO Expert Committee. Geneva, WHO Technical Report Series 678.
- WHO (1990):** Diet, nutrition and prevention of chronic diseases, Report of a WHO Study Group. Geneva, WHO Technical Report Series 797.
- WHO – Consultation on obesity (1997):** Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO consultation on obesity. Geneva, June 3–5.
- WHO - European Collaborative Group (1986):** European Collaborative Trial of Multifactorial prevention of coronary heart disease: final report of the 6-years results. *Lancet* 1986; I: 869–72.
- WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum (2007):** Heidelberg, URL: <http://www.tabakkontrolle.de>, [aufgerufen am: 1.04.2009].
- Wild, C. (2002):** Zyban (Bupropion). Nikotinentwöhnung. HTA- Newsletter 09: 2-3.

Wilhemsen, L., Berglund, G., Elmfeldt, D. et al (1986): The multifactor primary prevention trial in Goteborg, Sweden. Eur Heart J 1986; 7: 279–88.

Willich, S., Lewis, M., Lovel, H., Arnte, H., Schubert, F., Schröder, R. (1993): Physical exertion as trigger of acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993; 329: 1684–90.

Winter, A. (2007): Nikotinsucht- der große Irrtum: Warum Nichtrauchen so einfach sein kann! : Murnau a. Staffelsee: Mankau Verlag.

Wolters, G. (1988): Franz Anton Mesmer und der Mesmerismus: Wissenschaft, Scharlatanerie, Poesie,. Konstanz: Universitätsverlag.

Wood, D., De Backer, G., Faergeman, O., Graham, I., Mancia, G., Pyo, K. for the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, European Society of Hypertension, International Society of Behavioural Medicine, European Society of General Practice/ Family Medicine, European Heart Network (1998):

Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention, Prevention of coronary heart disease in clinical practice in: European Heart Journal (1998) 19, 1434–1503 Article No. hj981243. URL:

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Documents/PREV/guidelines-CVD-prevention-report1998.pdf> [aufgerufen am 06.01.2009].

Zeyrer, R. (2001): Stress in: Revenstorf, D.& Peter B. (Hrsg.). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin, Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 411-419.

Zimmermann, H.P. (2008): Geschichte der Hypnose. URL:

<http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.html> [aufgerufen am 07.01.2009].

13. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Paracelsus. Quelle: URL:
Doctor2008.wordpress.com/ 2008/08/paracelsus
(aufgerufen am: 10.01.2009) 12
- Abbildung 2: Hundeversuch nach Pawlow. Quelle: URL: http://www2.uni-jena.de/erzwiss/projekte_2002/schlammer_schlammer/pa-hund.jpg
[aufgerufen am: 10.01.2009] 15
- Abbildung 3: Indikationsübersicht zur medizinischen Hypnose. Quelle: URL:
<http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/expertise.pdf>
[aufgerufen am: 20.03.2009] 27
- Abbildung 4: Kippexperiment. Quelle: URL: <http://www.tausendtrancetipps.de/>
[aufgerufen am: 05.02.2009] 34
- Abbildung 5: Linienversuch. Quelle: URL: <http://www.tausendtrancetipps.de/>
[aufgerufen am: 05.02.2009] 34
- Abbildung 6: Chevreul'scher Pendelversuch. Quelle:
URL:<http://www.tausendtrancetipps.de/>
[aufgerufen am: 05.02.2009] 35
- Abbildung 7: Hypnosestadien und ihre Phänomene. Quelle: Kunzelmann, K.H.,
Dünninger, P. (1989): Angstabbau in der zahnärztlichen Praxis mittels ausgewählter
hypnosuggestiver Techniken in: Schmierer, A. (1997): Einführung in die
zahnärztliche Hypnose, Berlin: Quintessenz- Verlags GmbH. 43
- Abbildung 8. Überlebensrate der Raucher und Nichtraucher. Quelle: URL:
http://www.tabakkontrolle.de/pdf/tabakkonsum_deutschland_1.pdf
[aufgerufen am: 05.02.2009] 69

Abbildung 9. Effekt der Raucherentwöhnung. Quelle: URL:

<http://www.kup/pdf/6348.pdf>

[aufgerufen am: 17.03.2009]

73

Abbildung 10: Aufbau eines Nikotinplasters zur Ersatztherapie. Quelle:

URL:[http://www.lungenaerzte-im-](http://www.lungenaerzte-im-netz.de/lin/linkkrankheit/show.php3?id=26&nodeid=23&p=5)

[netz.de/lin/linkkrankheit/show.php3?id=26&nodeid=23&p=5](http://www.lungenaerzte-im-netz.de/lin/linkkrankheit/show.php3?id=26&nodeid=23&p=5)

[aufgerufen am: 20.03.2009]

81

14. Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Bianca Hahnkamper
 Geburtsdatum: 06.09.1983
 Geburtsort: Leoben
 Staatsbürgerschaft: Österreich
 E- Mail: Satyam@gmx.at

Ausbildung:

10/2002- 07/2009 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz
 Juli 2009: Abschluss des 3. Studienabschnittes
 Juni 2008: Abschluss des 2. Studienabschnittes
 September 2004: Abschluss des 1. Studienabschnittes
 1994- 2002 Bundesgymnasium Kapfenberg
 1990- 1994 Volksschule in Kindberg

Famulaturen:

02/2008 Allgemein Chirurgie, LKH Bruck a./d. Mur
 12/2007, 01/2008 Anästhesie und Intensivmedizin, LKH Bruck a./d. Mur
 07/2007, 08/2007 Innere Medizin, LKH Mürzzuschlag/ Mariazell
 08/2007, 09/2007 Unfallchirurgie, LKH Bruck a./d. Mur
 02/2007, Neurologie, LKH Bruck a./d. Mur
 12/2006, 01 2007 Innere Medizin, LKH Mürzzuschlag/ Mariazell

07/2005, 08/2005 Lehrpraxis für Allgemeinmedizin Dr. med. univ. Gerhard Antensteiner, in der seit diesem Datum, regelmäßig, während des Studiums mitgearbeitet wurde

Auslandsfamulatur:

06/2008- 08/2008 General University Hospital (Pepagh)
Heraklion, Kreta, Griechenland
Gerichtsmedizin, Ophthalmologie, Neurologie, Nephrologie,

Zusatzausbildungen im Rahmen des Studiums:

Traditionelle Chinesische Medizin (Medizinische Universität Graz, Prof. DDr. T. Ots)

Akupunkturkurs (Medizinische Universität Graz, Dr. L. Dorfer)

I Ging (Zhan Dao Akademie, Deutschland, René van Osten)

Sprachkurs in Griechisch (Volkshochschule Leoben, Nikos Alexiou)

Spezielle Studienmodule:

05/2008 Blutgruppenserologie, Hämotherapie und Transfusionsmedizin (Univ. Prof. Dr. med. Gerhard Lanzer)

04/2008 Case Based learning in Klinik und Praxis (Univ. Prof. Dr. med. univ. Josef Smolle)

12/2006 Arzneipflanzen und andere Therapieformen in der TCM (Dr. med. univ. Andrea Pribyl)

03/2006 Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich (Univ. Prof. Dr. med. Robert Gasser)

02/2005 Klinisch- topographische Anatomie der Extremitäten (Univ. Prof. Dr. med. univ. Friedrich Anderhuber)