

Diplomarbeit

Ärztliche Hypnose mit Schwerpunkt im Herz- Kreislauf Bereich

(Fallbeispiele und ausgedehnte Literaturrecherche)

eingereicht von

Corinna Haas

Mat.Nr.: 0200162

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

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

Graz, August 2008

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, August 2008

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

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Ao.Univ.-Prof.Dr.med. Robert Gasser PhD, der mein Interesse für ärztliche Hypnose geweckt hat, für die Bereitstellung dieses Themas und vor allem für die sehr freundliche, geduldige Betreuung und Unterstützung sowie für die Bereitschaft, mir einen Einblick in die praxisbezogene Tätigkeit zu gewähren und mir wertvolle Kenntnisse auf diesem Fachgebiet zu vermitteln, bedanken.

Ich danke auch all jenen, die mit Auskünften zum Erstellen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Familie, die mir dieses Studium ermöglicht und mich in jeder Hinsicht unterstützt und gefördert hat.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Zusammenfassung	VI
Abstract	VII
1 Einleitung	8
1.1 Geschichte der medizinischen Hypnose	9
1.1.1 Tempelschlaf.....	10
1.1.2 Hypnotische Praxis unter dem Bild Exorzismus (das Phänomen Gassner) 11	
1.1.3 Franz Anton Mesmer und der Animalische Magnetismus	12
1.1.4 Hypnose im 19. Jahrhundert – Der Braidismus.....	15
1.1.5 Der Einfluss von Charcot und der Schule von Nancy	16
1.1.6 Milton H. Erickson – Die Begründung der modernen Hypnose.....	17
1.1.7 Hypnose im 21. Jahrhundert	19
2 Methodik	20
3 Ergebnisse	22
3.1 Begriffsdefinition.....	22
3.1.1 Hypnose	22
3.1.2 Hypnotherapie/ Hypnosetherapie	23
3.1.3 Suggestion.....	23
3.1.4 Hypnotisch vertiefte Kommunikation	24
3.1.4.1 NLP - Neurolinguistisches Programmieren.....	24
3.1.4.2 Milton Modell.....	24
3.1.4.3 Sprachmuster der Hypnotherapie.....	26
3.1.5 Trance	27
3.1.6 Hypnoid	28
3.2 Charakteristika hypnotischer Trance	28
3.2.1 Neurophysiologische Korrelate	28
3.2.2 Vegetative Veränderungen	29
3.2.3 Endokrinologische und Immunologische Veränderungen.....	30
3.2.4 Subjektive Wahrnehmung.....	31
3.2.5 Trancephänomene.....	31
3.2.5.1 Sensorische Phänomene.....	31
3.2.5.2 Kognitive Phänomene.....	32
3.2.5.3 Motorische Phänomene.....	34
3.3 Anwendungsgebiete von Hypnose in der Medizin.....	35
3.3.1 Beispiele für die Anwendung von Hypnose in der Medizin.....	37
3.3.2 Zahnärztliche Hypnose	37
3.3.3 Kontraindikationen und Nebenwirkungen.....	38
3.3.4 Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit	39
3.3.4.1 Tests zur Bestimmung der Suggestibilität	39
3.3.4.2 Einfluss geistiger Fähigkeiten auf die Hypnotisierbarkeit.....	39
3.3.4.3 Einfluss des Alters auf die Hypnotisierbarkeit	40
3.3.4.4 Verteilung der Hypnotisierbarkeit in der Bevölkerung	40
3.4 Hypnose im Bereich Kardiologie	40
3.4.1 Beispiele für mögliche Wirkungen von hypnotischen Suggestionen auf das Gefäßsystem	40

3.4.2	Beispiel für die Wirkung von Hypnose auf die sympathische Aktivität des Herzens.....	41
3.4.3	Effekte von Hypnose auf die postoperative Anpassung nach Bypass-Operationen.....	42
3.4.4	Hypnotische Analgesie und Anxiolyse.....	43
3.4.5	Beispiele für Erfolge ärztlicher Hypnose in verschiedensten Bereichen	44
3.5	Anwendung von ärztlicher Hypnose während Herzkatheteruntersuchungen	45
3.5.1	Fallbeispiele.....	45
3.5.1.1	Fall 1 „Das Hobby und die drei-Worte-Induktion“	46
3.5.1.2	Fall 2 „Konfusion und kleine Regression“	49
3.5.1.3	Fall 3 „Hypnoid des Witzes“	53
3.5.1.4	Fall 4 „Ablenkung und posthypnotische Amnesie“.....	56
3.5.1.5	Fall 5 „Utilisation der Anspannung zur Entspannung“	60
3.6	Einsatz von Hypnose zur Lifestylemodifikation und Senkung der Risikofaktoren in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen.....	66
3.6.1	Gängige Verfahren zur Einleitung von Hypnose.....	67
3.6.1.1	Augenroll- und Atemübung.....	67
3.6.1.2	Ideomotorische Bahnung.....	67
3.6.1.3	Der Chevreul'sche Pendelversuch.....	69
3.6.1.4	Augenfixationsmethode.....	70
3.6.1.5	Farbkontrastmethode.....	71
3.6.1.6	Augen-Zähl-Methode.....	71
3.6.1.7	Levitationsübungen.....	72
3.6.1.8	Schnellinduktion.....	72
3.6.1.9	Akustische Methoden.....	72
3.6.1.10	Drei-Worte-Induktion.....	74
3.6.1.11	Hypnoseinduzierendes Bild.....	74
3.6.1.12	Haptische und Olfaktorische Reize.....	74
3.6.2	Kardiovaskuläre Störungen.....	75
3.6.3	Stressverhalten.....	77
3.6.4	Übergewicht.....	77
3.6.5	Raucherentwöhnung.....	78
3.6.6	Genussmittel Alkohol.....	79
3.6.7	Diabetes und Raynaud-Syndrom.....	80
3.6.8	Schlafstörungen.....	80
4	Diskussion.....	82
5	Literaturverzeichnis.....	85
6	Abbildungsverzeichnis.....	101
7	Anhang.....	102
8	Curriculum Vitae.....	103

Zusammenfassung

Hintergrund: Hypnose ist eine der ältesten Methoden zur Unterstützung und Aufrechterhaltung der menschlichen Gesundheit. Der Anwendungsbereich ärztlicher Hypnose ist groß. Die vorliegende Arbeit befasst sich u.a. mit den Sprachmustern hypnotischer Kommunikation sowie mit der Frage, für welches Patientengut ärztliche Hypnose von Nutzen sein kann, und wann und in welcher Form Hypnose in der evidenzbasierten Medizin zum Einsatz kommt. Im Speziellen wird auf die in der Forschungsliteratur beschriebenen Anwendungen im kardiovaskulären Bereich eingegangen. Dies wird durch Fallbeispiele mit Patientenbefragung aus der kardiologischen Abteilung der Universitätsklinik für Innere Medizin Graz näher erläutert.

Methoden: Zur Behandlung dieses Themas wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.

Ergebnisse: Der Hypnosezustand charakterisiert sich durch vermehrte Alpha-Wellen in der Gehirnaktivität und lässt sich im EEG eindeutig vom Schlafzustand, welcher durch Delta- und Theta-Wellen gekennzeichnet ist, abgrenzen. Zu den physiologischen Veränderungen die unter Hypnose entstehen, zählen u.a. die Abnahme der Atem- und Herzfrequenz, des Muskeltonus und des Blutdrucks. Stressreaktionen werden reduziert und somatische Heilungsprozesse gefördert. Ärztliche Hypnose wird in vielen Fachgebieten effektiv zur Schmerz- und Angstreduktion eingesetzt. Die Fallbeispiele demonstrieren den erfolgreichen Einsatz von Hypnose zum Herbeiführen von Entspannung und zur Angstminderung bei Patienten vor und während Herzkatheteruntersuchungen. In den meisten Fällen konnte eine Veränderung in der Zeitwahrnehmung und eine posthypnotische Erinnerungsamnesie beobachtet werden. Durch hypnoseinduzierte Verhaltensänderungen können Risikofaktoren wie Nikotinabusus oder Adipositas beherrscht und nachhaltig ein positiver Effekt auf die kardiovaskuläre Gesundheit erzielt werden.

Diskussion: Hypnose eignet sich sowohl für eine symptomorientierte Anwendung, z.B. zur Sedierung oder Analgesie bei medizinischen Interventionen, als auch zur längerfristigen Behandlung in Form einer Hypnosetherapie, wie z.B. zur Prophylaxe oder zur unterstützenden Therapie von Herz-Kreislaufkrankungen. Ärztliche Hypnose bietet eine nebenwirkungsarme Erweiterung des kardiologisch-therapeutischen Spektrums und könnte daher mehr Eingang in die klinische Tätigkeit finden.

Abstract

Introduction: Hypnosis is one of the oldest methods for the support and maintenance of human health. The scope of application of medical hypnosis is rather large. Amongst other things, this diploma thesis is concerned with speech patterns of hypnotic communication, the question of which group of patients can profit the most from medical hypnosis, and when and in which form hypnosis can be used in evidence-based medicine. Particular attention is paid to the use of hypnosis in the cardiovascular field as described in medical literature. This will be illustrated in detail through case studies including interviews with patients from the cardiology department of the University Hospital for Inner Medicine in Graz /Austria.

Methods: An extensive review of literature was undertaken for a detailed examination of the aforementioned topic.

Results: The state of hypnosis is characterised by an increased number of alpha-waves in the brain activity, and can be clearly differentiated from the state of sleep (characterised by delta- as well as theta-waves) in the EEG. A reduced breathing and heart rate, a decrease in the (muscle) tonicity, as well as reduced blood pressure are among the physiological changes that do occur during hypnosis. Stress reactions are reduced and somatic healing processes are stimulated. Medical hypnosis is used in a number of specific medical fields for the effective reduction of both pain and fear. The case studies demonstrate the successful use of hypnosis to lead to relaxation and to decrease anxiety among patients before and during cardiac catheter examinations. In the majority of cases a change in the perception of time and a post-hypnotic memory amnesia could be observed. Hypnosis-induced behavioural changes can control risk factors such as nicotine abuse or adipositas. Additionally, a sustainable and positive effect on cardiovascular health can be achieved as well.

Discussion: Hypnosis is suitable for both a symptom-oriented use, for example the sedation or analgesia in medical interventions, and for long-term treatment in the form of hypnosis therapy, including the prophylaxis of cardiovascular diseases or the supportive therapy of cardiovascular diseases. Finally, medical hypnosis offers an expansion of the cardio-therapeutic spectrum that is low in adverse effects, and could therefore be applied more frequently in clinical practice.

1 Einleitung

Hypnose ist nicht eine erst vor kurzem entstandene, neumodische Erscheinung, sondern ein Jahrtausende altes Phänomen, beziehungsweise eine der ältesten Methoden zur Unterstützung und Aufrechterhaltung der menschlichen Gesundheit, mit Verbreitung in allen Kulturen der Früh und Neuzeit.

Die Hypnoseforschung hat sich in den vergangenen Jahren erfolgreich weiterentwickelt. Medizinische Hypnose wird in vielen Fachgebieten effektiv, unter anderem zur Schmerz- und Angstreduktion beziehungsweise Angstkontrolle eingesetzt. Das Anwendungsgebiet ärztlicher Hypnose ist groß.

In der Bevölkerung wird das Bild von Hypnose überwiegend durch die Darbietungen von „Showhypnose“ verzerrt. Showhypnose hat allerdings nicht viel mit therapeutischer oder medizinischer Hypnose gemeinsam und ist daher klar von dieser abzugrenzen. Mehrheitlich wird angenommen, Hypnose werde durch den Blick des Hypnotiseurs eingeleitet, dessen Augen eine übernatürliche Kraft besitzen, derer man sich nicht entziehen kann. Weiters besteht die Meinung, dass Hypnotiseure neben dem scharfen Blick auch eventuell über ein Pendel verfügen und mit beschwörenden Hand- und Fingerbewegungen in Richtung des Gesichts des Hypnotisanden deuten.

Auf diese Falschannahmen wird im Folgenden nicht näher eingegangen. Falschannahmen und Vorurteile können durch Erfahrungen und Fakten aus der Forschung beseitigt werden.

Die Diplomarbeit gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der Hypnose, befasst sich mit Begriffsdefinitionen des Faches sowie mit den Sprachmustern hypnotischer Kommunikation und beschreibt neben beobachtbaren Trancephänomenen die subjektiven, endokrinologischen und vegetativen Charakteristika hypnotischer Trance, sowie deren neurophysiologische Korrelate.

Neben einer allgemeinen Übersicht zum Thema Hypnose wird der Einsatzbereich von ärztlicher Hypnose in der modernen Medizin besprochen, wobei auf die Anwendung im Herz-Kreislauf-Bereich im Speziellen eingegangen wird.

Fallbeispiele, die sich an den modernen Konzepten der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson orientieren, sollen den Einsatz von Hypnose im medizinischen Alltag näher

erläutern und werden durch Patientenbefragungen, welche vor und nach kardiologisch interventionellen Eingriffen im Rahmen der Herzkatheteruntersuchung zum subjektiven Erleben von ärztlicher Hypnose während des Eingriffes durchgeführt werden, abgerundet. Durch den zusätzlichen Einsatz von ärztlicher Hypnose im therapeutischen Geschehen können Behandlungen für den Patienten sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht schonender und angenehmer vollzogen werden. Anhand der Falldemonstrationen soll illustriert werden, dass ärztliche Hypnose in der Kardiologie eine nebenwirkungsarme Erweiterung des kardiologisch-therapeutischen Spektrums bietet und diese mehr Eingang in die klinische Tätigkeit finden könnte.

Auf die praktische Anwendung abgestimmt, werden abschließend die verschiedenen Möglichkeiten der Tranceinduktion sowie der hypnoseinduzierten Lebensstiländerung, durch die auch nachhaltig ein positiver Effekt auf die kardiovaskuläre Gesundheit bewirkt werden kann, beschrieben.

Lehnen Sie sich jetzt zurück, vergessen Sie den Alltag um sich herum, atmen Sie tief ein und aus und fühlen Sie, wie sich mit jedem Atemzug Entspannung, Meer und mehr in ihrem Körper ausbreitet ... während Sie dieses Skriptum lesen, ... das kann sehr angenehm sein zu wissen, ... sehr gut...

1.1 Geschichte der medizinischen Hypnose

Phänomene, die unserer „modernen Hypnose“ ähnlich sind, führen uns bis ins dritte Jahrtausend vor Christus zurück. Aufgrund von Indizien liegt die Annahme nahe, dass eventuell bereits die Sumerer mit besonderen Instruktionen einen heilsamen Schlaf herbeiführten. Auch die alten Schriften der Inder enthalten Anweisungen für das Erleben eines Trancezustandes. Es finden sich Hinweise für die Instruktion von Konzentration, Augenfokussierung, Isolation und Imagination. Assyro-babylonische Arztpriester wendeten Hypnose im Zuge von exorzistischen Praktiken an. Schriftrollen aus dem alten Ägypten berichten von einem Jungen, welcher aufgrund der Fixation eines leuchtenden Gegenstandes mit den Augen in einen hypnotischen Zustand gelangt, der dem Hellsehen dienen soll. (Vgl. Kossak, 1997). Die selbst herbeigeführten Trancezustände der Priesterinnen des Orakels von Delphi können ebenso als hypnotische Ereignisse gedeutet werden (vgl. Schulz-Stübner, 2007).

Auch die alten hinduistischen Meditationspraktiken der Yogis dürfen mit dem Begriff Selbsthypnose/Autosuggestion assoziiert werden. Sie lassen sich bis ins zweite vorchristliche Jahrtausend zurückverfolgen. Yoga in der Form wie wir es heutzutage kennen, namentlich die Kombination aus Körperhaltungen, Atemübungen, Entspannung und Meditation, hat ebenfalls starke Ähnlichkeit mit Hypnose.

Im ersten vorchristlichen Jahrtausend versetzten keltische Druiden mithilfe von reimenden Gesängen Personen in einen Schlaf mit hellseherischen Träumen, und im alten Testament bei König David heilten Jesus und seine Jünger Kranke durch Handauflegen. (Vgl. Revenstorf & Prudlo, 1993a).

Je nach Glaubenssystem können die Heilungen von Jesus und seinen Zeitgenossen als „Wunder“ betrachtet werden, oder aber auch als Heilung infolge von Suggestionen und der Aktivierung körpereigener Schutzmechanismen (vgl. Zimmermann, 2008).

1.1.1 Tempelschlaf

Im alten Ägypten um 500 vor Christus wurde im Serapis-Tempel in Memphis und in den Isis-Tempeln entlang des Nils die Behandlung von Krankheiten durch den „Tempelschlaf“ praktiziert. Die Kranken wurden von Priestern in einen mehrtägigen Schlaf versetzt. Im Traum erschien ihnen die Göttin Isis, stellte ihnen die Diagnose und gab Anweisungen für die Behandlung der Krankheit.

Tempelschlaf wurde auch im Griechenland der Antike, in den Tempeln, die dem Asklepios geweiht sind, vollzogen. Die antiken Beschreibungen des Bewusstseinszustandes während des Tempelschlafs gleichen den Beschreibungen des Hypnosezustandes. Demnach soll der erreichte Bewusstseinszustand ein Zustand zwischen „wachen und schlafen“ gewesen sein. Zum Dank wurden nach erfolgreicher Behandlung Votivtafeln im Tempel errichtet, auf welchen Behandlungsweisen beziehungsweise wichtige Erlebnisse während der Therapie abgebildet waren. (Vgl. Bongartz & Bongartz, 1992).



Abbildung 1: Votivtafel aus dem antiken Griechenland. Die Abbildung zeigt die Heilung eines Kranken durch den Gott Asklepios

1.1.2 Hypnotische Praxis unter dem Bild Exorzismus (das Phänomen Gassner)

Mitte des 18. Jahrhunderts gelang es Johann Joseph Gassner (1727 – 1779), einem katholischen Priester aus Klösterle in der Ostschweiz, sein Leiden an quälenden, heftigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, insbesondere vor dem Gottesdienst und der Predigt, mit den Exorzismus-Riten der katholischen Kirche zu bekämpfen. Er wandte daraufhin seine Exorzismusgebete erfolgreich bei kranken Menschen an, um ihnen den Teufel auszutreiben, der sich seiner Meinung nach hinter den Leiden verbarg. Viele Leute suchten ihn auf, um seine Hilfe in Anspruch zu nehmen. (Vgl. Bongartz & Bongartz, 1992). Sein großer Zulauf an Menschen widerstrebte jedoch sämtlichen kirchlichen und weltlichen Institutionen. Seine Dämonologie erinnerte an die Hexenverbrennungen des Mittelalters, und ein erneutes Aufleben derselben wollte man in der Hoch-Zeit der Aufklärung keinesfalls unterstützen.



Abbildung 2: Darstellung einer exorzistischen Heilung durch Priester Johann Joseph Gassner im Schloss Meersbug (Deutschland). Der böse Geist verlässt in Form eines Drachens den Körper des Kranken.

Die Münchener Akademie der Wissenschaften bat daher den Arzt Franz Anton Mesmer, der nach Abschluss seines Medizinstudiums durch seine „neue“ magnetische Behandlungsweise bekannt geworden war, um eine Stellungnahme zu den Exorzismus-Riten Pater Gassners. Im Jahre 1775 gestand Mesmer Pater Gassner magnetische Fähigkeiten zu, wies aber die Annahme, dass es sich dabei um eine Beschwörung des Teufels handle, ab und erklärte den Erfolg der Heilpraktiken durch seine wissenschaftliche Theorie des animalischen Magnetismus. Infolgedessen wurde Pater Gassner die Ausübung des Exorzismus untersagt. Das Jahr 1775 wird als Beginn der modernen Hypnose betrachtet. (Vgl. Peter, 2001a).

1.1.3 Franz Anton Mesmer und der Animalische Magnetismus

Der „vorwissenschaftlichen“ Epoche bis zum Jahre 1775 schließt sich zwischen 1775 und 1850 die Epoche des „Animalischen Magnetismus“ an und damit der Versuch einer wissenschaftlichen Fundierung der Hypnose durch Franz Anton Mesmer. Am 23. Mai 1734 in Iznang, am deutschen Ufer des Bodensees geboren, absolvierte Mesmer seine

Schulausbildung am Jesuitenkolleg zu Konstanz und begab sich nach der Promotion zum Doktor der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität zum Studium der Medizin nach Wien, wo ihm später die ersten Heilerfolge seiner „neuen“ magnetischen Behandlungsweise zuteil wurden. (Vgl. Peter, 2001a). 1766 promovierte er zum Doktor der Medizin mit der „Dissertatio de planetarum influxu“, in welcher er die Grundlagen zu seinem späteren System des animalischen Magnetismus legte. Die Dissertation beschreibt den Einfluss der Planeten auf Körper und Krankheit und gibt Hinweise auf das Wirken und Arbeiten von Mesmer. Die Dissertation von Mesmer liegt heute noch im Original in der Nationalbibliothek in Wien auf. Ein Faksimile der ersten drei Seiten seiner Dissertation finden Sie im Anhang meiner Diplomarbeit.



Abbildung 3: Franz Anton Mesmer

Mesmer gilt gemeinhin als Vater der Hypnose im Westen. Er bezeichnete seine Behandlungstechnik als „animalischen Magnetismus“, dessen Wirkungsprinzip auf einer gleichmäßigen Verteilung der kosmischen Energie („Fluidum“), welche das ganze Universum erfüllt, beruht. Für seine Heilbehandlungen stellte er beispielsweise eine große Holzbadewanne, genannt „baquet“, auf, die mit „magnetischem Wasser“ gefüllt war. Die Patienten versammelten sich um die Wanne und tauchten Eisenstangen, welche die magnetische Energie fortleiteten sollten, in das Wasser. Manche der Anwesenden reagierten mit Krämpfen, Halluzinationen und scheinbarem Bewusstseinsverlust. Mesmer erachtete diese Zustände, von ihm als „Krise“ bezeichnet, als notwendige Grundlage zur Heilung und der Wiederherstellung des gleichmäßigen

Energieflusses im Körper. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007). Er war der Meinung, dass alle Krankheiten auf ein Ungleichgewicht des animalischen Magnetismus, also einer ungünstigen Verteilung der magnetischen Energie im menschlichen Körper, zurückzuführen sind und durch eine gleichmäßige Neuverteilung der Energie mit Hilfe von Magneteisen beseitigt werden können. Eine „Krise“ konnte auch hervorgerufen werden, indem der Magnetiseur mit den Händen knapp über der Körperoberfläche, ohne direkte Berührung, über den Körper des Kranken strich, vom Kopf bis zu den Händen, zum Bauch und zu den Beinen. Vermutlich wurden die Patienten in einen tranceähnlichen Zustand versetzt. Verbale Suggestionen waren dabei nicht von Bedeutung. (Vgl. Revenstorf & Peter, 2001).

Mesmers Heilsitzungen hatten einen stark theatralischen Charakter und schließlich wurde auch er der Scharlatanerie bezichtigt. (Vgl. Wolters, 1988).



Abbildung 4: Heilbehandlung mit animalischem Magnetismus am „baquet“. Die Patienten sitzen um die mit Wasser und Eisenteilen gefüllte Wanne und berühren die herausragenden Eisenstangen.

Sein Schüler Marquis de Puységur (1751-1825) beschrieb zum ersten Mal einen schlafähnlichen Zustand während des Magnetisierens bei einem Patienten, während dem dieser aber trotzdem in der Lage war zu kommunizieren. Es folgte die Epoche des „magnetischen Somnambulismus“.

1.1.4 Hypnose im 19. Jahrhundert – Der Braidismus

James Braid (1795-1860), ein schottischer Augenarzt, nannte diesen „Nervenschlaf“ „Hypnose“, und es folgte eine Epoche in der sich das Verständnis der Hypnose langsam von der „äußeren Kraft“ des Hypnotiseurs auf die „innere Kraft“ des Patienten verlagerte. Braid betrachtete die Ermüdung der Augen, die Fokussierung des Blickes auf ein Objekt und die gezielte Konzentration auf einen einzigen Gedanken als eine wesentliche Komponente der Hypnoseinduktion und der künstlichen Erzeugung eines „neurologisch“ bedingten Schlafzustandes. Er beschrieb auch Veränderungen in der Schmerzwahrnehmung im hypnotischen Zustand. Seine britischen Kollegen, unter anderen James Esdaile (1808-1859), wendeten in dieser Zeit die neue Technik erfolgreich zur Analgesie bei chirurgischen Eingriffen an. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

Der Begriff „Hypnose“ wurde von „hypnos“, dem griechischen Wort für „Schlaf“, abgeleitet. Hypnos, auch genannt „Sohn der Nacht“, ist in der griechischen Mythologie der Gott des Schlafes (lateinisch Somnus), der Sohn der Nyx (Göttin der Nacht bzw. Finsternis), der Zwillingsbruder des Thanatos (Gott des Todes) und Vater des Morpheus (Gott der Träume, der den Schlafenden in menschlicher Gestalt erscheint). Hypnos wird meist als Jüngling mit Flügeln an den Schläfen dargestellt.



Abbildung 5: Kopf des Gottes Hypnos aus der griechischen Mythologie. Hypnos wird meist als Jüngling mit Flügeln an den Schläfen dargestellt.

1.1.5 Der Einfluss von Charcot und der Schule von Nancy

Der französische Neurologe Jean-Martin Charcot (1825-1893) von der Pariser Salpêtrière betrachtete Hypnose als psychiatrisches Phänomen. Er war der Meinung, dass Hypnose ein Symptom der Hysterie sei und ausschließlich Hysteriker hypnotisierbar wären. Demgegenüber standen Hippolyte Bernheim (1837-1919) und Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904) aus der Stadt Nancy in Frankreich. Sie beschrieben die hypnotischen Phänomene als Ergebnis der Macht der Suggestion. Die heutige Auffassung der Hypnose im Sinne eines „psychischen Geschehens“ schließt sich dem an. Die Theorien bezüglich religiöser und magnetischer Ursachen für das „Hypnose-Erleben“ wurden zunehmend bedeutungslos.

Die Haltung der Schule von Nancy wurde im deutschsprachigen Raum von bekannten Psychiatern und Neurologen fortgeführt. In Deutschland u.a. von Oskar Vogt (1870-1959), sowie in Zürich von August Forel (1848-1930), Psychiatrieprofessor und Direktor der psychiatrischen Klinik des Universitätsspitals Zürich, und dessen Nachfolger Eugen Bleuler (1857-1939). Bedeutende österreichische Hypnosevertreter waren u.a. Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1903) und Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). Freud wandte sich nach anfänglichem Interesse für Hypnose von ihr ab und widmete sich der freien Assoziation und der Psychoanalyse ohne Bewusstseinsveränderung durch Suggestion. Durch Freuds enormes Ansehen verschwand die Hypnose beinahe aus dem therapeutischen Bereich. (Vgl. Revenstorf & Prudlo, 1993a).



Abbildung 6: Hippolyte Bernheim

Doch nicht alle Ärzte waren Anhänger der Psychoanalyse. Im zwanzigsten Jahrhundert gelang es dem Berliner Arzt Johannes H. Schultz, viele posttraumatische Reaktionen mit Hilfe von Hypnose zu therapieren. Er betrachtete die bei Hypnoseeinleitung entstehenden körperlichen Empfindungen wie Wärme und Schwere als körperliche Erscheinung - Schwere im Zusammenhang mit Muskelentspannung und Wärme infolge der Erweiterung der Kapillaren. Unter Anwendung von Autosuggestionen erzielten seine Patienten die sogenannte „organismische Umschaltung“. Darauf aufbauend entwickelte er das Autogene Training, welches heutzutage meist klar von der klassischen Hypnose abgegrenzt wird. (vgl. Fritzsche, Krahnemann & Rösner, 2003).

1.1.6 Milton H. Erickson – Die Begründung der modernen Hypnose

Von großer Bedeutung für die moderne Hypnose ist der amerikanische Psychiater Milton H. Erickson (1901-1980). Er arbeitete in der Hypnosetherapie meist mit indirekten Techniken, wie Geschichten und Metaphern („permissive storytelling“), und grenzte sich damit von der eher autoritären Fremdsuggestion der klassischen Hypnose ab. In den Fallbüchern (1976, 1979 und 1981b) erläutert er seinem Schüler und Juniorautor Ernest L. Rossi seine Vorgangsweisen in der klinischen Hypnose und gewährt tiefe Einblicke in sein therapeutisches Handeln.

Erickson sah in jedem Menschen ein Individuum, und es war ihm ein Anliegen, die Psychotherapie so zu definieren, dass sie der Einzigartigkeit der Bedürfnisse eines Individuums gerecht wird. Erickson ging davon aus, dass der Patient Selbstheilungsressourcen besitzt, und dass man mit hypnotischer Trance einen Zugang zu den eigenen Ressourcen schaffen kann. Er litt an chronischen Schmerzen, und aus eigener Erfahrung wusste er um den Nutzen der Selbsthypnose in Bezug auf Schmerzbewältigung. Er betrachtete die Hypnose als eine Veränderung des Bewusstseinszustandes, bei der zeitgleich Entspannung herbeigeführt und die Aufmerksamkeit fokussiert wird, um dadurch den Zugang zu den eigenen Ressourcen zu eröffnen, und des weiteren infolgedessen eigene Lösungen in Bezug auf die krankmachende Situation finden zu können. Dieser „Trancezustand“ kann fremdsuggestiv, autosuggestiv oder durch Meditation, rhythmische Bewegung, Musik oder Rituale erreicht werden und wird auch gegenwärtig in der modernen Hypnosetherapie angewendet. (Vgl. Erickson, 1957).

Erickson hat sein therapeutisches Procedere nicht schematisiert oder mit Theorien fundiert. Er erstellte für jeden Patienten ein neues Konzept und eine theoretische Begründung für die Vorgangsweise in der Therapie. Trotz der individuellen Therapieplanung lassen sich aus seinen Fallberichten (Gesammelte Werke 1995-98) und den publizierten Transskripten (Erickson u. Rossi 1981; Erickson et al., 1978; Zeig 1980, u.a.) eine Reihe von Grundsätzen herleiten, die man in Anlehnung an Revenstorf und Peter (2001) wie folgt zusammenfassen kann:

Utilisation: Die individuellen Merkmale und Interaktionsmuster des Patienten einschließlich des Symptoms und des Widerstandes werden für Veränderungen genutzt.

Destabilisierung: Um das Aufgeben festgefahrener kognitiver Positionen und Verhaltensmuster zu erleichtern, kann durch Konfusion die mentale Beweglichkeit des Klienten wiederhergestellt und eine Problemlösung oder Annahme von Suggestionen erleichtert werden.

Beiläufigkeit: Die relevante Information wird indirekt durch Einbettung, Implikation, Negation der Negation u.ä. vermittelt.

Minimale Veränderung mit Kaskadeneffekt: Um die Veränderung einzuleiten, wird an einer „unverdächtigen“ Stelle eine kleine Intervention gesetzt. Ist das Verhaltensmuster einmal unterbrochen, ergibt sich möglicherweise eine Neuorganisation im Sinne eines Kaskadeneffekts.

Schutz des Unbewussten: Eine vorläufige Amnesie durch Ablenkung oder Amnesiesuggestion ist oft von Vorteil, bis eine Auseinandersetzung und Akzeptanz der in Trance bearbeiteten Inhalte sowie die Realisation der in Trance gefundenen Lösungen im Alltag erfolgt ist.



Abbildung 7: Milton H. Erickson

1.1.7 Hypnose im 21. Jahrhundert

Heutzutage gewinnt man zunehmende Erkenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen der Hypnose aufgrund von bildgebenden Verfahren. Man weiß, dass Trancezustände mit neurobiologischen Veränderungen der Hirnfunktionen einhergehen, und teilweise können diese auch bereits erfasst werden. Welche hirnpfysiologischen Vorgänge während eines veränderten Bewusstseinszustandes ablaufen und welchen Mechanismen diese zugrunde liegen, ist im Moment eine der spannenden Kernfragen der neurowissenschaftlichen Tranceforschung.

2 Methodik

Der folgende Abschnitt illustriert den Aufbau dieser Arbeit und die Vorgehensweise in der Literaturrecherche. Die Methoden, welche der Recherche dienten, werden näher erläutert.

Die Kernfrage dieser Arbeit bezieht sich auf die Anwendung von ärztlicher Hypnose im Herz-Kreislaufbereich. Es wird der Frage nachgegangen, für welche Bereiche der Einsatz ärztlicher Hypnose in der Medizin, insbesondere in der Kardiologie, geeignet ist, wie ein hypnotischer Zustand in diesem Setting erzeugt werden kann und welche Techniken sich dazu bewährt haben. Des Weiteren werden die in der Forschungsliteratur angeführten Effekte beschrieben, die in diesem Zusammenhang erzielt werden können und sowohl die klinische Praxis, als auch - darüber hinausgehend - die Beherrschung der kardiovaskulären Risikofaktoren betreffen. Ein Thema in diesem Zusammenhang ist unter anderem auch der Einsatz von Hypnose im Sinne von Angstbeherrschung vor und während kardiologisch interventionellen Eingriffen. Diese Anwendung wird durch Fallbeispiele aus der kardiologischen Abteilung der Universitätsklinik für Innere Medizin illustriert. Falldemonstrationen sind gerade in dem individuellen Bereich ärztlicher Hypnose eine geeignete Methodik für solche zum Einsatz kommenden Techniken. Durch den zusätzlichen Einsatz von ärztlicher Hypnose im therapeutischen Geschehen können Behandlungen für den Patienten sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht schonender und angenehmer vollzogen werden. Durch hypnoseinduzierte Lebensstiländerung kann auch nachhaltig ein positiver Effekt auf die kardiovaskuläre Gesundheit bewirkt werden. Dazu werden entsprechende Literaturangaben gemacht.

Die Informationen für die Literaturrecherche wurden hauptsächlich von der wissenschaftlichen biomedizinischen Datenbank „PubMed“ des „National Center for Biotechnology Information“ (NCBI) [unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>] bezogen. Die Suche nach den Publikationen erfolgte mit Stichwörtern in englischer Sprache beziehungsweise mit den Namen der Autoren. Oft war es hilfreich, die Suche im Suchfeld oder unter dem Bereich „Limits“ einzugrenzen. So konnte explizit nach Publikationen von einem bestimmten Autor oder mehreren Autoren, die in einem bestimmten Zeitraum und/ oder Journal erschienen sind, gesucht werden. Mit der

Option „Related Articles“ wurden weitere Artikel gefunden, welche mit den Suchbegriffen im Zusammenhang stehen.

Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: hypnosis; hypnotherapy; hypnosis AND coronary artery bypass surgery/ liver biopsy/ invasive medical procedures/ cardiovascular response/ brain dynamics/ somatosensory event-related potential changes/ regional anesthesia/ anxiety/ fear/ pain/ essential hypertension/ insomnia/ sleep/ behavioral weight management/ distress/ direct suggestion/ (pediatric) dental patients/ sedation/ indirect suggestion/ suggestibility; self-hypnosis AND coronary artery bypass surgery/ relaxation; hypnotic sedation AND PTCA; hypnotic age regression; posthypnotic suggestion; hypnotic analgesia; Chevreul pendulum; hypnotherapy AND smoking cessation/ atopic dermatitis/ alcoholism; adjunctive hypnosis.

Für die Literaturrecherche wurden weiters einschlägige Fachbücher und websites auf wissenschaftlicher Basis im Internet verwendet. Diverse Nachschlagewerke und Skripten dienten unterstützend dazu, Wissen zu vertiefen und zu ergänzen.

Forschungsfragen und Ziele sind für beide Geschlechter gleich wertvoll, wenngleich genderspezifische Unterschiede bezüglich kardiovaskulärer Risikofaktoren und Behandlung der KHK gefunden werden. Es wurde wissenschaftliche Literatur verwendet, die sich auf beide Geschlechter gleichermaßen bezieht.

Die Ergebnisse der Recherche, die Studien und Publikationen werden abschnittsweise in Kapiteln und nach Themengebiet geordnet dargelegt und miteinander verglichen.

3 Ergebnisse

3.1 Begriffsdefinition

3.1.1 Hypnose

Hypnose nennt man das Verfahren, mit dem ein hypnotischer Trancezustand mithilfe von Suggestionen herbeigeführt wird. Man wendet dabei bekannte Methoden und Techniken an, welche es erleichtern, bei einer Person einen Trancezustand herbeizuführen. Es hat sich erwiesen, dass bestimmte Vorgehensweisen trancefördernd sind, wie zum Beispiel Monotonie oder lange Pausen beim Sprechen, Konfusion, Verknüpfen von Aussagen etc.

Trancerituale wurden schon in der Frühzeit des Menschen zu Heilzwecken eingesetzt. Bisher ist es jedoch noch nicht gelungen, die Abläufe und Wirkungen der Hypnose durch eine umfassende Theorie zu erklären. Man findet auch keine einheitliche Definition in den Standardwerken zu Hypnose.

Es gibt mehrere Erklärungsansätze und wissenschaftliche Belege. Die so genannte Zustandstheorie wird einem sozialpsychologischen Ansatz gegenübergestellt und diskutiert. Erickson berücksichtigte in seiner Definition von Hypnose beide Betrachtungsweisen und beschreibt diese folgendermaßen: „Hypnose ist ein temporärer Zustand einer mehr oder weniger tiefen Absenkung des Bewusstseins (Trance), während dessen die Beschränkungen der eigenen gewohnten Bezugsrahmen und Überzeugungen vorübergehend aufgehoben werden, so dass ein Proband für diese Zeit vorübergehend für andere Assoziationsmuster und psychische Funktionsweisen empfänglich ist, die ihn einer Problemlösung näher bringen. Die Induktion der Trance durch Lenkung und Einengung der Aufmerksamkeit findet im Rahmen einer besonderen therapeutischen Beziehung (Rapport) statt.“ (Zit. nach Derra, 2006, S. 326-330).

3.1.2 Hypnotherapie/ Hypnosetherapie

Hypnotherapie oder Hypnosetherapie ist eine Behandlungsform zur Heilung somatischer, psychosomatischer und psychischer Leiden und bedient sich dazu der hypnotischen Trance, hypnotischer Phänomene und spezifischer Interventionen. Hypnosetherapie wird in vielen medizinischen Bereichen angewendet. In der vorliegenden Arbeit habe ich den Schwerpunkt speziell auf das Herz-Kreislauf-System gelegt.

3.1.3 Suggestion

Eine Suggestion kann durch Wort, Bild oder Gebärde im Unbewussten einer Person eine Vorstellung hervorrufen, welche einen unbewussten Impuls induziert, der geeignet ist, eine unmittelbare, nicht willkürlich gesteuerte Reaktion zu bewirken. Man unterscheidet zwischen Selbst (Auto-)suggestion bzw. Fremd (Hetero-)suggestion, direkter oder indirekter Suggestion. Suggestionen realisieren sich nicht durch bewussten willkürlichen Vollzug, sondern als unbewusste Reaktion. (Vgl. Böles, 1995).

Untersuchungsergebnisse von Crawford et al. (1997) und Crawford und Gruzelier (1992) lassen zu dem Schluss kommen, dass hochsuggestible Menschen über eine größere Aufmerksamkeitsfokussierung verfügen als Personen mit niedriger Suggestibilität. Aufmerksamkeit und Konzentration stellen eine wichtige Voraussetzung für das Eintreten eines hypnotischen Zustandes dar (vgl. Raz et al., 2002). Als hochsuggestibel bezeichnet man Personen, die schnell und problemlos durch hypnotische Suggestion in einen tiefen, entspannten Zustand gelangen.

Es ist bekannt, dass sich Probanden in Hypnose in einem aufmerksamen, aufnahmefähigen Konzentrationszustand befinden. Die Hypnotisierbarkeit korreliert dabei stark mit der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einen Punkt oder Gegenstand zu fokussieren und über längere Zeit aufrecht erhalten zu können. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

Es wird vermutet, dass neben der willentlich gelenkten Konzentration auf einen bestimmten Gegenstand auch das Ignorieren von anderen, irrelevanten Stimuli, sozusagen die Wegwendung von anderen Dingen, für die Hypnotisierbarkeit eine große Rolle spielt. Erweiterte attentionale und disattentionale Fähigkeiten werden als

Korrelate für das Herbeiführen eines hypnotischen Trancezustandes in Betrachtung gezogen. (Vgl. Crawford, 1994a u.b).

3.1.4 Hypnotisch vertiefte Kommunikation

Richard Bandler und John Grinder, die beiden Erfinder des Neurolinguistischen Programmierens (NLP), analysierten die sprachlichen Muster der hypnotherapeutischen Arbeit von Milton H. Erickson und entwickelten das so genannte „Milton Modell“, welches Aufschluss darüber gibt, wie Sprache wohl durchdacht eingesetzt werden kann, um Prozesse des Denkens und Fühlens zu steuern. Milton H. Erickson zeichnete sich durch seine „indirekten Formen der Suggestion“ aus. (Vgl. Linzer Akademie für NLP, 2007).

3.1.4.1 NLP - Neurolinguistisches Programmieren

NLP beschäftigt sich mit menschlichen Kommunikationsprozessen. Es bietet Methoden und Techniken an, mit denen Kommunikation bewusster und gezielter beeinflusst werden kann und stützt sich dabei auf die Annahme, dass Sprache die Wahrnehmung und damit einhergehend das emotionale und mentale Erleben beeinflusst. NLP findet dort Anwendung, wo professionelle Kommunikationsgestaltung benötigt wird. Ziel ist daher das methodische Erlernen eines bewussten Umgangs mit Sprache. (Vgl. NLP-Ausbildungsinstitut Kassel).

3.1.4.2 Milton Modell

In Bezugnahme auf das „Milton Modell“ wird eine Situation, ein Verhalten oder ein Problem mit bestimmten Formulierungen auf indirekte Weise beschrieben, sodass bei dem angesprochenen Probanden auf unbewusster Ebene Suchprozesse ausgelöst werden. Der Proband versucht die Worte des Sprechers zu deuten und mit den eigenen Erfahrungen in Verbindung bringen.

Da das Problem nur indirekt angesprochen wird, entwickelt der Proband keine Widerstände. Er sucht nach Parallelen zwischen seinen Erfahrungen und dem Erzählten.

In indirekter Form werden ihm somit Möglichkeiten für den Umgang mit „strukturell identischen Situationen“ aufgezeigt. (Vgl. Linzer Akademie für NLP, 2007).

In einem seiner Fallberichte (vgl. Erickson & Rossi, 1981a, S.139) behandelte Erickson einen Mann, der an Phantomschmerzen im Fuß litt.

Zu Beginn des therapeutischen Gesprächs erzählte er dem Patienten eine Anekdote aus seiner Studentenzeit. Er berichtete, dass er als Student eine Nacht schlafend in einer Kesselfabrik verbracht hatte und sein Unbewusstes dabei im Schlaf gelernt hatte, die „sensorisch-perzeptiven Funktionen“ dem Lärm in der Fabrik so anzupassen, dass er am Morgen darauf die Stimmen der Arbeiter im Getöse der Presslufthammer hören konnte, was ihm zuvor nicht gelungen war. (Siehe Kap. „Sensorische Phänomene“).

Mit der Schilderung seiner persönlichen Erlebnisse gelang es Erickson, auf indirekte Weise einen therapeutischen Bezugsrahmen herzustellen. Er sagte dem Mann nicht auf direktem Wege, dass dieser lernen müsse, seine sensorisch-perzeptive Wahrnehmung zu verändern.

In weiterer Folge erzählte Erickson dem Mann von einem seiner Freunde, welcher eine Holzprothese trug und immer ein angenehmes Gefühl in seinem Fuß empfand, nachdem er sein Holzbein gekratzt hatte. Erickson machte den Mann darauf aufmerksam, dass man auch „angenehme Gefühle“ in dem Fuß haben könne, nicht nur Schmerzen. Er fügte hinzu, dass wenn man Phantomschmerzen in einer Extremität haben könne, man auch in der Lage sei, angenehme Phantomgefühle zu empfinden. Und er wies darauf hin, dass diese Phantomgefühle „köstlich“ seien (vgl. Erickson & Rossi, 1981a, S.144).

Erickson suggerierte dem Mann, dass dieser mit den Phantomschmerzen klar kommen kann, indem er sie in ein angenehmes Gefühl umwandelt. Dabei bot er „wohltuende Empfindungen“ als Möglichkeit an, denn für eine direkte Suggestion über das Erleben von wohltuenden Empfindungen im Fuß war der Patient vorerst noch nicht bereit. Erickson berichtete dem Mann weiters von einem Gespräch, welches er einmal mit diesem besagten Freund geführt hatte und in welchem darüber gesprochen wurde, wie wichtig es sei, in einer Prothese angenehme Gefühle, wie „das Gefühl der Wärme“, „der Kühle“ oder „des Ausgeruhtheits“, zu haben (vgl. Erickson & Rossi, 1981a, S.147).

Mit diesen Beispielen bot Erickson dem Mann Möglichkeiten verschiedener Empfindungen an, die jener anstelle der Phantomschmerzen spüren könnte. Er offerierte ihm mehrere Möglichkeiten, ohne dabei einer den Vorzug zu geben („open ended“). Das Unbewusste kann daraufhin selber aus den eigenen vorhandenen Ressourcen die beste Lösung wählen.

3.1.4.3 Sprachmuster der Hypnotherapie

Sprachmuster des Milton-Modells nach Bandler und Grinder sind auch im Alltag beobachtbar. Werbung und Politikerreden enthalten beispielsweise häufig „Nominalisierungen“. Dies sind Hauptwörter die per se einen Prozess darstellen und im Gegensatz zu Substantiven, wie Auto, Blume, Mensch etc., nicht angefasst werden können. Liebe, Freude, Glück, Harmonie, Freiheit, Erfolg usw. sind Nominalisierungen. Sie sind unpräzise und in ihrer Bedeutung sehr von der Erfahrung ihres Zuhörers abhängig. Sie regen Suchprozesse an, erzeugen teilweise eine Konfusion und erhöhen dadurch die Suggestibilität. „Niemand kann so lieben, wie du liebst“, stellt ein Beispiel für eine Nominalisierung dar. (Vgl. NLP- Ausbildungsinstitut Kassel).

Im Rahmen einer Arzt-Patienten-Beziehung ist „Hypnotisch vertiefte Kommunikation“ von großem Nutzen. Indirekte Suggestionen und Sprachmuster können bei jeder Begegnung mit dem Patienten eingesetzt werden. Ihr adäquater Einsatz eignet sich beispielsweise zur Steigerung der Compliance des Patienten oder auch zur Befreiung von Ängsten etc. Mit vagen Aussagen oder Vergleichen wird der Patient dazu angehalten die unvollständige Struktur des Gesagten selber zu ergänzen.

Ein weiteres Beispiel ist die Anwendung halber Sätze wie „Es ist eine Freude...“ oder „Zu rauchen aufhören, naja, ...“. Sie ergeben an sich selbst keinen Sinn, aber der Patient wird damit aufgefordert den eigentlichen Inhalt zu suchen und einzufügen. (Vgl. Revenstorf & Freund, 2001).

Zum Auslösen von Suchprozessen auf unbewusster Ebene verwendete Erickson des Weiteren sehr häufig „Tilgungen“. Sie definieren sich durch Sätze, in denen das Objekt, auf das sich die Aussage bezieht, fehlt. Daraus ergibt sich, dass das Unbewusste diese Leerstelle mit etwas für sich Relevantem füllt. Ein Beispiel dafür lautet: „Vielleicht

verstehst du jetzt ... *(Pause)* ... gleich oder in einer Weile, ... *(Pause)* ... so wie es für dich angenehm ist,...genau.“ (Näheres dazu siehe Kapitel Fallbeispiele.)

3.1.5 Trance

Trance, lat. „transitus“ (Übergang, Entrückung), ist ein Bewusstseinszustand, bei dem die Aufmerksamkeit von außen nach innen gelenkt ist. Die Aufmerksamkeit ist fokussiert und gegenüber dem gewöhnlichen Wachbewusstsein in gesteigertem Maße der inneren Erlebniswelt zugewandt. Ein Trancezustand kann sich spontan und unbeabsichtigt einstellen und kann verschiedene Tiefengrade erreichen: Alltagstrance z.B. beim vollkommen „in Gedanken Versunkensein“. Um einige Beispiele zu nennen: Man liest die Seite eines Buches und am Ende bemerkt man, dass man keine Ahnung hat, was man soeben gelesen hat. Eine andere Form davon ist die „Fernsehrance“: Man ist dermaßen in einen Film vertieft, dass man ein von außen Angesprochenwerden nicht wahr nimmt. Die Aufmerksamkeit ist dabei nach innen fokussiert, auf Gedanken, Erinnerungen, Bilder und dergleichen. Marathonläufer laufen sich in Trance. Dieser Zustand wird oft als „flow“ bezeichnet und widerspiegelt das Gefühl des „völligen Aufgehens“ in einer Tätigkeit. Mit den Synonymen „Schaffensrausch“ oder „Tätigkeitsrausch“ wird der Gefühlszustand ins Deutsche übersetzt. Ferner findet man in der Literatur Umschreibungen wie „leichtfüßiges, wie ferngesteuertes Dahinschweben“ und „innere Gelassenheit“, die dem Zustand Expression verleihen (vgl. Gasser, 2001). Ursprünglich stammt die Bezeichnung aus dem Sport. Der Begriff „flow“ definiert die Balance beziehungsweise das harmonische Zusammenspiel von Körper und Geist, welches sich in einem speziellen Bereich einer Aktivitätsanforderung, - zwischen Über- und Unterforderung, einstellt. Messungen zufolge befinden sich Herzschlag, Atmung und Blutdruck in jenem Moment in idealer Synchronisation. „Flow-Erlebnisse“ können außer im Sport auch bei anderen Tätigkeiten, beispielsweise beim Tanzen, Musizieren oder Computer Spielen, entstehen. (Vgl. Wikipedia, 2008).

Tatsächlich findet man Trancezustände in vielen Alltagssituationen. Trance bedeutet nicht automatisch Entspannung, wie oft fälschlicherweise angenommen wird.

Trance kann auch absichtlich herbeigeführt werden. Man spricht von der induzierten Trance als selbst- oder fremdinduziert. Beide entstehen durch die psychische Leistung

des Probanden. Es können dabei auch sinnvolle komplexe Handlungsabläufe stattfinden, wobei diese von unbewussten, unwillkürlichen Impulsen gelenkt werden. (Vgl. Böles, 1995).

Alle diese verschiedenen Trancezustände haben etwas gemeinsam: sie basieren auf „fokussierter Aufmerksamkeit“.

3.1.6 Hypnoid

Das Hypnoid ist eine leichte Form von Trance und wird im Alltag öfter erfahren, beispielsweise während eines normalen Gesprächs. Es handelt sich dabei um eine Teilfokussierung der Aufmerksamkeit und um Vorstellungen, die dem Bewusstsein entzogen sind.

3.2 Charakteristika hypnotischer Trance

3.2.1 Neurophysiologische Korrelate

Der hypnotische Zustand ist nicht mit einem Schlafzustand gleichzusetzen. Ergebnisse aus Untersuchungen mit dem EEG zeigen, dass sich im entspannten Wachzustand der Hypnose eine vermehrte Alpha-Wellen Aktivität findet, während Schlaf durch das Auftreten von Delta- und Theta-Wellen gekennzeichnet ist.

Williams und Gruzelier (2001) beobachteten einen Anstieg der Alpha-Aktivität bei hochsuggestiblen Personen und eine Verminderung der Aktivität bei niedrigsuggestiblen Personen während Hypnose. Die Zu- und Abnahme der Alpha-Wellen Aktivität reflektiert die Tiefe des Trancezustandes und die Suggestibilität. Tambiev und Medvedev (2005) verglichen die Hirnaktivität der Aufmerksamkeitsfokussierung in Hypnose und im Wachzustand und beschrieben eine reduzierte Hirnaktivität im frontalen Kortex und einen Anstieg der Aktivierung im okzipitalen und im rechten temporalen Kortex unter Hypnose. Untersuchungsergebnisse von Konradt et al. (2004) zeigten, dass Personen mit hoher Imaginationsfähigkeit eine höhere okzipitale Alpha-Aktivität und eine geringere okzipitale Theta-Aktivität in Hypnose aufweisen als jene Personen mit niedriger Imaginationsfähigkeit. Diese neurophysiologischen Korrelate lassen mutmaßen, dass eine Beziehung zwischen

Suggestibilität, Imagination und dem Erleben eines Trancezustandes und in weiterer Folge auch der Wirksamkeit der Hypnosetherapie besteht.

Crawford et al. (1997) beobachteten bei Probanden mit hypnotischer Analgesie eine verminderte Schmerzwahrnehmung, begleitet von Veränderungen der somatosensibel evozierten Potenziale in bestimmten Kortexarealen.

In PET-Untersuchungen konnte eine Zunahme der Hirndurchblutung in bestimmten Hirnarealen, wie etwa im anterioren zingulären Kortex, im frontalen Kortex, im okzipitalen Kortex und im Hirnstamm festgestellt werden. Es wird vermutet, dass eine Zunahme der Aktivität im Okzipitalbereich unter Hypnose, auf der Imagination von visuellen Vorstellungen beruht. Demzufolge erscheint es aus neurobiologischer Sicht sinnvoll, Metaphern und Suggestionen in die Hypnotherapie mit einzubeziehen. (Vgl. Rainville et al., 2002).

3.2.2 Vegetative Veränderungen

Folgende vegetative Phänomene können nach Revenstorf & Prudlo (1993b) in hypnotischer Trance beobachtet werden: Vasodilatation, mit einem konsekutiven Gefühl von Wärme, Vasokonstriktion, begleitet von einem subjektiven Gefühl der Kälte, Senkung von Herzschlag und Blutdruck, Levitation, Katalepsie sowie Immobilität infolge einer Verringerung des Muskeltonus.

Im Trancezustand wird die Atmung langsam und regelmäßig, Blink und Schluckreflexe nehmen ab, die Ansprechbarkeit des Patienten wird vermindert. In den meisten Fällen kann ein Lidschluss oder eine Defokussierung der Augen beobachtet werden. Ideomotorische Reaktionen, siehe Chevreul'scher Pendelversuch, können auftreten.

Bei Durchführung einer Entspannungshypnose überwiegt ein ruheähnlicher Zustand. Durch Hypnose kann aber auch eine Beschleunigung der Atmung und des Herzschlages hervorgerufen werden. Der Trancezustand unterliegt einer inneren Plastizität:

Die Vorstellung von bestimmten Bildern oder Vorgängen in Trance kann physiologische Veränderungen, wie zum Beispiel Erweiterung oder Verengung von Blutgefäßen, oder Veränderung der Aktivität des Immun- und des Hormonsystems

bewirken. Geist und Körper bilden eine Einheit. Unsere Imagination kann unsere somatischen Vorgänge beeinflussen, sofern wir ein überzeugendes Bild der jeweiligen körperlichen Prozesse haben. Auf diesem Prinzip der Verbindung von mentalen und somatischen Prozessen beruht auch die Ideomotorik (siehe Kapitel Atemübung und ideomotorische Bahnung). Revenstorf (2001) nennt als Beispiel die Wundmale von Stigmatisierten. Diese befinden sich immer in der Mitte der Hand, genau in der Form, wie es auf den zeitgenössischen Gemälden dargestellt ist.

Ein weiteres Beispiel stellt die beobachtete Wirkung hypnotischer Suggestionen des Rauchens bei einem Raucher dar: Dieser reagierte mit Vasokonstriktion und einem damit einhergehenden Anstieg des Blutdrucks, Zunahme der Herz- und Sinken der Atemfrequenz. (Vgl. Kossak, 1997). Der Konditionierungsaspekt spielt hierbei eine wesentliche Rolle. An diesem Beispiel kann man erkennen, wie sehr physiologische Abläufe mit Suggestion, Imagination und Kognition verbunden sind. Zusammenfassend spricht man von der „psychosomatischen Plastizität“ des Trancezustandes.

3.2.3 Endokrinologische und Immunologische Veränderungen

Katecholamine und Kortisol werden nach Hypnose vermindert ausgeschüttet. Dies begünstigt eine Zunahme der Leukozytenadhäsion am Gefäßendothel. (Vgl. Bongartz, 1996). Von Veränderungen der Immunkompetenz, unter anderem einem IgA-Anstieg nach Suggestion, wurde von Hewson-Bower und Drummond (1996) berichtet. Hypnose beeinflusst auch allergische Reaktionen und Veränderungen auf der Haut. Stewart und Thomas (1995) beschrieben eine Reduktion der Symptomatik bei Personen mit atopischer Dermatitis unter der Anwendung von Hypnotherapie. Juckreiz und Kratzeffekte, Schlafstörungen und Anspannung konnten deutlich reduziert werden.

Klinische Studien zeigen, dass unter dem Einsatz von Hypnotherapie Krankheitsverlauf und Symptomatik diverser Leiden, wie etwa Hauterkrankungen, Asthma oder Virusinfektionen, positiv beeinflusst werden können. Zahlreiche Fakten und Untersuchungen der letzten Jahre belegen, dass Immunsystem und zentrales Nervensystem miteinander interagieren. Torem (2007) beschreibt Möglichkeiten, wie man das Immunsystem und Störungen desselben mit Hypnose therapeutisch beeinflussen kann.

3.2.4 Subjektive Wahrnehmung

Subjektiv wird in einem hypnotischen Trancezustand körperliche Entspannung, bei gleichzeitig geistiger Wachheit im Sinne von lebhaften Vorstellungen wie Imagination und Halluzination, beschrieben. Überdies werden häufig eine Verminderung der äußeren Wahrnehmung (Tunnelvision), Entfremdungsempfinden vom eigenen Körper, Zeitverzerrung (die erlebte Zeit wird meist als um 50% verkürzt empfunden), Gleichgültigkeit oder Amüsiertheit und Amnesie für Tranceinhalte angegeben.

3.2.5 Trancephänomene

Im Zustand der Hypnose können verschiedene Besonderheiten auftreten und zu therapeutischen Zwecken genutzt werden. Es erfolgt ein Überblick über Trancephänomene in Anlehnung an Derra (2006):

3.2.5.1 Sensorische Phänomene

Zu den Trancephänomenen auf sensorischer Ebene zählen ein verändertes Körperempfinden, erhöhte Imaginationsfähigkeit, positive und negative Halluzinationen, Analgesie, Anästhesie und Hyperästhesie.

Von negativer Halluzination spricht man, wenn etwas objektiv Vorhandenes aus der Wahrnehmung ausgeblendet wird. Um ein Beispiel zu nennen: Man sieht sich die Nachrichten an und hört aufgrund dieser Konzentration das Telefon nicht läuten. Trancephänomene werden therapeutisch genutzt, beispielweise im Bereich der Analgesie. Eine mittels Hypnose erzeugte Schmerzunempfindlichkeit ist mit einer negativen kinästhetischen Halluzination gleichzusetzen. Positive und negative Halluzinationen können im Bereich aller Sinneswahrnehmungen entstehen. (Vgl. Trenkle, 2001).

In Bezug auf das Erzielen einer Veränderung von „sensorisch-perzeptiven Funktionen“, erzählte Erickson während einer seiner hypnotherapeutischen Sitzungen mit einem Ehepaar (der Mann litt an Phantomschmerzen, die Frau klagte über Ohrensausen) eine Geschichte aus seiner Studentenzeit, in der er als junger Student im Sommer an einer

Kesselfabrik vorbeikam. Weil er wissen wollte wo der starke Lärm herkam betrat er das Gelände. In der Fabrik sah er, dass trotz des Getöses der Pressluftschlämmer die Arbeiter miteinander redeten. Ihnen schien der Lärm nichts auszumachen. Erickson hingegen hörte außer dem Lärm gar nichts. Er konnte keine Stimmen vernehmen und registrierte auch nur die Lippenbewegungen, als der Vorarbeiter mit ihm sprach. Sehr wohl aber hörte der Vorarbeiter, was Erickson zu ihm sagte. Erickson bat den Vorarbeiter mit ihm nach draußen zu gehen und erklärte ihm, dass er Medizinstudent sei und gerne zu Studienzwecken eine Nacht in der Kesselfabrik schlafen würde, was ihm auch gewährt wurde. In dieser Nacht, so erklärte Erickson dem Ehepaar, hatte er im Schlaf den starken Lärmpegel der vielen Pressluftschlämmer ausgeblendet, sodass er am Morgen die Stimmen der Arbeiter hören konnte. Er wusste nun, dass es möglich war, „nur bestimmte Geräusche hören zu lernen, wenn man seine Ohren entsprechend darauf einstellt.“ (zit. nach Erickson & Rossi, 1981a, S. 140). Und er sagte daraufhin zu der Frau, dass sie wohl ein Klingen in ihren Ohren hören würde, aber nicht daran gedacht hätte, die Ohren so einzustellen, dass sie das Klingen nicht hören würde. (Vgl. Erickson & Rossi, 1981a, S. 140).

3.2.5.2 Kognitive Phänomene

Kognitive Phänomene kommen in Form von Zeitverzerrung, Trancelogik, Dissoziation, Hyperamnesie, Amnesie, Altersregression, Progression, posthypnotische Suggestion und dergleichen zum Ausdruck.

Unter dem Begriff „Altersregression“ versteht man jene Prozesse, die Erinnerungen an frühere Zeiten wachrufen und in denen sich die Empfindung und Wahrnehmung den Zuständen früherer Lebensphasen nähern. Weitzenhoffer (1953) unterscheidet drei Typen der Altersregression:

Typ I: Der Erwachsene versetzt sich im Sinne eines Rollenspieles aufgrund von Imaginationen und Erinnerungen in eine frühere Lebensphase und agiert auch dementsprechend.

Typ II: Der Erwachsene erlebt eine tatsächliche psychophysiologische Wiederkehr eines früheren Alters.

Typ III: Diese Form der Altersregression stellt eine Kombination aus Typ I und Typ II dar.

Bei Personen, die im Zustand der Altersregression Texte verfassten, wurde beobachtet, dass diese mit kindlicher Schrift schrieben, jedoch ohne dabei die für die entsprechende Altersstufe typischen Schreibfehler zu machen. Ähnliche Beobachtungen gelten auch für das Malen von Bildern. (Vgl. Kossak, 1997).

Die Indikation zum Herbeiführen von „Altersregression“ liegt vorwiegend im klinischen und forensischen Bereich. Emotional belastende und bedrohende Erlebnisse aus der Vergangenheit können gezielt in Erinnerung gerufen und aufgearbeitet werden. (Vgl. LeCron, 1982).

Das Erleben von „Altersprogression“ eignet sich zur Entscheidungsfindung in Situationen, in welchen Personen aufgrund von Denkblockaden nicht in der Lage sind, Lösungsstrategien für Probleme zu erarbeiten. Mit Hilfe der Hypnose können sie sich in die jeweilige Situation begeben, welche aus der Entscheidung mitsamt ihren Konsequenzen resultieren würde. Auf diese Art können vorhandene Befürchtungen und Ängste erkannt und Vorgehensweisen zur Überwindung von möglichen Hindernissen entwickelt werden. Kossak (1997) erwähnt als Beispiel den Einsatz der Progressionsmethode bei Beziehungsproblemen. Trägt sich ein Partner mit dem Gedanken der Trennung, so kann er sich vorab die möglichen Konsequenzen einer Trennung vergegenwärtigen und sich dadurch seiner emotionalen Bedürfnisse bewusst werden.

Das Phänomen der „Zeitverzerrung“ kann sehr häufig bei Probanden in Hypnose beobachtet werden. Dabei kommt es zu einer Veränderung der Zeitwahrnehmung. Von Zeitschrumpfung spricht man, wenn die Zeit subjektiv betrachtet schneller vergeht als es objektiv gemessen der Fall ist. Umgekehrt spricht man von Zeitdehnung, wenn die subjektiv empfundene Zeit langsam abläuft und ein kurzer Zeitraum als sehr lang erlebt wird. Hypnotische Zeitverzerrung kann sinnvoll eingesetzt werden um diverse Störungen zu beseitigen. Ihr Einsatz eignet sich unter anderem zur Schmerzkontrolle, zur Reduktion von Übergewicht, Alkoholismus und Lernproblemen sowie zur Leistungssteigerung im Sport. (Vgl. Hilgard & Hilgard, 1975).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Hypnosetherapie ist die „posthypnotische Suggestion“. Während der Hypnose wird eine Instruktion gegeben, die nach der

Hypnose ausgeführt werden soll. Der posthypnotische Auftrag kann sich auf das Verhalten (die Person soll nach der Hypnose ein bestimmtes Verhalten zeigen), auf Amnesie (diverse Inhalte der Hypnose sollen vergessen werden) oder Veränderungen in der Wahrnehmung (die Person soll bestimmte Empfindungen haben oder gewisse Dinge sollen nicht mehr wahrgenommen werden), beziehen und eignet sich unter anderem zur Raucherentwöhnung, Alkohol- und Drogentherapie, Gewichtsabnahme, zum Selbstbewusstseinstraining und zur Bekämpfung von Phobien. Posthypnotische Aufträge eignen sich für jene Personen, bei denen eine Selbstkontrolle des Verhaltens angezeigt ist. (Vgl. Kossak, 1997).

Orne (1959) war der Ansicht, dass tief hypnotisierte Personen eine „Trancelogik“ besitzen. Infolge der Instruktion „Sie sehen nur die weiße Wand“ umgeht ein Proband im Trancezustand einen Sessel, der vor der Wand steht. Ein Simulant hingegen stößt gegen den Sessel, weil er glaubt ihn nicht gesehen haben zu dürfen.

3.2.5.3 Motorische Phänomene

Motorische Phänomene imponieren in Form von Immobilität, Katalepsie, Levitation, Ideomotorik, wächserne Biegsamkeit (*flexibilitas cerea*) und ähnlichem. Die Willkürmotorik wird dabei hypnotisch beeinflusst. Beim Phänomen der Ideomotorik bewirkt die lebhafteste Vorstellung einer Bewegung die automatische Ausführung derselben (vgl. Dorsch, 2003). Näheres dazu siehe Kapitel „Atemübung und ideomotorische Bahnung“.

Unter dem Begriff „Katalepsie“ versteht man eine Muskelsteifigkeit infolge einer entsprechenden Suggestion. Die Person ist nicht in der Lage durch eigene Anstrengung und Muskelkraft den betroffenen Körperteil zu bewegen, solange, bis die Instruktion aufgehoben wird. Der „Augen-Katalepsie-Test“ eignet sich zur Prüfung von Suggestibilität und zur Induktion von Hypnose. Zur Durchführung des Tests werden die Augen geschlossen und die Augäpfel nach oben gerollt. Es fühlt sich an als wären die Augenlider fest miteinander verklebt. Während man nach oben schaut, gelingt es nicht, die Augen zu öffnen. Richtet man den Blick wieder ganz locker nach vorn, so können die Augen ganz einfach geöffnet werden. Das Öffnen der Augenlider ist bei hoch gerollten Augen aus anatomischen Gründen nicht möglich. Dieser Test eignet sich für

ängstliche und ablehnende Personen. Die Versuchsperson kann ihn im Eigenversuch testen und dabei erkennen, dass für das Gelingen von Hypnose eine Kooperation zwischen Hypnotiseur und Patient notwendig ist und hypnotische Phänomene nicht auf eine Willensbeeinflussung von Seiten des Hypnotiseurs zurückzuführen sind. (Vgl. Orne, 1959; Kossak, 1997).

Der Zustand der „wächsernen Biegsamkeit“ wird ebenso mit Hilfe von Suggestionen erzeugt. Die Versuchsperson wird mittels hypnotischer Instruktionen in eine beliebige Körperhaltung gebracht und verharrt anschließend vorübergehend unbeweglich in dieser Position. Das Phänomen der „Levitation“ wird häufig zur Induktion der Hypnose und zum Vertiefen eines Entspannungszustandes verwendet. Infolge von entsprechenden Suggestionen hebt sich bei der „Armlevitation“ der Arm der Versuchsperson. Diese empfindet das Heben oder „Schweben“ des Armes als unwillkürliche Bewegung. Das Vorstellungsvermögen des Probanden und besonders zielorientierte Instruktionen (wie zum Beispiel „ein an der Hand befestigter Ballon hebt den Arm in die Höhe“) spielen hierbei eine wesentliche Rolle. (Vgl. Fredericks, 2001).

3.3 Anwendungsgebiete von Hypnose in der Medizin

Die Einschränkung des bewussten Denkens im Rahmen der Hypnose ermöglicht den direkten Zugang zum Unbewussten und bietet die Gelegenheit einer therapeutischen Einflussnahme auf unwillkürlich gesteuerte Vorgänge.

Im Allgemeinen dient der Einsatz von Hypnose in der Medizin der Aktivierung eigener Ressourcen und dem Herbeiführen von Veränderungen im Individuum. Somatische, somatopsychische und psychosomatische Störungen werden abgeschwächt, vorzugsweise mit nachhaltigem Effekt, oder - wenn möglich - beseitigt.

Viele Erkrankungen resultieren aus Stress und alltäglichen Belastungen wie Hektik am Arbeitsplatz, Problemen in der Partnerschaft, frühkindlichen Traumata, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, etc. Zu den typisch psychosomatischen Beschwerden zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magengeschwüre usw. Störungen wie diese

stellen oftmals eine starke psychische Belastung für Patienten dar und eine Verstärkung der Symptome durch Stress und emotionale Konflikte ist häufig zu beobachten.

Der Trancezustand fördert Entspannung und Erholung und führt infolgedessen zur Stressreduktion und einer Verminderung beziehungsweise Prävention der Symptomatik. Änderungen im Verhalten und der Einstellung können mit Hilfe von Hypnose suggeriert werden und Heilungsprozesse fördern. Erwähnt sei an dieser Stelle die „Verhaltenstherapie“. Als Verhaltenstherapie bezeichnet man ein „auf empirischer Psychologie basierendes Verfahren der Psychotherapie, bei dem Verhalten und Erleben durch störungsspezifische und störungsübergreifende Verfahren konkret und operationalisiert modifiziert werden. Nach Störungsdiagnostik und individueller Verhaltens- bzw. Problemanalyse setzt die Verhaltenstherapie an prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Störungsbedingungen an.“ (Zit. nach Psyhyrembel online Klinisches Wörterbuch, 2007). Bei manifesten Störungen kann Hypnose als adjuvante Therapieform zur Prophylaxe sekundärer, insbesondere depressiver psychopathologischer Erkrankungen eingesetzt werden.

Die Anwendung von Hypnose als Entspannungsverfahren resultiert in einer verbesserten Selbstwahrnehmung und einem optimierten Körperempfinden und hat daher in vielen Disziplinen, unter anderem im Sport zur Leistungssteigerung, Einzug gefunden. Therapeutisch wird Hypnose sowohl im ärztlichen Bereich als auch in der Psychotherapie zur Behandlung von Ängsten, Depressionen und Zwängen eingesetzt. (Vgl. Schüßler et al., 2005).

In Metaanalysen wird versucht, die Wirksamkeit der Hypnose für spezielle Indikationen aufzuzeigen. (Vgl. Bongartz et al., 2002). Schmerzkontrolle beziehungsweise hypnotische Analgesie bei medizinischen Interventionen stellen ein weiteres wichtiges Anwendungsgebiet ärztlicher Hypnose dar. Es besteht die Möglichkeit, Hypnose als alleiniges Anästhesieverfahren für kleinere operative Eingriffe anzuwenden, viel häufiger wird sie aber zur Sedierung bei gleichzeitiger Regional- oder Lokalanästhesie genutzt. (Vgl. Montgomery et al., 2000 und 2002).

3.3.1 Beispiele für die Anwendung von Hypnose in der Medizin

Das medizinische Spektrum, in welchem objektive, evidenzbasierte ärztliche Hypnose zur Anwendung kommt, ist groß. Im Folgenden möchte ich einen groben Überblick geben und in Anlehnung an Schulz- Stübner (2007) einige Beispiele nennen:

- Dermatologie: Warzen, Psoriasis, atopische Dermatitis u.a.
- Gynäkologie: Dysmenorrhö, Infertilität, Geburtsvorbereitung u.a.
- Innere Medizin: Asthma, Reizdarmsyndrom, Koronare Herzkrankheit, Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, Alkoholismus u.a.
- Neurologie: Kopfschmerz, Schlafstörungen, Multiple Sklerose und neurodegenerative Erkrankungen, neurologische Rehabilitation.
- Orthopädie: Chronischer Rückenschmerz, rheumatoide Arthritis, Fibromyalgie u.a.
- Pädiatrie: Schmerztherapie, Enuresis und Schlafstörungen.
- Zahnmedizin: Schmerzreduktion, Entspannung und Angstabbau, Kontrolle von Blutungen, Brechreiz abschwächen u.a.

Hypnose bietet Unterstützung im Umgang mit Ängsten, zum Beispiel präoperative Angstbewältigung, und hat sich ebenso in der Therapie von Schlafstörungen, Suchtverhalten, Übelkeit und Erbrechen als Nebenwirkung bei Chemotherapie, Allergien, Eß- und Verdauungsstörungen, Sexualstörungen etc. bewährt.

3.3.2 Zahnärztliche Hypnose

Die Anwendung von Hypnose hat sich besonders auch im zahnärztlichen Bereich zur Analgesie und Angstminderung etabliert. (Vgl. DGZH). Der Großteil der Bevölkerung blickt einem bevorstehenden Zahnarztbesuch ängstlich entgegen (vgl. Gerschman, 1988; Peretz, 1996). Die meist ablehnende Haltung von Seiten der Patienten wirkt sich negativ auf die Kooperation zwischen Arzt und Patienten aus. Die Furcht vor dem Schmerzerleben spielt dabei eine zentrale Rolle und ist der Hauptgrund dafür, weshalb viele Patienten die Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt generell meiden (vgl. Shaw & Niven, 1996). Kleinkinder fürchten sich im Allgemeinen vor dem ersten Zahnarztbesuch nicht. Erfahren sie allerdings während den ersten Behandlungen

Schmerzerlebnisse, so entwickeln sie ein Angstgefühl gegenüber den nächsten Zahnarztbesuchen, welches sich im Zuge der weiteren schmerzhaften Interventionen im Sinne eines „Lernvorganges“ mehr und mehr verstärkt. In der zahnärztlichen Hypnose wird häufig versucht, den Patienten mit beruhigendem Sprechen und Entspannungsmusik in einen hypnotischen Trancezustand zu führen. Zur Einleitung der Hypnose eignet sich auch die „Lidschlusstechnik“, bei welcher der Patient ein beliebiges Objekt mit den Augen fokussieren und sich punktuell darauf konzentrieren soll, bis sich die Augen schließen. Mit Suggestionen wird dieser Zustand vertieft. Bei der Methode der „Doppelinduktion“ reden Zahnarzt und Assistent/-in miteinander, jedoch sprechen sie von unterschiedlichen Dingen. Der Patient versucht dem Gespräch zu folgen, wird dadurch konfus und begibt sich in einen Trancezustand. Ein gängiges Verfahren stellt auch die „Handschuhanästhesie“ dar. Dabei soll der Patient seine gesamte Konzentration auf eine Hand lenken. Nach einiger Zeit suggeriert man ihm, dass sich das Gefühl von Taubheit und Kälte wie ein Handschuh über seine Hand ausbreitet und schließlich auch auf den Mund und Kieferbereich übertragen wird. Zahnärztliche Hypnose bietet viele Vorteile für Arzt und Patient. Die fachmännische Anwendung resultiert unter anderem in einem ruhigeren Behandlungsablauf und einem gesteigerten Wohlbefinden für den Patienten.

Aufgrund des reduzierten Bedarfs an chemischen Anästhetika funktioniert die Wundheilung schneller und es gibt weniger Nachbeschwerden, Nachblutungen und Schwellungen. Die Patienten vergessen die Eindrücke des Eingriffes recht schnell und entwickeln daher weniger oder kein Angstgefühl hinsichtlich weiterer Behandlungen. (Vgl. Schütz, 2007).

3.3.3 Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, fortgeschrittene Demenz, schwere depressive Zustände und Einfluss von Alkohol oder psychotropen Substanzen stellen Kontraindikationen für die Anwendung von Hypnose dar. Im Falle von paranoiden Halluzinationen sowie einer fehlenden Compliance des Patienten ist von der therapeutischen Anwendung mit Hypnose abzuraten. (Vgl. Kossak, 1997).

Zu den Nebenwirkungen zählen Kopfschmerzen, emotionale Verwirrung und psychotische Dekompensation. Diese werden selten beschrieben. (Vgl. MacHovec, 1986).

3.3.4 Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit

3.3.4.1 Tests zur Bestimmung der Suggestibilität

Es existieren validierte, standardisierte Tests zur Bestimmung der Suggestibilität. Zu ihnen zählen unter anderem die Stanford Hypnotic Susceptibility Scale (SHSS; vgl. Weitzenhoffer & Hilgard, 1959 und 1962) und die Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS; vgl. Shor & Orne, 1962). Diese Suggestibilitätstests sind für die Routineanwendung wenig geeignet, da ihre Durchführung sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Für kontrollierte Studien sind sie dennoch sehr hilfreich.

In der klinischen Anwendung sind Kurztests von Nutzen, wie zum Beispiel die Barber Suggestibility Scale (BSS; vgl. Barber, 1965). 1970 wurde das Hypnotic Induction Profile (HIP) von Spiegel vorgestellt (vgl. Spiegel & Bridger, 1970). Diese Tests beinhalten eine Anzahl von Suggestionen, die nach der Einleitung der Hypnose gegeben werden. Die Ausführung der Suggestionen wird mit Punkten bewertet und gilt als Maß für die Hypnotisierbarkeit.

3.3.4.2 Einfluss geistiger Fähigkeiten auf die Hypnotisierbarkeit

Zu den Fähigkeiten, welche die Hypnotisierbarkeit begünstigen, zählt unter anderem die „Absorptionsfähigkeit“. Es wurde mehrfach bestätigt, dass die vollkommene Konzentration auf eine imaginative Aktivität in enger Beziehung zur Suggestibilität steht. (Vgl. Spanos & McPeake, 1975). Die Absorptionsfähigkeit beinhaltet die Fähigkeit, Aufmerksamkeit nach innen zu fokussieren, sowie Konzentrationsfähigkeit, optische und musikalische Imagination und dergleichen. Kreativität, ein gutes Vorstellungsvermögen und die Fähigkeit, den gewohnten Bezugsrahmen zu ändern, zeichnen ebenfalls Personen aus, die Hypnose gut erfahren können. (Vgl. Bongartz & Bongartz, 1992).

3.3.4.3 Einfluss des Alters auf die Hypnotisierbarkeit

Lutgendorf et al. (2007) zeigten in Bezug auf Analgesie anhand von Datenanalysen einer prospektiven, randomisierten Studie, dass Alter für die Hypnotisierbarkeit von Personen nicht von Bedeutung ist. Ältere Personen sind ebenso hypnotisierbar wie jüngere. Die Anwendung hypnotischer Analgesie während invasiver, medizinischer Interventionen ist auch bei Personen im höheren Alter von Nutzen. Lutgendorf und Mitarbeiter verzeichneten bei Patienten mit zunehmendem Alter sogar eine schneller erreichte Schmerzkontrolle mit Hilfe von Hypnose.

3.3.4.4 Verteilung der Hypnotisierbarkeit in der Bevölkerung

Anhand der Hypnosetests hat man erhoben, dass zirka zehn Prozent der Bevölkerung eine hohe Hypnosefähigkeit aufweisen. Demgegenüber werden weitere zehn Prozent als niedrigsuggestibel erachtet. Rund achtzig Prozent der Bevölkerung verfügen über eine mittlere Hypnosefähigkeit. Es wird angenommen, dass eine mittlere Hypnosefähigkeit für klinische Zwecke ausreicht. (Vgl. Bongartz & Bongartz, 1992).

3.4 Hypnose im Bereich Kardiologie

Hypnose kann vor und während Herzkatheteruntersuchungen und kardiologisch interventionellen Eingriffen, zum Herbeiführen von Entspannung und der Angstminderung beim Patienten, durchgeführt werden.

Unter der zusätzlichen Anwendung von ärztlicher Hypnose während einer medizinischen Intervention ist gegenüber den herkömmlichen, pharmakologischen Therapien eine Senkung der sympathischen Aktivität und eine Reduktion der Schmerzwahrnehmung zu erwarten.

3.4.1 Beispiele für mögliche Wirkungen von hypnotischen Suggestionen auf das Gefäßsystem

Casiglia et al. (2006) demonstrierten die Wirkung von hypnotischen Suggestionen auf das Gefäßsystem hochsuggestibler, freiwilliger Probanden. Die Suggestion „Unterarm

im warmen Wasser“ führte zu einer Vasodilatation und steigerte die Durchblutung in diesem Bereich in dem Ausmaß wie es mit realer passiver Erwärmung geschehen würde. Auf die Suggestion „ganzer Körper in warmer Wanne“ reagierten die Probanden mit systemischer Vasodilatation und Abnahme des totalen peripheren Widerstandes. Körpertemperatur, arterieller Blutdruck und Herzfrequenz blieben unverändert. Hingegen wurden bei Hypnose ohne spezifische Suggestionen keine hämodynamischen Veränderungen beobachtet.

2007 testeten Casiglia et al. die Schmerztoleranz und die kardiovaskuläre Reaktion während des Kontakts eines Armes mit Eiswasser bei gesunden Probanden im Wachzustand und unter Hypnose. Zunächst mussten die Probanden im normalen, orientierten Wachzustand die rechte Hand in Eiswasser halten, solange bis der Schmerz tolerierbar wurde. Dasselbe Prozedere wurde im Zustand der Hypnose wiederholt. Subjektives Schmerzempfinden und kardiovaskuläre Parameter wurden kontinuierlich gemessen. Während der „Totale Periphere Widerstand“ im Wachzustand signifikant anstieg, änderte er sich im Zustand der Hypnose nur unbedeutend. Hypnotische Analgesie reduzierte die Schmerzwahrnehmung und die kardiovaskulären Reflexe in diesem Zusammenhang. Casiglia et al. (2007) postulieren, dass unter hypnotischer Analgesie die Sensibilität abnimmt bzw. die Übertragung von Schmerzreizen blockiert wird und Reflexbögen unterdrückt werden.

3.4.2 Beispiel für die Wirkung von Hypnose auf die sympathische Aktivität des Herzens

Baglini et al. (2004) beobachteten, dass es während Perkutaner Transluminärer Coronarer Angioplastie (PTCA) der linken vorderen Koronararterie (LAD) unter der Anwendung von ärztlicher Hypnose nicht zu der erwarteten Zunahme von kardialer sympathischer Aktivität infolge von Ballonerweiterung und myokardialer Ischämie kam. Im Gegensatz dazu wies die Vergleichsgruppe unter Anwendung von alleiniger medikamentöser Sedierung sehr wohl eine Zunahme der kardialen sympathischen Aktivität auf.

3.4.3 Effekte von Hypnose auf die postoperative Anpassung nach Bypass-Operationen

Patienten, die schon einmal einen Herzinfarkt oder eine Bypass-Operation durchgemacht haben, leiden oft unter der Angst und der Furcht vor einem möglichen Rückfall. Mit externer Hypnose können Bewältigungsstrategien erlernt werden, welche im Rahmen der Selbsthypnose angewendet werden können.

Die gute Wirksamkeit von Hypnose als unterstützende Maßnahme bei aortokoronaren Bypass-Operationen konnte Ashton et al. in zwei prospektiven, randomisierten Studien belegen. In der ersten Studie von 1995 erfolgte eine randomisierte Zuteilung der Patienten zu einer Experimentalgruppe (Vorbereitung mittels Hypnose auf die bevorstehende Operation) und einer Kontrollgruppe (Vorbereitung ohne Hypnose auf die bevorstehende Operation). Die Patienten der Experimentalgruppe wurden am Abend vor der Operation mit Hilfe von Hypnose auf den Eingriff vorbereitet. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Patienten in der Hypnosegruppe nach dem Eingriff signifikant entspannter fühlten als die Patienten der Kontrollgruppe. Es konnte auch eine Verbesserung der Gefühlslage in Bezug auf Ängstlichkeit, Depression, Ärger und Ermüdung verzeichnet werden.

In einer darauf folgenden Studie von 1997 untersuchte Ashton et al. dieselbe Zielpopulation, aber diesmal evaluierte er sie über einen längeren Zeitraum, vom Eintritt in das Krankenhaus bis zur Entlassung. Es erfolgte eine randomisierte Zuteilung der Patienten zu einer Experimentalgruppe und einer Kontrollgruppe. Die Patienten der Experimentalgruppe wurden einen Tag vor der aortokoronaren Bypass-Operation mit Hypnose auf den Eingriff vorbereitet. Die Untersuchungsergebnisse der vorhergehenden Studie wurden bestätigt. Patienten der Hypnosegruppe waren postoperativ signifikant entspannter als die der Kontrollgruppe. Es zeigte sich auch, dass diejenigen Patienten der Hypnosegruppe, welche die vorgeschlagene Selbsthypnose-Technik regelmäßig auch nach der Operation durchgeführt hatten, postoperativ signifikant weniger Analgetika benötigten, verglichen mit jenen Patienten der Hypnosegruppe, welche in Bezug auf Selbsthypnose nicht compliant waren.

3.4.4 Hypnotische Analgesie und Anxiolyse

Das Indikationsspektrum hypnotischer Analgesie ist breit. Hypnoanästhesie eignet sich für diagnostische und therapeutische Eingriffe wie Angiographien, Endoskopien, diagnostische und therapeutische Punktionen (vgl. Adams & Stenn, 1992) und auch für Eingriffe wie Biopsien aus Haut, Schleimhaut und dergleichen.

Crawford et al. (1997) konnten während hypnotischer Analgesie bei hochsuggestiblen Versuchspersonen durch Ableitung intrakranieller somatosensorischer ereigniskorrelierter Potenziale (EKP) Veränderungen der Aktivität im anterioren zingulären Kortex und im anterioren temporalen Kortex nachweisen.

1996 beobachteten Lang et al. bei Patienten im hypnotischen Entspannungszustand während interventioneller radiologischer Eingriffe einen geringeren Bedarf an Schmerzmedikation, eine Verminderung der Schmerzwahrnehmung und eine verbesserte hämodynamische Stabilität.

Lang et al. (2000) untersuchten in einer prospektiven, randomisierten Studie die Effekte von Hypnose auf Patienten, welche sich einer perkutanen vaskulären und renalen therapeutischen und diagnostischen Intervention unterzogen. Die Ergebnisse belegten die Wirksamkeit von Hypnose im Rahmen invasiver medizinischer Eingriffe. Schmerz und Angstempfindung sowie die Dauer des medizinischen Eingriffes konnten gegenüber der Vergleichsgruppe (medizinische Intervention ohne zusätzliche Anwendung von Hypnose) deutlich reduziert werden. Es ist auch hervorzuheben, dass sich gegenüber der Vergleichsgruppe die hämodynamische Stabilität der Patienten unter Hypnose signifikant verbesserte.

2006 berichteten Lang et al. von der Möglichkeit, schmerzhaftes Eingriffe bei ambulanten Patienten in Hypnoanästhesie durchzuführen, die Angst der Patienten in großem Ausmaß zu senken und den Bedarf an anxiolytischen und analgetischen Medikamenten zu reduzieren. Es wurde darauf hingewiesen, dass durch den zusätzlichen Einsatz von Hypnose keine Mehrkosten in der Behandlung entstanden sind und dieses Verfahren daher in Bezug auf Angst- und Schmerzkontrolle für ambulante Patienten sehr vorteilhaft erscheint.

3.4.5 Beispiele für Erfolge ärztlicher Hypnose in verschiedensten Bereichen

Im Fachgebiet der plastischen Chirurgie haben Faymonville et al. (1995) herausgefunden, dass, verglichen mit herkömmlicher intravenöser Sedierung, die Kombination von Hypnose mit intravenös verabreichter Sedierung in einer signifikanten Schmerz- und Angstminderung bei den Patienten resultiert. Dies erlaubt intraoperativ eine Reduktion bestimmter Sedativa und führt zu verbesserter Patientenzufriedenheit.

Schulz-Stübner (1996) postuliert Hypnose als eine nebenwirkungsfreie Alternative zur medikamentösen Sedierung bei Regionalanästhesien.

Montgomery et al. (2000 u. 2002) gelang es, in einer Metaanalyse die Wirksamkeit von der zusätzlichen Anwendung von Hypnose bei chirurgischen Patienten aufzuzeigen. Jene Patienten, bei denen zusätzlich Hypnose durchgeführt wurde, erzielten bessere klinische Erfolge als chirurgische Patienten ohne Anwendung von Hypnose.

Butler et al. (2005) berichteten von den positiven Effekten der Hypnose auf Kinder im Zusammenhang mit der Durchführung von Miktionszystourethrographien (VCUG) im Rahmen einer kontrollierten, randomisierten Studie. Eltern gaben an, dass die Kinder unter Hypnose die VCUG bedeutend weniger traumatisch erlebten als bei den zuvor durchgemachten VCUG ohne hypnotischer Intervention. Die Kinder zeigten während der Intervention gegenüber der Vergleichsgruppe bedeutend weniger Abwehrverhalten und Stress-Symptomatik, und medizinisches Personal gab an, dass sich die Durchführung des Vorhabens bei diesen Kindern leichter gestaltete. Die Untersuchung dauerte bei den Kindern in Hypnose in etwa um 14 Minuten kürzer als bei jenen ohne Anwendung von Hypnose.

3.5 Anwendung von ärztlicher Hypnose während Herzkatheteruntersuchungen

3.5.1 Fallbeispiele

Hypnose kann während Herzkatheteruntersuchungen anstelle der herkömmlichen medikamentösen Sedierung verwendet werden (vgl. Schulz-Stübner, 2007). Im folgenden Kapitel möchte ich anhand von fünf Fallbeispielen die Anwendung von „ärztlicher Hypnose“ bei Patienten während der Herzkatheteruntersuchung erläutern und einen Überblick über die Orientierungen, Fertigkeiten und Haltungen geben, derer ein Arzt bedarf, um die optimale Verbindung zwischen Psychologie und Medizin nützlich und sinnvoll in Form von Hypnotherapie in seine Arbeit mit einbeziehen zu können. Die von mir beobachteten und im folgenden Abschnitt illustrierten Untersuchungen wurden im Frühjahr 2007 an der kardiologischen Abteilung der Grazer Universitätsklinik für Innere Medizin durchgeführt. Ich durfte den Untersuchungen beiwohnen, den Arzt in seiner Vorgehensweise beobachten und die Patienten in Gesprächen vor und nach den Eingriffen zu ihrem Befinden, den Empfindungen und Eindrücken befragen.

Die Fallbeispiele orientieren sich an den Hypnosetechniken Ericksons, bei denen das Individuum im Vordergrund steht. Es werden keine starr geformten, direkten Suggestionen angewandt. Vielmehr resultieren der Wortlaut und die Techniken der Hypnose aus der jeweiligen Situation, der Problematik und den Emotionen des Patienten. Die indirekten Suggestionen sind an das Verhalten des Patienten angepasst. Ein starres Konstrukt aus einheitlichen direkten Suggestionen wird vermieden, da Personen in Stresssituationen dafür wenig empfänglich sind und es schnell zum Rapportverlust kommen kann. Vermutlich würde dies beim Patienten eher Nervosität fördern, also das Gegenteil bewirken anstatt Entspannung herbeizuführen. Bewusst erlebt der Patient vor dem geplanten Eingriff Angst und Ungewissheit. Das Ziel der Hypnose besteht darin, dem Patienten die unangenehmen Gefühle und die Wahrnehmung der Umgebung mit deren Geräuschen zu nehmen, indem ein Rapport hergestellt und eine „Ja-Haltung“ erzeugt wird, damit der Patient die Möglichkeit bekommt, sein bewusstes Denken auf innere Prozesse zu lenken, die Aufmerksamkeit auf positive Gedanken und Vorstellungen zu fokussieren und sich in den Zustand einer

tiefen Entspannung und Trance zu begeben, um infolgedessen Angst- und Schmerzempfindungen reduziert oder gar nicht wahrzunehmen, eine eventuelle, subjektiv empfundene Zeitschrumpfung zu erleben und nach dem Erwachen aus der Trance ein posthypnotisches Gefühl der Leichtigkeit und der fortwährenden Entspannung anstelle von Erschöpfung und Unbehagen zu verspüren.

Mit den folgenden fünf Falldemonstrationen möchte ich die Anwendung von „ärztlicher Hypnose“ durch den Arzt (A) bei den Patienten (P) am Beispiel von Herzkatheteruntersuchungen mit Interventionen skizzieren und in Form von beigefügten Kommentaren (K) näher explizieren.

3.5.1.1 Fall 1 „Das Hobby und die drei-Worte-Induktion“

Männlicher Patient, 65 Jahre, von Beruf Pensionist;

Durchgeführte Untersuchung: Koronarangiographie ohne Ventrikeldarstellung

Der Patient liegt am Herzkathetertisch, die arterielle Punktion wird vorbereitet. Während der Arzt den Puls der Femoralarterie tastet, fragt er den Patienten: *Spüren Sie Ihren Puls, wenn ich meine Fingerkuppen auf Ihren Oberschenkel drücke?*

P: Nein, ich spüre gar nichts.

Kommentar: Der Hypnotiseur wollte die Aufmerksamkeit des Patienten auf das Spüren und die Palpation der Arteria femoralis fokussieren. Ein direktes Vorgehen, wie in diesem Beispiel mit Fixationseinleitung, eignet sich in den meisten Fällen sehr gut zur gezielten Schmerzausblendung und Tranceinduktion. Anschließend versucht man, die Umgebung und die Geräusche des Untersuchungsraumes so gut wie möglich in ein hypnotisches Bild zu integrieren.

Man bemerkt sofort, dass der Patient sich nicht auf diese direkte Art der Trance-Einleitung einlässt. Sofort wählt der Hypnotiseur ein anderes Verfahren zur Tranceinduktion im Sinne der Ericksonschen Gesprächstechnik mit Verbalsuggestionen.

Der Arzt beginnt mit einer genauen Erhebung des Umfeldes und der Lebensgewohnheiten des Patienten und fokussiert die Aufmerksamkeit auf den Bezugsrahmen, die diesem entsprechen. Auf die Frage hin, was der Patient in seiner Freizeit gerne unternahme, erzählt der Patient freudig von seinem Motorrad und den Ausflügen mit dem Motorrad und sämtlichen Erlebnissen in diesem Zusammenhang. Ein positiver Rapport zwischen Hypnotisand und Arzt wird hergestellt. Der Hypnotiseur setzt daraufhin die Trance-Induktion mit einer indirekten Form der Suggestion fort.

A: Sind Sie schon ganz entspannt?

P: Ja.

Kommentar: Fragen, welche vom bewussten Denken nicht beantwortet werden können, sind sehr wertvoll als indirekte Formen von Suggestion. Diese Frage impliziert bereits, dass der Patient sich ganz entspannen wird, auch wenn sein Bewusstsein noch nicht genau weiß, wann und auf welche Art das geschehen wird.

Während sich das Bewusstsein des Patienten auf die Bedeutung und eine mögliche Antwort auf diese Frage konzentriert, erforscht das Unbewusste zeitgleich das gesamte Gedächtnis nach adäquaten Reaktionen und setzt die Suche selbst dann noch fort, wenn das bewusste Denken schon eine scheinbar zufrieden stellende Antwort gefunden hat. Fragen dieser Art lösen genau jene unbewussten idiosynkratischen Prozesse aus, welche für das Trance-Verhalten von so großer Relevanz sind.

Auf die arterielle Punktion reagiert der Patient nicht.

A: Und während ich mich jetzt auf Ihre Herzkranzgefäße konzentriere, denken Sie an die Ausflüge mit Ihrem Motorrad.

Kommentar: Der Arzt gewinnt die Aufmerksamkeit des Patienten, indem er auf sein momentanes Verhalten und Erleben eingeht. Die Suggestion einer positiven Vorstellung schafft eine „Ja-Haltung“, welche die Annahme der Tatsache einer medizinischen Intervention erleichtert. Dem Erzeugen einer „Ja-Einstellung“ misst auch Erickson in seinen Fallbeispielen große Bedeutung bei. Die

Kenntnisnahme der gegenwärtigen Realität des Patienten ist sehr wichtig für die Schaffung eines „Yes-Settings“ für alle Suggestionen, die der Therapeut zu verwenden wünscht. (Vgl. Erickson & Rossi, 1981a).

Das bildhafte Vorstellungsvermögen des Patienten ist von großem Nutzen zur Aufrechterhaltung der Trance. Der Patient kann sein Hobby, Motorradfahren, gut imaginieren und erzählt uns begeistert davon. Er fokussiert die Aufmerksamkeit auf das Motorradfahren.

A: Und während ich mir jetzt Ihre Herzkranzgefäße ansehe ... (Pause) ... stellen Sie sich vor ... (Pause) ... wie das so ist ... (Pause) ... am Faaker- See ... (Pause) ... bei den Harleys.

Kommentar: Der Arzt spricht langsam und mit langen Pausen. Man bekommt persönlich den Eindruck, der Patient lässt seine gegenwärtige Situation komplett außer Acht und durchlebt in Form innerer Bilder und mit allen Sinnen die schönsten Augenblicke seines Hobbies. Der Trancezustand wird durch Fragen innerhalb des Bezugsrahmens des Patienten aufrechterhalten und vertieft.

A: Was haben Sie für ein Motorrad? Wie sieht es aus? Hat es einen schwarzen oder einen roten Tank? Wo fahren Sie denn gerne hin?

Kommentar: Der Patient befindet sich in einem Erzählfluss. Er berichtet von den Motorradausflügen, seinen Freunden, seiner Frau, den Enkelkindern und zahlreichen Begebenheiten. Das große Hobby des Patienten wird genutzt indem seine Aufmerksamkeit auf einen wichtigen Aspekt seiner eigenen Persönlichkeit fixiert wird, die zu der inneren Konzentration führt, welche als therapeutische Trance definiert wird. Während der gesamten Intervention bleiben Kontakt und Kommunikation zwischen Arzt und Patient bestehen.

Im Nachgespräch, ungefähr zehn Minuten nach dem Eingriff, gibt der Patient an, während der Untersuchung nichts gespürt zu haben. Er hat die gesamte Situation als sehr angenehm empfunden und es gehe ihm im Moment subjektiv sehr gut. Die Umgebung, der Arzt und die Schwestern wirkten auf ihn angenehm und entspannend.

Er gab an, weder vor noch während der Untersuchung nervös oder aufgeregt gewesen zu sein. (In Gesprächen mit den Patienten unmittelbar vor dem Eingriff berichteten mir diese meist sehr wohl von der Anspannung und Nervosität in Hinblick auf die bevorstehende Untersuchung. In den meisten Fällen kann man diese posthypnotischen Erinnerungsamnesien in mehr oder weniger ausgeprägter Form erkennen.)

Auf meine Frage hin, woran er sich denn in Bezug auf die Untersuchung noch erinnere, antwortete der Patient, dass er sich an den Vorgang nicht genau erinnere, da er die ganze Zeit über an sein Motorrad gedacht hat. Diese Aussage deutet auf das Vorliegen des kognitiven Trancephänomens der „posthypnotischen Erinnerungsamnesie“ und des sensorischen Trancephänomens der „erhöhten Imaginationsfähigkeit“ hin (vgl. Kossak, 1997).

Der Patient berichtete auch, dass ihm das Gespräch mit dem Arzt sehr gut gefallen hat. Die Dauer der Untersuchung hat er als kurz empfunden. Er war überrascht, dass alles so schnell gegangen ist. Er schätzte die Untersuchungszeit auf fünfzehn Minuten. Tatsächlich dauerte sie 39 Minuten. Zeitverzerrung als Trancephänomen lässt sich immer wieder erkennen. (Vgl. St Jean et al., 1982).

3.5.1.2 Fall 2 „Konfusion und kleine Regression“

Männlicher Patient, 77 Jahre

Durchgeführte Untersuchung: Koronarangiographie mit Ventrikeldarstellung.

Therapeutische Intervention: Vordehnung einer LAD-Stenose mit Implantation eines LAD-Stents.

A: Nun sind Sie im Untersuchungszimmer, Sie liegen am Untersuchungstisch, Sie sind neugierig was jetzt geschehen wird und können sich jetzt ganz entspannen.

Kommentar: Mit „Yes-Pacing“ Aussagen gelingt es dem Hypnotiseur der Wahrnehmung und den Werthaltungen des Patienten zu entsprechen und eine „Ja-Einstellung“ zu erzeugen. Die momentane Situation und Verhaltensweise des Patienten wird konkret beschrieben. Auf mehrere „Pacing-Aussagen“ folgt eine Suggestion, die über die Wahrnehmung des Patienten hinausgeht („...und

sie können sich jetzt ganz entspannen“). Die „Ja-Haltung“ unterstützt die Annahme der Suggestion. Im Anschluss an die „Pacing-Aussagen“ folgt die Phase des „Führens“, in welcher der Hypnotiseur nun die von ihm geplanten Absichten einsetzt, mit Rücksichtnahme auf das „Folgen“ des Patienten.

Der Trancezustand wird vertieft, wenn auf mehrere „Pacing-Aussagen“ eine Suggestion folgt. Diese Technik wird als „Pacing & Leading“ bezeichnet.

Während der Arzt den Puls der Femoralarterie tastet, fragt er den Patienten ob dieser seinen Puls spüren kann. Dieser bejaht.

A: Und so, wie Sie diesen Puls vorher nicht gespürt haben, obwohl er immer da war, können manche Menschen eben etwas Spürbares nicht spüren oder etwas nicht Spürbares ... -Pause- ... spüren ... – Pause – ... ja, so ist das mit dem Spüren... So könnte man jetzt die Gelegenheit nützen, diese Stelle nicht mehr nicht zu spüren, jetzt, wo sich ein neues, ein angenehmes Gefühl der Gefühllosigkeit ausbreiten kann... anstelle des Spürens und nicht Spürens...

Kommentar: Erzeugen von Verwirrtheit mit gleichzeitigem Fokussieren der Aufmerksamkeit. Es erfolgt ein Instrumentalisieren der „Notsituation“ des Patienten. Dieser hält sich an alle Anweisungen. Dem Unbewussten bleibt in dieser außergewöhnlichen Situation „nichts anderes übrig“, als dem Ductus des Hypnotiseurs zu folgen.

Mittels gezielter Suggestion projiziert der Hypnotiseur das Gefühl der Schmerzunempfindlichkeit auf die Leistengegend, wo die arterielle Punktion stattfindet.

Als der Einstich erfolgt, meint der Arzt: Sie merken wie es immer tauber wird, - während sich das Mittel immer mehr verteilt... das kann sehr angenehm sein zu wissen, dass man jetzt an dieser Stelle... sehr gut.

Kommentar: Ein Großteil der Wirkung von Hypnose beruht auf Implikation, auch wenn diese von den Hypnotisuren nicht bewusst geplant oder erkannt wird. Entscheidend ist nicht, was der Hypnotiseur sagt, sondern was der Hypnotisand hört. Der Hinweis „...dass man jetzt an dieser Stelle...“ ist eine

offene Formulierung. Unbewusst beginnt ein innerer Prozess der Suche und Schlussfolgerung. Mit dem Kommentar „sehr gut“ erhält das Unbewusste die Bestätigung für diese Vorgänge und für das Taubheitsgefühl.

A: Und während Sie fühlen, wie sich die Taubheit in ihrer Leistengegend ausbreitet, kann es sein, dass Sie sich mehr und mehr entspannen. So wie es für Sie jetzt in Ordnung ist.

Kommentar: Der Patient, der eine Suggestion dieser Art befolgt und sich wie in diesem Falle auf das Gefühl der Taubheit konzentriert, akzeptiert gleichzeitig, ohne sich dessen bewusst zu sein, die Implikation, dass er eine Entspannung erfahren wird.

(Anmerkung: Schließlich meinte auch noch die *Schwester* zum Hypnotiseur: *Wenn Sie jetzt noch länger in dieser Tonlage weiterreden, schlaf ich ein...*)

Bei Verbalsuggestionen ist es wichtig auf den Tonfall zu achten. Der Hypnotiseur spricht ruhig und anschaulich und betont in einer angenehmen Stimmlage die Passagen der Entspannung. Die Sprechgeschwindigkeit ist ruhig-monoton. Wichtig ist, dass der Patient die Suggestionen nicht als Drängen empfindet, sondern als angenehme, freundliche Worte und Vorschläge im Rahmen einer Arzt- Patienten- Kommunikation mit leichter Verwirrtechnik und, aufgrund „offenen Formulierens“ immer die Möglichkeit offen lassend, so oder so zu reagieren.

A: Während die anderen Leute arbeiten, können Sie sich jetzt entspannen.

Kommentar: Diese Aufforderung wird prinzipiell immer gerne angenommen. Dem Patienten wird die gegenwärtige Situation beschrieben. Das vermittelt ihm ein Gefühl der Sicherheit, da ihm bewusst vor Augen geführt wird, dass er im Zentrum der Aufmerksamkeit steht und das Bestmögliche für sein Wohlergehen getan wird. Dies schafft auch eine Akzeptanzhaltung. Andererseits wird die Aufmerksamkeit zunehmend auf Abläufe fokussiert und entfernt sich daher von Ängsten.

Die Patienten sind in Situationen wie dieser, in der sie sich in eine so ungewisse und unbekante Situation begeben, mit Angst, Furcht und Ungewissheit erfüllt. Es hat sich gezeigt, dass Grenzsituationen trancefördernd sind und viele iatrogene Probleme durch das Wahrnehmen unbedachter Bemerkungen in Stresssituationen erworben werden können. In Belastungssituationen reagieren Menschen mit einem spontanen Trancezustand als schützende Reaktion auf Gefahr, ähnlich wie Tiere, die sich auf der Flucht befinden, um dem Feind zu entkommen. Dementsprechend befinden sie sich in belastenden Situationen in einem Zustand erhöhter Suggestibilität. (Vgl. Hausmann, 2003). Während der Koronarangiographie hat der Patient das Bedürfnis, dass etwas geschieht. Die Anerkennung dieses Bedürfnisses und die Bereitschaft etwas gegen den Ursprung desselben zu tun, stellt in se eine Art Suggestion durch den Arzt dar, die den Patienten dazu bewegt, uneingeschränkt zu kooperieren. In diesem Fall wird sein Unbewusstes die Suggestion- „entspannen sie sich“, umsetzen. (Vgl. Erickson & Rossi, 1981a).

A: Es kann sein, dass Ihnen noch der eine oder andere Gedanke durch den Kopf geht, während hier alles wie von alleine abläuft. Sehr gut. Wie im Bilderbuch ... - die Untersuchung läuft ab wie im Bilderbuch.

Kommentar: Mit dem Gedankengang - „alles läuft wie von alleine ab“ - wird eine Assoziation zur hypnotischen Trance hergestellt, welche ebenfalls automatisch oder autonom, ausgelöst durch die unbewussten Vorgänge im Patienten, stattzufinden scheint. Möglicherweise akzeptiert der Patient seine passive Rolle während der Untersuchung auch leichter, wenn diese mit den Überlegungen von autonomen Abläufen verknüpft wird.

Gezielt wird vom Hypnotiseur das Wort „Untersuchung“ verwendet, anstelle von „Eingriff“ oder „Herzkatheter“, da „Untersuchung“ positiver besetzt ist.

Der Vergleich mit dem Bilderbuch versetzt den Patienten in eine Regression. (Vgl. Weitzenhoffer, 1953). Hinter verschlossenen Augen entstehen „Bilder“. Kinder schauen sich Bilderbücher an und wiegen sich in Zufriedenheit, weil sie sich in ihrer Umgebung gut umsorgt fühlen. Sie fühlen sich wohl. Diese Assoziation erfährt auch das Unbewusste des Patienten und öffnet sich. Es nimmt die Situation an. Widerstände werden abgebaut und ein

Vertrauensverhältnis zum Arzt wird hergestellt. Der Hypnotiseur übernimmt im übertragenen Sinn eine Rolle in der Kindheit des Patienten. Gleichzeitig wird dem Patienten bestätigt, dass alles in Ordnung ist und keine Komplikationen zu erwarten sind. Daraufhin fühlen sich Patienten gut versorgt und zunehmend gelassen.

Die Verbindung zum Bilderbuch unterstützt den Prozess, den Fokus der Aufmerksamkeit von außen nach innen umzulenken und den Trancezustand zu vertiefen. Tatsächlich wurde der Patient ganz ruhig.

Im Nachgespräch schilderte mir der Patient, dass er den Eingriff als „angenehm“ empfunden habe und glaube, sogar geschlafen zu haben. Die Eingriffsdauer erschien ihm „gefühlsmäßig“ kurz. Während des Eingriffes wurde ihm ein Kobalt-Chrom-Stent in den anterioren deszendierenden Ast der linken Koronararterie eingesetzt. Schmerz oder Druckempfindungen hat er während der gesamten Untersuchung, laut eigenen Angaben, keine wahrgenommen. Er fühlte sich auch postinterventionell sehr wohl.

3.5.1.3 Fall 3 „Hypnoid des Witzes“

Männlicher Patient, 65 Jahre, Beruf: Pensionist

Durchgeführte Untersuchung: Koronarangiographie ohne Ventrikeldarstellung.

Bei diesem Patienten gestaltete sich der Eingriff technisch sehr schwierig. Der Arzt musste sehr konzentriert arbeiten und wendete daher keine offensichtliche Hypnose in Form einer Gesprächstechnik an. Vielmehr legte er darauf Wert, eine positive Grundstimmung im Raum zu erzeugen, was ihm auch sehr gut gelang, indem er mit der Schwester, (beide sind seit zwanzig Jahren ein eingespieltes Team), scherzte. Der Patient lachte mit.

Denkt man an die Gesundheit der Menschen, so spielt auch der Humor in Bezug auf das Wohlergehen eine große Rolle. Diese Ansicht vertraten auch namhafte Psychotherapeuten im vorigen Jahrhundert, wie Freud und Adler. (Vgl. Bernhardt, 1985). Freud hat den Witz und seine Beziehung zum Unbewussten erörtert (vgl. Freud,

1992). Ein bedeutender Vorreiter auf diesem Gebiet war Viktor Frankl, der den Humor mit der Methode der „paradoxen Intention“ in die Psychotherapie integriert hat. (Vgl. Raskob, 2005). 1976 schreibt Julian Jaynes, dass der Einsatz von Metaphern, Analogien und Gleichnissen das Bewusstsein öffnet, und unbewusste Suchvorgänge auslöst und als Folge dessen die Entstehung neuer Sinnzusammenhänge fördert (vgl. Jaynes, 1976).

Humor als Therapieform wurde auch später von wichtigen Vertretern anderer Therapierichtungen eingesetzt (vgl. Watzlawick et al., 1982) und hat bis in die Gegenwart immer mehr an Bedeutung gewonnen. In Bezug auf Lachen und Humor wurde bereits viel geforscht. Zahlreiche Studien belegen die positiven Auswirkungen von Humor und Lachen auf den Organismus. Lachen stärkt das Immunsystem, fördert die Durchblutung, die Verdauung und den Stressabbau, reduziert die Schmerzwahrnehmung und senkt den Blutdruck. (Vgl. Berk et al., 1989; Berk et al., 2001; McGhee, 1996; Rubinstein, 1985). Titze und Eschenröder (1998) geben einen Überblick über Grundlagen und Anwendungen des therapeutischen Humors. Ruch (1992, 1998, 2006) liefert Hinweise zur Grundlagenforschung und beschreibt eigene Forschungsergebnisse. (Vgl. Hain, 2001).

Auch in den Fallbeispielen Ericksons wird Humor in die Therapie miteinbezogen (vgl. O’Hanlon, 1994). Wichtige Voraussetzungen in der Anwendung von Humor im Gespräch mit dem Patienten sind in jedem Falle Empathie, Echtheit und Wertschätzung (vgl. Rogers, 1973). Der Patient muss sich wohl und angenommen fühlen. Wenn eine kooperative, empathische Grundhaltung zwischen Arzt und Patienten vorliegt, wie es hier bei unserem Patienten der Fall war, ist es möglich, humorvolle Bilder und Gefühle sowie eine angenehme Stimmung zu erzeugen (vgl. Gilligan, 1991).

Erickson weist in seinen Fallsbeispielen sogar darauf hin, dass ein Scherz in einer diffizilen Situation oft hilfreich sein kann, um die gegenwärtige Szene zu unterbrechen und eine Neustrukturierung zu schaffen. Im Fachjargon wird dies oft als „Separator“ bezeichnet. Er erklärt weiters, dass sich Scherze, Metaphern und Wortspiele gut eignen um die Aufmerksamkeit zu binden und Suchprozesse einzuleiten. (Vgl. Erickson & Rossi, 1981a). Diese Suchprozesse lösen im Patienten leichte Trancezustände aus, welche, vom Arzt erkannt, für Suggestionen nutzbar gemacht werden können. Die Konfusionstechnik stellt in diesem Zusammenhang eine geeignete Methode dar, um die

Suggestionen und die Trance noch zu vertiefen (vgl. Erickson, 1964/1995). Humorvolle Phantasien haben weiters auch eine nachhaltige, posthypnotische Wirkung (vgl. Hain, 1993).

Mit Hilfe der Konfusionstechnik wird beim Patienten Verwirrung erzeugt. Dies führt zu einer Veränderung der Bezugsrahmen und verlangt nach einer Neustrukturierung im Sinne einer Modifikation in Richtung auf ein bestehendes Bedürfnis. Die Empfänglichkeit für Suggestionen und die Aufgeschlossenheit des Patienten wird somit gesteigert. (Vgl. Erickson, Rossi & Rossi, 1978). Da die Konzentration einer Person nur auf ein begrenztes Informationsgebiet gelenkt sein kann, nutzt Erickson diese Einengung und führt durch seine Redewendungen Änderungen ein, die auf andere Wahrnehmungsbereiche des Bewusstseins ausgerichtet sind. Konfusionen können durch unterschiedliche Formulierungen oder Handlungen erfolgen. Erickson arbeitete mit Antonymen, Homonymen, Synonymen, Ausführungen, Unterbrechungen, der Echotechnik und ungebräuchlichen Wörtern, um Konfusion zu bewirken (vgl. Otani, 1989).

Eine weitere Möglichkeit in unserem Falle wäre, dass Arzt und Schwester von unterschiedlichen Dingen sprechen und unterschiedliche Geschichten erzählen („Doppelinduktion“). Der Patient versucht den Erzählungen zu folgen, doch es gelingt ihm nicht, einen Zusammenhang herzustellen. Das bewusste Denken erfährt eine Konfusion und es verändert sich die Wahrnehmung des Bezugsrahmens. Ein eingespieltes Team, wie in unserem Falle Arzt und Schwester, ist von großem Nutzen und kann den Patienten gut ablenken. Ist der Arzt sehr konzentriert und momentan nicht in der Lage ein Gespräch mit dem Patienten zu führen, so übernimmt die Schwester die Konversation. Ständiges Reden, Sprechen, Erzählen, möglichst monoton und unter Einbeziehung des Patienten in das Setting sind dabei besonders unterstützend.

Auch dieser Patient berichtete mir im Nachgespräch, die Untersuchung als sehr angenehm empfunden zu haben. Ihm gefiel die aufgelockerte Stimmung im Raum. Er gab an, vor der Untersuchung sehr nervös gewesen zu sein. Erst im Nachgespräch wurde klar, dass die hypnotische Kommunikation in diesem Falle ein sehr eng gestecktes Ziel verfolgte: Lösung der Nervosität und Ablenkung von den bestehenden Ängsten- die intensive Einbeziehung des Patienten in die Konversation und witzreiche Unterhaltung als Instrument. „Hypnoid des Lachens und des Witzes“.

3.5.1.4 Fall 4 „Ablenkung und posthypnotische Amnesie“

Weibliche Patientin, 82 Jahre

Durchgeführte Untersuchung und Intervention: Koronarangiographie mit Vordehnung einer Stenose der rechten Koronararterie (RCA) und Implantation eines RCA-Stents sowie Vordehnung von mehreren Stenosen der linken Koronararterie (LAD) und Implantation zweier LAD-Stents.

Kommentar: Gleich zu Beginn der Untersuchung utilized der Arzt die gegenwärtige Situation der Patientin für die Induktion eines Trancezustandes, indem er mittels einer Frage und deren integrierter, indirekter Suggestion ihre bewusste Wahrnehmung einengt, die Aufmerksamkeit fokussiert und zwingend eine Entspannung impliziert:

A: Glauben Sie, dass diese Liege weich genug ist, um sich vollkommen entspannen zu können?

P: Ja.

Kommentar: Hier verbindet der Arzt die Wahrnehmung einer angenehmen Tatsache, nämlich „weiche Liege“, mit der Suggestion einer wünschenswerten Möglichkeit, „vollkommene Entspannung“. Mit dieser positiven Vorstellung wird eine „Ja-Haltung“ geschaffen, welche die Akzeptanz der folgenden Suggestion erleichtert. Für die Erzeugung eines „Yes-Settings“ ist nicht ausschlaggebend, was der Arzt sagt, sondern was die Patientin hört. Die Worte des Arztes dienen als Anregung, um in der Patientin Assoziationen hervorzurufen. Dem Unbewussten wird mit dieser Frage von vornherein impliziert, dass sie sich nun entspannen wird. Das Unbewusste der Patientin geht hier einen stillen Vertrag mit dem Arzt ein, eine Entspannung hervorzubringen. Nur der Zeitpunkt des Eintritts der Entspannung wird noch als freie Entscheidung zugelassen. Die gewünschten Trancezustände werden schneller erreicht, wenn die Worte des Arztes bereits zu Beginn der Untersuchung die erforderlichen Implikationen enthalten. Diese indirekt vermittelten Botschaften lösen in der Patientin den vom Arzt gewünschten Prozess der inneren Suche und Schlussfolgerung aus. Die Reaktionen auf eine indirekte hypnotische Suggestion

laufen auf einer autonomen, beziehungsweise unbewussten Ebene ab. (Vgl. Erickson, 1964/1995). Der bewusste Verstand kann diese Reaktionen nicht ausführen. Wenn das bewusste Denken in der Lage wäre, Suggestionen jeder Art adäquat zu befolgen, dann wäre die Hypnotherapie hinfällig. Die Methode der indirekten Suggestion und Implikation dient dem Arzt zur Umgehung von bewussten Haltungen und Widerständen der Patientin. Auch wenn die Patientin sich im Moment nicht entspannen will, so erfährt doch ihr Unbewusstes diese Implikation. Während die bewusste Aufmerksamkeit der Patientin auf die Vorstellung einer weichen Liege konzentriert ist, nimmt sie auf einer anderen Ebene die Worte des Arztes ohne Widerstand auf.

A: So, dann werden wir die Untersuchung jetzt ganz gut und flott (Anmerkung: Tonfall ist empathisch, umgangssprachlich) machen, sodass sie sich hinterher nur noch an die schönen Sachen erinnern werden.

Kommentar: Erickson war der Ansicht, dass die Idee von der Erinnerung an die schönen Sachen nach der Untersuchung vom Patienten umgesetzt werden kann, wenn sie in einem Augenblick der Aufgeschlossenheit vorgebracht wird. Dieser Augenblick der Sensibilität liegt in einer Situation vor, bei der die Aufmerksamkeit auf eine Sache fixiert und konzentriert ist, welche für die Patientin oder den Patienten von großem Interesse ist. Man spricht in diesem Zusammenhang von „posthypnotischer Suggestion“. Zu diesem Thema gibt es viele Forschungsergebnisse. (Vgl. Barnier & McConkey, 1999).

A: Ich werde Ihnen nun Schritt für Schritt erklären, was ich bei Ihnen mache. Zuerst werde ich Ihren Puls tasten, danach werde ich diese Stelle taub machen. Und wenn Sie sich jetzt genau konzentrieren, können Sie den Puls unter meinen Fingern spüren. - Spüren Sie ihren Puls?

P: Ja.

Kommentar: Wie im „Fall 2“ fokussiert der Arzt die Aufmerksamkeit der Patientin auf den Puls der Femoralarterie, bevor er ihr das Lokalanästhetikum verabreicht.

A: So, jetzt werde ich sie hier vereisen. Ein kurzer Stich, wie die Biene Maja ... (Pause) ... alles wird taub ... (Pause) ... die Taubheit breitet sich hier über das gesamte Gebiet aus ... (Pause). (Anmerkung: diese Formulierung setzt Suchprozesse frei: was ist „das gesamte Gebiet“? Es entstehen rechtshemisphärisch Bilder von der Stelle („dem gesamten Gebiet“), wie „Taubheit“ vermutet... und dann eben wahrgenommen wird ...)
Wie die Biene Maja ... (Pause) ... kennen Sie die Biene Maja? Haben Sie Enkel?

Kommentar: Der Arzt stellt viele Fragen sehr schnell hintereinander. Die Patientin versucht darauf zu reagieren, kommt aber mit der Beantwortung der Fragen nicht nach. Der Arzt wechselt schnell von einem Thema zum anderen und erzeugt damit bei der Patientin Konfusion. Sie erzählt plötzlich von sich, ihrer Familie, insbesondere von ihren Enkeln und von Kindererziehung im Allgemeinen. Der Arzt wirft in jeder kleinen Sprechpause der Patientin ein Wort oder einen Satz ein, um die Aufmerksamkeit der Patientin in eine neue Richtung zu lenken. Überladung mit Information generiert Verwirrung und fördert die Entstehung und Vertiefung eines Trancezustandes. Auch bei dieser Form von Tranceinduktion und Trancevertiefung ist ein ausreichend vorhandener Rapport zwischen Arzt und Patientin eine wesentliche Voraussetzung. Die Einwürfe des Arztes stellten Ergänzungen der Gedankengänge und Aussagen der Patientin dar und zielen darauf ab, sie in ihren inneren Bildern, Erinnerungen etc. tiefer und weiter zu führen. Im Laufe dieses Verfahrens wurde die Aufmerksamkeit der Patientin nach und nach und von ihr unbemerkt immer mehr auf ihre Gedanken, inneren Bilder und Erzählungen gelenkt. (Vgl. Erickson, 1966/ 1998).

A: Erzählen Sie mir noch ein bisschen von ihren Enkelkindern. (Pause) Erinnern Sie sich an etwas ... (Pause) ... ganz besonders Schönes? (Pause) Wahrscheinlich erinnern Sie sich an vieles Schönes...

Kommentar: Der Sprechrhythmus und die Stimmführung sind von großer Bedeutung. Im Idealfall könnte der Hypnotiseur seinen Atem mit dem Atemrhythmus des Patienten synchronisieren („Atem-Pacing“), um seine Empathie zu steigern. Auch die Sprechpausen sind von großem Nutzen. Sie werden vom Unbewussten als indirekte Formen hypnotischer Suggestion aufgefasst und bieten Raum für Assoziationen. Die Pausen sind wichtig, da das

Erinnern Zeit erfordert. In vielen Fällen lässt sich dadurch die Trance vertiefen. (Vgl. Bandler & Grinder, 1996).

Der Arzt beendet die Untersuchung um sich anschließend dem Auswerten der Angiographiebilder zu widmen und die Intervention vorzubereiten.

A: Jetzt machen wir eine kleine Pause, während der Sie sich ruhig Zeit nehmen können, um alles zu vergessen, was wir bisher gemacht haben.

Kommentar: Der Arzt bietet der Patientin Amnesie an. Amnesie kann man nicht verordnen, man kann sie nur anbieten. (Vgl. Peter, 2001b). Die Amnesiereaktion hängt von der Bereitschaft der Patientin und ihrer Suggestibilität ab. Zum Thema „posthypnotische Amnesie“ liegen zahlreiche Untersuchungsergebnisse und Berichte vor. (Vgl. Peter, 1993; Erickson & Rossi, 1974/1997; Erickson, 1997).

Nachdem der Arzt die Angiographieaufnahmen ausgewertet hat erklärt er der Patientin sehr sachlich das weitere Vorgehen mit der Implantation der Stents (als würde es sich um etwas anderes, Mechanisches, Abstraktes handeln) und schließt dann mit folgender Bemerkung ab:

A: Entspannen Sie sich einfach und genießen sie das Leben, - wie sie so schön sagen, während wir hier arbeiten.

Kommentar: Vorher, während der Untersuchung tätigte die Patientin die Aussage: „, Jetzt bin ich schon so alt, ich muss das Leben genießen. Wir haben doch früher nichts gehabt, wir waren ja arm.“

Nach Beendigung der Intervention meint der Arzt:

A: Wir sind fertig. Gut ist das gegangen. So wie wenn man aus einem Traum aufwacht und dann alles vergisst.

Kommentar: Wieder wird der Patientin eine posthypnotische Amnesie angeboten. Zusätzlich aber kommt auch ein Gemeinplatz zur Nutzung eines ideokognitiven Prozesses zur Anwendung. Das Vergessen des Trauminhaltes ist eine einfache Tatsachenfeststellung, welche die Patientin so oft erlebt hat, dass sie es nicht leugnen kann. Diese verbale Andeutung in Bezug auf das Vergessen

kann als indirekte Suggestion wirken, wenn die Patientin diese Andeutung mit ihren gelernten Mustern, welche in ihrer Lebenserfahrung vorhanden sind, assoziieren kann. Da die Aufmerksamkeit im Rahmen der Trance fokussiert ist, kann so ein Gemeinplatz eine konkrete Erfahrung des suggerierten Verhaltens auslösen. (Vgl. Erickson, 1981a).

Im Zuge des Nachgespräches ließ sich bei dieser Patientin eine eindeutige Veränderung in der Zeitwahrnehmung erkennen. Die Patientin schätzte die Dauer ihres Aufenthaltes im Katheterraum auf 20 bis maximal 30 Minuten und war vollkommen überrascht als ich ihr erklärte, dass die tatsächliche Dauer der Untersuchung mit anschließender Aufdehnung und Implantation der Stents in den Koronararterien eineinhalb Stunden betragen hatte. Sie war sehr glücklich, dass nun alles gut überstanden und vorüber war. Sie berichtete mir, dass sie ihren Femoralispuls vor dem Injizieren des Lokalanästhetikums wahrgenommen, aber den Einstich der „Biene Maja“ nicht gespürt hätte, weil, so die Patientin wörtlich, „der Herr Doktor soviel mit mir geredet hat, dass ich ganz abgelenkt war und deshalb gar nichts gespürt habe.“

Beim Aufdehnen der Koronararterien empfand die Patientin ein leichtes Druckgefühl. Ansonsten verspürte sie während der gesamten Intervention, laut eigenen Angaben, keine Schmerzen oder Missempfindungen. Insgesamt erinnerte sie sich kaum noch an das was gesagt oder getan wurde.

3.5.1.5 Fall 5 „Utilisation der Anspannung zur Entspannung“

Männlicher Patient, 73 Jahre

Durchgeführte Untersuchung: Koronarangiographie ohne Ventrikeldarstellung.

Therapeutische Intervention: Vordehnung einer RCA-Stenose und Implantation eines RCA-Stents.

Hierbei handelte es sich um einen besonders ängstlichen Patienten mit eingeschränktem Vertrauen zu Ärzten allgemein und Status post Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) im Jahre 2001, mit persistierender Tetrasymptomatik. Vor der Untersuchung spricht der Arzt mit dem Patienten über die Erkrankung und die Vorgehensweise bei der

Koronarangiographie. Dabei wird festgestellt, dass es dem Patienten nicht möglich ist, seine Hände zu bewegen und, wie im Allgemeinen während der Untersuchung üblich, über den Kopf zu legen. Der Arzt erkundigt sich anschließend auch nach dem momentanen Befinden des Patienten. Dieser blickt der bevorstehenden Untersuchung ängstlich entgegen.

Die Art der Kontaktaufnahme durch den Arzt unmittelbar vor der Untersuchung ist von großer Bedeutung in Hinblick auf das Erzeugen eines Rapports. Dieser entsteht durch die Anwendung von „pacing und leading“, einem der Grundprinzipien für Kommunikation. „To pace“ bedeutet „Schritt halten, im Gleichschritt gehen“ und „to lead“ bedeutet „führen“. Der Arzt würdigt den Patienten und gibt ihm zu verstehen, dass er sich in ihn und seine momentane Situation einfühlen kann. Er reflektiert dem Patienten verbal und nonverbal dessen augenblicklichen Zustand sowie die gezeigten Verhaltensweisen. Der Patient erhält die Bestätigung, dass er angenommen wird und Empathie vorhanden ist. Das Ignorieren von Ängsten durch den Arzt würde im Gegensatz dazu einen Rapportverlust herbeiführen. „Pacing“ schafft Vertrauen und die Bereitschaft, sich führen zu lassen. Dies ist die Voraussetzung für ein „leading“ durch den Arzt. Wäre kein Vertrauen vorhanden, so würde das „leading“ nicht befolgt werden. (Vgl. Butschek, 2000; Schmierer, 2001).

Den eigenen Femoralispuls spürte der Patient während der Palpation der Arteria femoralis durch den Arzt nicht. Diese Fixationseinleitung war daher nicht möglich.

Als die Untersuchung beginnt, meint der Arzt:

A: Während Sie hier liegen, werden Sie feststellen, dass Sie immer entspannter werden und sich immer wohler fühlen.

Kommentar: Der Arzt verbindet eine Suggestion mit einer Tatsache. Wir alle wissen, dass es schwierig ist, ein Gefühl der Entspannung und des Wohlbefindens, auf Anordnung hin, in uns selber zu erzeugen. Um diese Schwierigkeit zu umgehen, wird die Suggestion der Entspannung mit einem Verhaltensmuster verbunden, welches dem Patient vertraut ist. Der Patient bejaht die Tatsache innerlich (yes-pacing), dass er hier liegt und stellt unbewusst Assoziationen zu den Begriffen „Entspannung“ und „Wohlbefinden“ her. Dennoch ist die Suggestion wesentlich direkter als die indirekte Implikation:

„Ist die Unterlage weich genug, um in eine tiefe Entspannung zu gehen?“ (Siehe „Fall 4“; Vgl. Erickson & Rossi, 1981a).

Nachdem der Arzt die Arteria femoralis punktiert hat, wendet er sich dem Patienten zu und meint:

A: Ich habe eine gute Nachricht. Alles was schmerzhaft sein könnte ist bereits vorbei. Ab jetzt führen wir nur noch Messungen durch. Sie können sich JETZT entspannen und an etwas Schönes denken. (Pause). Sehr gut.

Kommentar: Der Patient wird in Folge über das genaue Vorgehen während der Untersuchung in Kenntnis gesetzt. Für gewöhnlich ist die Punktion der Arteria femoralis nicht schmerzhaft, da die Patienten ein Lokalanästhetikum verabreicht bekommen. Nachdem der Arzt nun erklärt, dass alles, was schmerzhaft sein könnte, bereits vorbei ist, entwickelt sich beim Patienten ein plötzliches Gefühl der Erleichterung mit sofortiger Verminderung des Angstempfindens. Mit einem Mal merkt man, dass eine große Last und das Gefühl des Unbehagens von ihm abfallen. Entspannung und Trance werden verstärkt. Beruhigende Aussagen wie diese werden in gewisser Weise erwartet und vom Unbewussten gerne wahrgenommen, wenn man sich scheinbar hilflos in die Hände einer anderen Person begibt. Sie sind von großem Nutzen in Bezug auf das Erzeugen oder Aufrechterhalten einer positiven Grundstimmung.

Um der Vorstellung des Patienten genügend Freiraum geben zu können, ist es wichtig, die Aussage offen zu formulieren, im Sinne von „alles was schmerzhaft sein könnte, ist bereits vorbei“, im Gegensatz zu „alles was schmerzhaft ist, ist bereits vorbei“. Da jede Person über individuelle Erlebnisse und subjektive Empfindungen verfügt, sollte auf deren Integration und Utilisation in der Hypnose besonderen Wert gelegt werden. Etwaige Beschränkungen durch verbale Vorgaben und Einengungen würden in einem Rapportverlust resultieren und sollten daher vermieden werden.

Sobald der Einstich in die Arterie, begleitet von der beruhigenden Aussage des Arztes, erfolgt ist, lässt die Anspannung des Patienten nach. Diese plötzlich entstehende Entspannung und Erleichterung des Patienten greift der Arzt sofort

auf und nutzt sie mit der Aussage: „Sie können sich JETZT weiter entspannen und an etwas Schönes denken.“ Der Augenblick der kurzen Entspannung wird verstärkt und genutzt. Reflektorisch führt das Wort „Entspannung“ zu einer Tranceverstärkung, da sich das Unbewusste bereits im Zustand der Entspannung befindet. Der Patient wirkt zunehmend gelassen. Mit dem Kommentar „sehr gut“ bestätigt der Arzt dem Unbewussten das Entspannungsgefühl und vertieft die Trance auf diese Weise noch zusätzlich. Gleich darauf wechselt der Arzt das Thema und lenkt somit die Aufmerksamkeit des Patienten auf einen neuen Fokus, während das Unbewusste weiterhin an der Ausführung der Entspannungs-Suggestionen arbeitet.

In den meisten Fällen löst sich aufgrund dieser Suggestionen die Anspannung in den Patienten. Ängste werden abgebaut und die Patienten beruhigen sich allmählich. Unter Anwendung der „Einstreutechnik“ (vgl. Bongartz & Bongartz, 2001) flicht der Arzt in seinen Dialog mit der Schwester oder dem Patienten ganze Sätze, Satzteile oder Worte, wie etwa „Entspannung“ und „an etwas Schönes denken“, ein und erzeugt dadurch Wohlbefinden. Zwischendurch wird der Patient darüber informiert, dass alles planmäßig verläuft. Die direkte Suggestion „JETZT“ zu entspannen wird leise, aber eindringlich ausgesprochen und verleiht der Aussage ein wenig Nachdruck.

Auf einem ähnlichen Prinzip beruht das Entspannungsverfahren der „Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson“. Dieses Verfahren ist besonders für jene Patienten zur Vorbereitung hypnotischer Vorgänge geeignet, die das Gefühl haben, nur schwer oder überhaupt nicht entspannen zu können. Durch einen Wechsel von Anspannung und Entspannung wird eine Verminderung des Muskeltonus erreicht. Als Folge gezielter Anspannung einzelner Muskelgruppen mit anschließendem Loslassen werden die Personen in die Entspannung geführt. Der Patient fokussiert die Aufmerksamkeit auf die jeweilige Muskelgruppe und auf die dort stattfindenden Veränderungen. Er spürt, wie sich Anspannung und Entspannung anfühlt und gegebenenfalls ausbreitet. (Vgl. Bongartz, 2008).

Der Arzt hält das Gefühl der Erleichterung aufrecht indem er mit seiner Erläuterung fortfährt:

A: Ich habe zwei weitere gute Nachrichten für Sie: „Wollen Sie beide hören?“

P: Ja.

A: Die halbe Untersuchung ist schon vorbei. Und, bisher ist alles in Ordnung.

Kommentar: „Die halbe Untersuchung ist schon vorbei“ ist eine offene Formulierung, die vom Unbewussten positiv aufgenommen wird und die Entspannung noch weiter fördert. Dem Patienten wird nicht geschildert um welche „halbe Untersuchung“ es sich dabei handelt und wie viele Untersuchungen im Rahmen dieser Angiographie noch geplant sind. Diese Information ist für den Patienten auch irrelevant. Im Trancezustand haben die Patienten ohnehin ein eingeschränktes Zeitgefühl. Da die bisherige Untersuchung tatsächlich nicht schmerzhaft war, konnte das Vertrauen gegenüber dem Arzt wachsen und der Rapport verstärkt werden. Rapport definiert sich durch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, welche aus einer aufmerksamen Zuwendung und der Wertschätzung des anderen erwächst. Er bildet die Grundvoraussetzung für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung. (siehe vorne; Vgl. Kossak, 1997).

Im Allgemeinen gelingt es dem Arzt den Rapport aufrechtzuerhalten oder zu verbessern, indem er Formulierungen oder Instruktionen verwendet, welche das Vorstellungsvermögen des Patienten gut ansprechen. Eine gezielte Anamnese vor Beginn der Hypnose ist dem Rapport sehr förderlich. In unserem Falle konnte der Arzt sich auf die FSME-Erkrankung beziehen und mit dem Patienten dieses Thema näher erörtern. Dieser fühlte sich angenommen und berichtete von seinen Erfahrungen im Umgang mit den Manifestationen dieser Erkrankung. Der Arzt hielt den Rapport bei der Vertiefung der Trance darüber hinaus mithilfe des nonverbalen „pacing“ aufrecht. Indem er darauf achtete, im Atemrhythmus und vorwiegend während der Ausatemphasen des Patienten zu sprechen („Atem-Pacing“), gelang es ihm, die unbewussten autonomen Reaktionen des Patienten in die Tranceverstärkung mit einzubeziehen. „Pacing und Leading“ war auch in weiterer Folge während der Intervention bei diesem Patient gut möglich.

Dieser Patient berichtete mir ebenfalls im Gespräch danach, die Untersuchung und den Eingriff als erträglich empfunden zu haben. Zu Beginn der Untersuchung zitterte der Patient heftig. Allerdings stellte sich dieses Zittern bereits nach fünf vom Arzt gesprochenen Sätzen zur Tranceinduktion ein. Mit der Utilisation der Anspannung hat das Zittern nachgelassen. Es war eine interessante Beobachtung, den Patienten trotz großer anfänglicher Ängstlichkeit rasch in tiefer Entspannung zu erleben und mitzuverfolgen, wie sein Leidensdruck dadurch minimiert wurde.

Entspannung ist eine natürliche Fähigkeit des Menschen. Die Entspannungsreaktion ist durch Gefühle des Wohlbefindens, der Ruhe und Gelöstheit charakterisiert. Im klinischen Bereich werden neben ärztlicher Hypnose und dem Verfahren der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson auch das Autogene Training, die Methode des Biofeedbacks und die Meditation zum Herbeiführen eines Entspannungszustandes eingesetzt. Oft resultieren Hinweise zum Entspannungsverfahren, wie zum Beispiel Information über das Verfahren oder der Abbau von Vorbehalten, bereits zu Beginn in einer allgemeinen Senkung des Aktivierungsniveaus des Patienten. Das gemeinsame Ziel dieser Entspannungsverfahren ist es, die Orientierung von außen nach innen zu lenken und den Zustand zwischen Schlaf- und Wachbewusstsein herbeizuführen und möglichst lange aufrechtzuerhalten. (Vgl. Birbaumer & Rief, 2006; Haring, 2006; Stotz-Ingenlath & Kind, 2006; Sulz, 2006).

In Notsituationen sind Patienten sehr empfänglich für positive suggestive Formulierungen. Diese kann man, wie bei unserem sehr ängstlichen Patienten, während Interventionen und Akutsituationen gezielt einsetzen, um den psychischen Zustand zu stabilisieren. Die Wirksamkeit beiläufiger, indirekter Suggestionen für Schmerz- und Angstbewältigung ist empirisch belegt (vgl. Hausmann, 2003).

Jene Ressourcen, die der Patient selbst offeriert, wie zum Beispiel Anspannung, können im Sinne von „pacing und leading“ verwendet werden. Die Art des Sprechens und das Auftreten des Arztes spielen dabei eine ebenso große Rolle wie ruhige, sichere Bewegungen und eine kompetente Kommunikation. Alle diese Verhaltensweisen vermitteln dem Patienten Sicherheit. Der momentane Zustand des Patienten soll

aufgegriffen werden. Ein autoritäres Auftreten ist dabei anfangs oft erforderlich, sollte aber anschließend unbedingt in Empathie und Zuwendung überwechseln. (Vgl. Bloch-Szentágothai, 2001).

3.6 *Einsatz von Hypnose zur Lifestylemodifikation und Senkung der Risikofaktoren in Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen*

Diverse kardiovaskuläre Erkrankungen sind oft typische Zivilisationskrankheiten. Überernährung, Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, Dauerstress, unzureichender Schlaf, soziale Konflikte etc. zählen zu den Risikofaktoren. Wie sich die Gefäße verändern, hängt letztlich auch von der Lebensweise in der heutigen Wohlstandsgesellschaft ab.

Hypnose kann als Begleittherapie in einem therapeutischen Gesamtkonzept bereits im Rahmen der Primärprävention zur Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen, welche aus einer ungesunden Lebensweise, Stress und dem metabolischen Syndrom resultieren, hilfreich sein. Die Anwendung der Hypnose kann dabei mit anderen Entspannungstechniken wie dem Autogenen Training oder der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson kombiniert werden.

Liegt bereits eine manifeste Erkrankung vor, so können medikamentöse Therapien erfolgreich mit Hypnose und anderen Verfahren, wie zum Beispiel Akupunktur und Bewegungsprogrammen, vereint werden. Große Unterstützung bietet die Hypnose bei der Behandlung von Hypertonie und bei Veränderungen des Lebensstils in Hinblick auf eine Reduktion des KHK-Risikos. Die tägliche Durchführung hypnotischer Übungen hilft gezielt, den negativen Einflüssen auf das psychische und physische Wohlbefinden entgegenzuwirken und eingrenzende Denk- und Verhaltensmuster zu überwinden.

3.6.1 Gängige Verfahren zur Einleitung von Hypnose

3.6.1.1 Augenroll- und Atemübung

Atemübungen sind einfach anzuwenden und eignen sich besonders gut zur Selbsthypnose oder zum Schnelleinstieg in die Hypnose. Sie können mit anderen Entspannungsverfahren verknüpft werden und haben den Vorteil, dass sie aufgrund ihrer Einfachheit jederzeit, in allen Alltagssituationen, zu Hause und während oder vor Stressbelastungen, überall, wie zum Beispiel am Arbeitsplatz oder beim Sport, sowohl im Sitzen als auch im Liegen und im Stehen, ausgeführt werden können. Die Augenroll- und Atemübung nach Spiegel (vgl. Spiegel & Bridger, 1970) ist schnell durchführbar und kann zur täglichen Entspannung zwei- bis dreimal wiederholt werden. Sie eignet sich auch zur Einleitung einer Hypnose mit weiterführenden Suggestionen nach Augenschluss. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

Die Übung:

Zunächst wird tief Luft geholt. Während die Luft angehalten wird, schaut man nach oben an die Decke und rollt dabei die Augen nach oben, so weit es geht. Dann werden die Augenlider langsam geschlossen, dabei wird weiterhin nach oben geschaut und gleichzeitig deutlich ausgeatmet. Während des Ausatmens soll gefühlt werden, wie sich die Muskeln entspannen.

3.6.1.2 Ideomotorische Bahnung

Die ideomotorische Bahnung kann der Patient ebenso leicht unter Hypnose erlernen und anschließend in der häuslichen Anwendung selbstständig durchführen. Die ideomotorische Bahnung, auch Carpenter-Effekt genannt, findet in der Sportpsychologie breite Anwendung. Der englische Physiologe William B. Carpenter (1813-1855) machte die Beobachtung, dass die lebhafteste Vorstellung einer Bewegung die automatische Ausführung dieser bewirkt. (Vgl. Dorsch, 2003). Das ideomotorische Prinzip wird zum Beispiel beim Chevreul'schen Pendelversuch (siehe hinten) als Schnelltest zur Suggestibilität eingesetzt.

Imaginative Prozesse stehen in der experimentellen und angewandten Hypnose im Vordergrund. Jeder Mensch hat die Fähigkeit sich etwas vorzustellen. Es ist allgemein

bekannt, dass jede Person genussvoll in eine Zitrone beißen kann ohne dabei das Gesicht zu verziehen, wenn sie sich vorstellt, die Zitrone sei süß und schmecke angenehm. Gedanken und Bilder spielen in der Vorstellungsdimension eine wichtige Rolle. Bei manchen Personen ist das gedankliche Vorstellungsvermögen ausgeprägter als die bildhafte Komponente. Daher sollte in diesen Fällen für die Ausführung ideomotorischer Reaktionen mehr von „Gedanken“ als von „Bildern“ gesprochen werden. Es empfiehlt sich auch, die Personen darauf aufmerksam zu machen, dass die imaginativen Vorgänge mit den motorischen Abläufen verknüpft werden. Dieses „hineinversetzen“ in eine Situation (wie es auch Kindern gelingt, wenn sie sich beim Spielen gedanklich nicht mehr in der gegenwärtigen Situation befinden) ist maßgeblich für das Zusammenspiel von Kognition, Physiologie und Motorik und bewirkt in weiterer Folge die Umsetzung der Gedanken auf unbewusster Ebene (vgl. Schachter, 1971). Aufgrund der Imagination werden Motorikimpulse ausgesendet, welche die Entstehung von Muskelpotentialen bewirken. Diese können mittels EMG registriert und gemessen werden. (Vgl. Pajntar, Jeglic, Stefancic & Vodovnik, 1980). Die betreffende Person ist sich der Impulse jedoch nicht bewusst.

Für das Erlernen dieser Übungen sind anschauliche Imaginationsinstruktionen hilfreich. Diese sollten so formuliert sein, dass die Person sich so fühlen kann, als ob sie sich in der besagten Situation befindet. Die physiologischen, ideomotorischen Reaktionen werden infolgedessen umso besser gebahnt. (Vgl. Gheorghiu, 2001).

Das Prinzip der „ideomotorischen Bahnung“ kann der Patient in wenigen Sitzungen erlernen und anschließend im Rahmen der Selbsthypnose eigenständig und erfolgreich fortführen. Für die langfristige, nachhaltige Begleitung und Therapie empfiehlt es sich, gelegentliche Auffrischungssitzungen durchzuführen.

Diese Technik wird häufig im Sport zur Rehabilitation von Sportverletzungen und in der Sportpsychologie im Sinne von „mentalem Training“ eingesetzt und eignet sich u.a. auch für die Rehabilitation von zentralen und peripheren Paresen sowie zur Änderung des Verhaltens und der Gewohnheiten im täglichen Leben. Die Methode hilft, Bewegungsabläufe zu verbessern und zu steigern, psychische und physische Vorgänge zu regulieren, psychische Spannungen abzubauen und die Selbstmotivation zu fördern. Der Schweizer Psychiater Auguste Forel bezieht sich in seiner Lehre vom Hypnotismus auf den Carpenter Effekt und das „Gesetz der Ideoplasie“, der Formung durch die Idee.

Demnach kann die gedankliche Vorstellung Bewegungen und vegetative Funktionen auslösen. Dieses Prinzip macht sich auch das Autogene Training zunutze. (Vgl. Tönnies, 1998).

3.6.1.3 Der Chevreul'sche Pendelversuch

Der von Michel Eugène Chevreul (1786-1889) beschriebene Pendelversuch eignet sich als Schnelltest zur Suggestibilität und kann auch zur Hypnoseeinleitung verwendet werden (vgl. Karlin, Hill & Messer, 2008). Der Versuch ist schnell und einfach durchführbar und hilft, dem Patienten das „Prinzip der ideomotorischen Signale“ zu erklären und zu veranschaulichen.

Der Versuch:

Für die Durchführung des Versuchs legt man ein Blatt Papier, auf dem ein Kreis mit einem Strickkreuz aufgezeichnet ist, auf den Boden.

Die Versuchsperson nimmt einen circa 80 cm langen Faden, eine Kette oder etwas Ähnliches, an dem sich ein mittelschwerer Gegenstand wie ein Anhänger, eine Büroklammer oder dergleichen befindet und setzt sich breitbeinig auf einen Stuhl, lehnt sich leicht nach vorne und stützt die Ellebeugen auf die Oberschenkel. Der Pendelfaden wird zwischen Daumen und Zeigefinger gehalten, sodass das Pendelgewicht über dem Boden frei hängen kann. Zu Beginn soll sich das Pendel exakt und ruhig über dem Schnittpunkt der beiden Geraden befinden.

Anschließend beginnt der Versuchsleiter mit seinen Suggestionen. Er leitet die Versuchsperson an, die Konzentration auf das Pendel zu lenken und sich vorzustellen, dass dieses sich kreisförmig im oder gegen den Uhrzeigersinn oder entlang der Geraden von vorne nach hinten oder umgekehrt, bewegt. (Vgl. Montgomery & Kirsch, 1996). Der Versuchsleiter beobachtet die Schwingungen und verstärkt sie durch Rückmeldungen. Mit verbalen Instruktionen kann er auch eine Schwingungsrichtungsänderung erreichen.

Mit diesem Versuch gelingt es, dem Patienten zu verdeutlichen, dass Hypnose nichts mit Magie oder Zauberei gemein hat, sondern dass jede Vorstellung einer Bewegung Impulse auslöst, welche in dazugehörigen motorischen Reaktionen resultieren, und folglich jedes unwillkürliche Schwingen des Pendels in vorgegebener Richtung in

diesem Versuch auf eben jenes Phänomen der ideomotorischen Bahnung zurückzuführen ist.

Die motorischen Reaktionen werden aufgrund ihrer sehr kleinen Amplitude meistens vom Probanden nicht wahrgenommen. Die minimalen Fingerspitzenbewegungen des Probanden lösen kleinste Pendelausschläge aus, welche durch die Pendellänge deutlich in ihrer Amplitude vergrößert werden. Die ideomotorische Reaktion findet auf unbewusster Ebene statt und stellt eine kinästhetische Illusion dar (vgl. Easton & Shor, 1975, 1976; Kossak, 1997).

Neben der Überprüfung bezüglich Suggestibilität und der Einleitung zur Hypnose liegt das Ziel der Anwendung des Chevreul'schen Pendelversuches gleichermaßen darin, die Versuchsperson erkennen zu lassen, dass keine Willensbeeinflussung von Seiten des Hypnotiseurs vorliegt. Es ist von großem Nutzen diese Tatsache dem Patienten noch vor Beginn der ersten Hypnosesitzung vor die Augen zu führen und gegebenenfalls die Wirkungsweise der ideomotorischen Reaktionen näher zu erläutern, da aufgrund dessen von vornherein mögliche Ängste in Bezug auf Kontrollverlust und Vorurteile gegenüber der Hypnose abgebaut werden können.

3.6.1.4 Augenfixationsmethode

Das Grundprinzip der Augenfixationsmethode besteht darin, dass der Proband mit den Augen ein beliebiges Objekt (Bleistift, Finger des Therapeuten, Finger des Probanden, etc.) auf Stirnhöhe in der Entfernung von 15 bis 20 cm fokussiert und sich darauf konzentriert. Für die Fixation kann auch ein Fernpunkt, zum Beispiel ein Punkt an der Wand, gewählt werden. Zur Fokussierung eines Nahpunktes müssen die Augen konvergieren. Die äußeren Augenmuskeln ermüden dadurch sehr rasch. Das Auftreten von Ermüdungserscheinungen der Augen kann ebenso sehr schnell mit einem steil nach oben gerichteten Blick erzielt werden. Das Gesicht muss dabei gerade gehalten werden. Aufgrund der Reizmonotonie beim Fixieren eines Gegenstandes über längere Zeit verändert sich die Wahrnehmung des Bildes. Des Weiteren führt das Offenhalten der Augen zur Austrocknung der Bindehäute, was sich mit dem subjektiven Gefühl des Augenbrennens, einer Verstärkung der Müdigkeit und durch Augenrötung bemerkbar macht. Diese physiologischen Veränderungen kann der Hypnotiseur beobachten und im Sinne von Entspannungssuggestionen rückmelden und intensivieren. Nach einigen

Sekunden bis zwei Minuten schließen die meisten Patienten ihre Augen. Dem Gefühl der Müdigkeit und Schwere kann, mit einem leichten, angekündigten Druck auf beide Augenlider und mit Schweresuggestionen, Nachdruck verliehen werden. (Vgl. Kaiser Rekkas, 1998).

3.6.1.5 Farbkontrastmethode

Ein entsprechendes Vorgehen wie oben ist auch mit der Farbkontrastmethode nach Levy-Suhl möglich. Dazu nimmt man einen Karton mit zwei gleich großen, rechteckigen, unterschiedlichen Farbfeldern, beispielsweise blau und gelb, die durch einen weißen, zirka 3-4 mm breiten Strich getrennt sind und hält diese im Abstand von einer Armlänge in Augenhöhe, mit Lichteinfall von hinten, vor das Gesicht des Probanden. Der Proband kann die Farbtafel auch selber halten. Dabei konzentriert er sich auf die weiße Linie zwischen den Farbfeldern. Nach einiger Zeit erscheint die weiße Linie unscharf und infolge des physiologischen Nystagmus der Augen entsteht die Komplementärfarbe grün. Der Hypnotiseur beobachtet die Reaktionen des Probanden und verstärkt das Gefühl von Müdigkeit und der Schwere der Augenlider durch entsprechende Suggestionen und verbindet diese gegebenenfalls mit der Aufforderung, die Augen zu schließen. Um den Trancezustand zu vertiefen bietet es sich an, dem Probanden zu suggerieren, dass sich das Schweregefühl der Augenlider nun auf den restlichen Körper ausbreiten kann. (Vgl. Kaiser Rekkas, 1998).

3.6.1.6 Augen-Zähl-Methode

Bei der „Augen-Zähl-Methode“ zählt der Hypnotiseur langsam von 100 rückwärts. Der Proband soll dabei seine Augen bei jeder geraden Zahl schließen und bei jeder ungeraden Zahl öffnen. Zwischenzeitlich fügt der Hypnotiseur Entspannungssuggestionen ein, die er nach erfolgtem Lidschluss zur Vertiefung der Trance erweitert. Ermüdungserscheinung und Trancezustand treten bei dieser Induktionstechnik sehr rasch auf, allerdings ist die Methode sowohl für den Hypnotiseur als auch für den Hypnotisanden aufgrund der erforderlichen Aufmerksamkeit anstrengend. (Vgl. Hole, 2001).

3.6.1.7 Levitationsübungen

Bei den Levitationsübungen kann der Proband sitzen oder liegen. Die Arme werden waagrecht nach vorne gestreckt und die Augen geschlossen. Der Proband erhält vom Hypnotiseur Suggestionen wie „schwer“, „leicht“, „tiefer“ oder „höher“ und konzentriert sich dabei auf das Gefühl in seinen Armen. Die Suggestionen werden so lange wiederholt bis eine Abwärts- oder Aufwärtsbewegung der Arme zu beobachten ist. (Vgl. Fredericks, 2001).

3.6.1.8 Schnellinduktion

Der Hypnotiseur hält einen Finger im Abstand von ungefähr 50 Zentimeter vor das Gesicht des Probanden. Dieser fixiert mit seinen Augen die Fingerspitze des Hypnotiseurs. Plötzlich schnellt der Hypnotiseur den Finger nach vorne und fordert gleichzeitig den Patienten auf, die Augen zu schließen. Dies geschieht in den meisten Fällen sowieso reflexartig. Unmittelbar danach spricht der Hypnotiseur die Suggestion aus „der Arm fühlt sich kühl und steif an“ und hebt im selben Moment den Arm des Patienten in die Höhe. Die Turboinduktion kommt unter anderem in der zahnärztlichen Hypnose zum Einsatz und kann beim wenig oder unvorbereiteten Patienten angewandt werden. Jedoch ist sie aufgrund der notwendigen Überraschungselemente pro Patient nur einmal erfolgreich. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

3.6.1.9 Akustische Methoden

Akustische Methoden bedienen sich zur Tranceinduktion nur des Hörens beziehungsweise des Verarbeiten von Gehörtem. Gesprochene Worte sind dabei für die Einleitung eines hypnotischen Zustandes und die Aufrechterhaltung der Trance bei fast allen Formen ärztlicher Hypnose von sehr großer Bedeutung. Wird das gesprochene Wort alleine, also ohne Zuhilfenahme von haptischen, optischen, olfaktorischen und anderen Reizen angewendet, so spricht man von einer „reinen Verbalinduktion“ oder „Verbalhypnose“.

Der eigentlichen gezielten Hypnoseeinleitung durch Schwere-, Ruhe- und Entspannungssuggestionen (direkte Verbalinduktion) können im Rahmen einer

„hypnotisch vertieften Kommunikation“ (vgl. Kapitel Hypnotisch vertiefte Kommunikation) bereits Ruhe-, Entspannungs- und Wohlbefinden-implizierende Bemerkungen vorausgeschickt werden. Das Unbewusste des Patienten nimmt diese Implikationen wahr und beginnt die Prozesse und Reaktionen in Hinblick auf das gewünschte Verhalten einzuleiten. Die bewussten Haltungen und die Widerstände des Patienten werden somit umgangen (siehe Fallbeispiele 4 und 5). Die „indirekten Formen der Kommunikation und Suggestion“ wurden, wie bereits erwähnt, von Milton H. Erickson, der als Begründer der modernen Hypnosetherapie gilt, erfolgreich angewendet. Die indirekten Vorgehensweisen und das „Prinzip der Utilisation“ zeichneten Erickson aus und stellten das Kernstück seiner therapeutischen Neuerungen dar. (Siehe Fallbeispiele; Erickson et al., 1978; Erickson & Rossi, 1981a; Rosen, 1982).

Eine weitere Form der Hypnoseeinleitung ist die „Doppelinduktion“, bei der Arzt und Assistent(in) gleichzeitig reden. Der Patient weiß nicht wem er zuhören soll, wird konfus und „geht“ in Trance (siehe Fallbeispiel 3).

In ähnlicher Weise kann diese „Konfusions-Technik“ von einer Person alleine angewendet werden. Der Hypnotiseur erzählt dem Hypnotisanden mit möglichst monotoner, langsamer Sprechgeschwindigkeit (Trance-Sprache) eine sehr langweilige oder verwirrende Geschichte mit vielen inhaltlichen Gegensätzen wie zum Beispiel „je dunkler es wird, desto heller scheint es...“ oder „je näher Sie darauf zugehen, desto weiter sind Sie davon entfernt...“, sodass das bewusste Denken nicht mehr folgen kann und der Patient in das Unbewusste abgeleitet.

Auf demselben Prinzip beruht auch die „Überladungstechnik“, bei welcher der Patient mit zusammenhangloser Information regelrecht überhäuft wird und infolgedessen die Aufmerksamkeit von „außen“ nach „innen“ kehrt.

Zu Beginn der Verbalinduktionen können die Augen des Probanden offen oder geschlossen sein. Störende Geräusche, Gedanken etc. können in den Induktionsformeln „utilisiert“ werden. Im Rahmen der direkten Verbalinduktion wird zum Beispiel das Entstehen eines Schweregefühls oder der Ausbreitung von Ruhe und Entspannung suggeriert. Monotone, akustische Reize, wie zum Beispiel langsame Metronomschläge oder leises Uhrtickern, eignen sich zur Verstärkung der Hypnose-Induktion. Ebenso bietet sich die musikalische Untermalung der Suggestionen mit langsamer, meditativer Musik (Trancemusik) oder mit dem sanften Rauschen des Windes und der Wellen an.

(Vgl. Kaiser Rekkas, 2005). Zu den Akustischen Methoden zählen unter anderem auch die „Drei-Worte-Induktion“ und die Methode vom „Hypnoseinduzierenden Bild“ (siehe unten).

3.6.1.10 Drei-Worte-Induktion

Der Patient denkt an ein angenehmes, schönes Erlebnis und schildert es dem Hypnotiseur. Während dieser den Patienten die Geschichte erzählen lässt, unterbricht er immer wieder, indem er Phrasen des Patienten mit monotoner, ruhiger Stimme wiedergibt und dabei drei Wörter im Sinne von Nominalisierungen (nicht fassbaren Begriffen) wie etwa „Licht“, „Wärme“, „Wohlbefinden“, „Zufriedenheit“, „Glücksgefühl“ etc. einstreut. Der Hypnotiseur wiederholt die drei Worte im Laufe der Erzählung ständig und lenkt dabei die Aufmerksamkeit des Patienten nach und nach von der bewussten auf eine unbewusste Ebene. Durch die Wiederholung dieser Worte bestätigt er dem Patienten dessen innere Befindlichkeit und führt ihn nach und nach immer tiefer in die Hypnose hinein. (Vgl. ÖGZH, 2000).

3.6.1.11 Hypnoseinduzierendes Bild

Diese Methode eignet sich für bekannte, zukünftige Ereignisse, wie zum Beispiel eine bevorstehende Operation. Der Patient wird aufgefordert, ein Bild von einer angenehmen, vertrauten Situation, welche nicht zu komplex ist, aber auch nicht alltäglich vorkommt, zu imaginieren. Nachdem er dem Hypnotiseur das Gedankenbild kurz beschrieben hat, erhält er Suggestionen in Bezug auf „Wärme“, die von dem Bild ausgeht und den Körper durchströmt oder „Entspannung“, die sich jedes Mal ausbreitet, wenn er an das Bild denkt usw. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

3.6.1.12 Haptische und Olfaktorische Reize

Haptische Methoden werden begleitend und unterstützend zur Hypnoseeinleitung und Tranceverstärkung eingesetzt. Mit einem sanften, kurzen Druck auf die Augenlider kann die Lidschwere intensiviert werden. Ein leichter Druck auf die Unterarme forciert das Empfinden der Gliederschwere. Olfaktorische Reize werden seltener angewendet,

da ihre Bereitstellung kompliziert ist. Gerüche erinnern an Erlebnisse und können somit die Einleitung zur Hypnose erleichtern. (Vgl. Hole, 2001).

3.6.2 Kardiovaskuläre Störungen

Viele kardiovaskuläre Erkrankungen sind dem psychosomatischen Formenkreis zuzuordnen und resultieren oft aus einer ungesunden Lebensweise und dauernd belastenden Lebenssituationen. Stress, Anhäufung kleiner Alltagsärgernisse, private und berufliche Belastungen gelten als häufige Ursache für Hypertonie. Auf der körperlichen-, subjektiven- und Verhaltensebene kann man mittels Hypnose diesen krankmachenden Ursachen entgegenwirken. Ein wesentlicher Schritt in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen ist es, die Belastungsreaktionen zu verändern, indem eine tiefgehende Entspannung in Hypnose erzeugt wird. Wichtig ist es, den Patienten zu zeigen, dass es möglich ist, einen Zustand ausgedehnter Ruhe und Entspannung zu erfahren, in welchem sich das Gefühl gegenüber einer bedrohlichen Situation grundlegend ändert. Die Fähigkeit, eine Schnellentspannung zu erzielen, kann mit Hilfe von Hypnose, zuerst unter Anleitung und danach mit selbständig durchgeführten Übungen, erlernt und trainiert werden. Die Beherrschung der „Schnellentspannung“ ist das wichtigste „Instrument“ um auf Belastungsreaktionen physisch adäquat reagieren zu können. Entspannungsreaktionen können autonom und kurzfristig, innerhalb von Sekunden, erzeugt werden und das Aufkommen körperlicher Erregungszustände unterbinden. Mit Hypnose wird versucht auf der subjektiven Ebene ein positives Selbstbild des Patienten zu erzeugen, indem man ihn die Zuversicht und Kraft in Hypnose erleben lässt, die notwendig ist, um belastende Situationen zu meistern oder negative Gewohnheiten und Eigenschaften abzulegen. Neben den Veränderungen auf körperlicher und subjektiver Ebene spielen Veränderungen im Bereich der Verhaltensebene, also konkrete Modifikationen in den Lebensumständen, die den Patienten krank machen, eine bedeutende Rolle. Im hypnotischen Zustand werden positive, neue Verhaltensweisen gelernt, die der Patient im täglichen Leben anstelle der alten Gewohnheiten ausführen kann. Die hypnotische Therapie auf allen drei Ebenen erfolgt nicht in Form von hypnotischen Befehlen während hypnotischer Zustände, sondern definiert sich als Psychotherapie mit dem integrierten, supportiven Element der Hypnose und setzt eine Abklärung des psychologischen Hintergrundes der Erkrankung oder des Leidens voraus. Im Zusammenhang mit sekundären psychischen

Belastungsreaktionen wird Hypnose im Allgemeinen mit bekannten Therapieformen wie Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie kombiniert. (Vgl. Bongartz & Bongartz, 1992). Demgegenüber steht die ziel- oder symptomorientierte Anwendung, zum Beispiel zur Sedierung oder Analgesie. In jedem Fall ist eine Grundkenntnis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für die erfolgreiche Anwendung ärztlicher Hypnose erforderlich. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

In Bezug auf die Therapie der essentiellen Hypertonie spielt das Arbeiten mit positiven Ruhebildern eine bedeutende Rolle. Diese müssen individuell auf den Patienten abgestimmt sein und sollen keinen Raum für negative beziehungsweise belastende Denkstrukturen bieten. Friedmann und Taub (1977) berichten von Behandlungserfolgen mit Hypnose und wiesen dabei auf die Erfordernis regelmäßiger Selbstkontrolle durch Selbsthypnose hin. Gay (2007) konnte zeigen, dass es mit Hypnose möglich ist, den Blutdruck sowohl kurzzeitig als auch mittel- und langfristig zu senken.

Kossak (1997) beschreibt Fallbeispiele, in denen verschiedene kardiale Arrhythmien, wie Extrasystolen oder paroxysmale Tachykardien mit Hilfe von Hypnose sowohl beseitigt als auch hervorgerufen werden konnten. Er bezieht sich in seinen Ausführungen auf die These, dass Arrhythmien unter anderem durch psychische Faktoren wie Stress oder spontane Erinnerungen an traumatische Erlebnisse ausgelöst werden können und dabei eine kognitive Konditionierung entstehen kann.

Kossak (1997) postuliert weiters, dass mit dem unterstützenden Einsatz von Hypnose in der Nachsorge von Infarktpatienten Angstgefühle und Schlaflosigkeit reduziert werden können. In der Rehabilitation hat sich Hypnose zur Förderung von Entspannung bewährt, da infolgedessen der gehäuften Neigung von KHK-Patienten zu chronischer Selbstüberforderung entgegengewirkt wird.

Auch in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen unterschiedlicher Ursache, u.a. als Folge von Myocardinfarkt, wurden mit Hypnose relevante Erfolge verzeichnet (vgl. Kutz, Garb & David, 1988; Chung et al., 2008).

3.6.3 Stressverhalten

Nach Lazarus (2000) entsteht Stress, wenn aufgrund subjektiver Einschätzung die eigenen Ressourcen den situativen Anforderungen nicht gerecht werden können. Personen, die sich selber hohe Kompetenzen und Bewältigungsstrategien zuschreiben, kommen besser mit Leistungsanforderungen zurecht als jene Menschen, welche ihre Befähigungen als gering einstufen. Fertigkeiten zur Bewältigung belastender Situationen kann man sich jedoch aneignen.

Im Umgang mit Stress kann mit Hilfe von Hypnose erlernt werden, die Aufmerksamkeit aufgabenspezifisch zu fokussieren, andere Wahrnehmungen im Sinne von Dissoziation auszublenden und im Augenblick der drohenden Konfrontation mit belastenden Ereignissen physiologische und emotionale Distanz zu wahren. Mit Tranceübungen und Tranceerleben können Distanz gegenüber bedrohenden Situationen geschaffen, Lösungsschritte definiert sowie ein positives Selbstwertgefühl erzeugt werden. Im Zuge dessen werden gewohnte negative Gedankengänge umstrukturiert und positive Vorstellungen und Einstellungen entwickelt, die den Umgang mit unangenehmen Situationen erleichtern. Eigene Ressourcen, wie Erinnerungen an erfolgreiche Erlebnisse, werden aktiviert und als Motivation für die Bewältigung neuer Herausforderungen genutzt. Zusätzlich wird eine innere Bahnung hergestellt, indem man sich den Ablauf, der zum Erreichen eines Zieles führt, imaginiert. Aufkommende Lösungsvorschläge können in Trance vertieft werden. (Vgl. Zeyer, 2001).

Die Wirksamkeit von Hypnose und Selbsthypnose konnte für den Umgang mit physischem und psychischem Stress empirisch belegt werden.

Revenstorf und Zeyer (2007) beschreiben, wie sie bei prüfungsängstlichen Kandidaten Prüfungsstress verringern und gleichzeitig eine Steigerung der Arbeits- und Prüfungsleistung herbeiführen konnten.

3.6.4 Übergewicht

Übergewicht ist oft Folge von falscher Ernährung und unangemessenem Essverhalten, welchem oft auch eine psychische Ursache zugrunde liegt. Hauptziel der Hypnose ist es, ein angemessenes Ess- und Bewegungsverhalten herzustellen, sowie die Motivation und Selbstdisziplin bei der Gewichtsreduktion zu verstärken.

Schulz-Stübner (2007) nennt die Methode des „Reframings“ als geeignetes Hypnoseverfahren zur Reduktion von Übergewicht. Hierbei wird in Hypnose mit Hilfe von externen Suggestionen das Essensritual durchgespielt und das übermäßige Essverhalten durch ein ausgewähltes, erwünschtes Verhalten ersetzt. Das suggerierte Ersatzverhalten wird laut Schulz-Stübner von den Patienten besser toleriert als die Suggestion von Abstinenzverhalten. Das Stück Sahnetorte wird dabei zum Beispiel durch einen Apfel ersetzt. Beim „Reframing“ ändern sich der Kontext und der kognitive Rahmen in welchem sich das jeweilige Verhalten abspielt und emotional bewertet wird (vgl. Gerl, 2001).

Kann den Ess-Attacken eine bestimmte Ursache, wie zum Beispiel Stress, zugeordnet werden, so gibt es für den Patienten die Möglichkeit, die in Hypnose erfahrene Entspannungsreaktion in der jeweiligen Situation autonom herbeizuführen. Das Erlernen und die schnelle Anwendung von Selbsthypnose sind eine notwendige Voraussetzung dafür. Übergewicht stellt für die Patienten oft eine belastende Situation dar und mindert das Selbstbewusstsein. In solchen Fällen versucht man im Rahmen der Hypnosesitzungen zusätzlich auch das Selbstwertgefühl des Patienten zu steigern.

Es hat sich gezeigt, dass eine positive Erwartungshaltung sowie die Vorstellung des bereits erreichten Zieles zur erfolgreichen Gewichtsreduktion beitragen. Martin (2001) gibt an, bei den Patienten nach etwa 5-6 Sitzungen gute Erfolge verzeichnen zu können.

Die Wirksamkeit der Hypnose für die Gewichtsreduktion konnten Bolocofsky et al. (1985) auch noch nach 24 Monaten nachweisen. Kirsch et al. (1995) bestätigte das Ergebnis in einer Metaanalyse von 18 Studien.

3.6.5 Raucherentwöhnung

Ebenso wie bei der Gewichtsreduktion steht bei der Raucherentwöhnung als unterstützende Maßnahme in einem Gesamtkonzept die Veränderung einer Gewohnheit im Vordergrund. Auch hier kann mit „Reframing“ gearbeitet werden. Meist dient das Rauchen einer Zigarette als Ersatzhandlung für andere, unbefriedigte Bedürfnisse. Gleichermaßen gilt es hier, dieses Laster durch ein gewünschtes Verhalten zu substituieren. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen in der hypnotischen Therapie richten sich nach dem jeweiligen Kontext des Verhaltens. Dabei gilt es zunächst herauszufinden, was den eigentlichen Anstoß für die Angewohnheit liefert. Ist Stress

der Auslöser, so wird eine andere therapeutische Strategie gewählt als zum Beispiel bei „Rauchen aus Langweile“. Im Rahmen der Hypnose wird mit Hilfe von externen Suggestionen die Situation, in der das Rauchen praktiziert wird, erlebt und dabei dieses unerwünschte gegen das erwünschte Verhalten ausgetauscht. Die Zigarette kann zum Beispiel durch ein Pfefferminzbonbon ersetzt werden. Auch hier hat man festgestellt, dass in Bezug auf die Suggestionen eine Ersatzhandlung bei den Patienten höhere Akzeptanz findet als eine reine Abstinenzsuggestion. Kann das Verhalten mit einem definierten Auslöser in Zusammenhang gebracht werden, zum Beispiel Kettenrauchen bei Nervosität, so bietet sich die Möglichkeit, unter Anwendung von Selbsthypnose in der entsprechenden Situation dem unerwünschten Verhalten entgegen zu wirken. (Vgl. Schulz-Stübner, 2007).

Schubert (1983), Rabkin et al. (1984) und Elkins et al. (2006) haben in Studien die Wirksamkeit der Hypnose zur Raucherentwöhnung überprüft. Bei hochsuggestiblen Personen konnten langfristige Abstinenzraten von 66 % festgestellt werden. Gerl (1997) betont jedoch, dass bei Hypnose mit standardisierten Suggestionen vermutlich zu wenig von dem gelernt werde, was notwendig sei, um nach dem Entzug frei zu bleiben.

Auch im Falle der Raucherentwöhnung stellt Hypnose eine Möglichkeit dar, vermehrte Selbstkontrolle im Umgang mit Stress und sozialem Druck zu gewinnen und andere Entfaltungsmöglichkeiten zu entdecken.

3.6.6 Genussmittel Alkohol

Da kardiovaskuläre Erkrankungen häufig auf eine ungesunde und unnatürliche Lebensweise zurückzuführen sind, können adäquate Verhaltensmaßnahmen ergriffen werden, um bestimmten Erkrankungen vorzubeugen. Dazu gehört auch der Verzicht auf übermäßigen Konsum von Alkohol (vgl. alkoholische Kardiomyopathie). Wie auch bereits bei den anderen Genussmitteln erwähnt, kann mit Hilfe von Hypnose das Verlangen und die Gewohnheit nach übermäßigem Alkoholkonsum reduziert werden. Und auch hier gilt es, sämtliche Laster in einem Gesamtkontext zu betrachten, was heißen soll, dass das Erzielen von innerer Ausgeglichenheit, Motivation und positiven Denkens in jeder Form der Therapie im Vordergrund steht.

Der chronische Alkoholabusus stellt eine Suchterkrankung dar, welche im Allgemeinen sehr schwierig zu behandeln ist und ein multidisziplinäres Vorgehen in der Therapie

erfordert. Hypnose kann als unterstützende Maßnahme in das Rehabilitationsprogramm integriert werden und beim Erlernen von Entspannungstechniken sowie zur Steigerung des Selbstwertgefühles hilfreich sein. Schulz-Stübner (2007) macht darauf aufmerksam, dass es sinnvoll erscheint, wenn in diesem Kontext medizinische Hypnose von den Fachärzten für Innere Medizin im Rahmen der Analgosedierung für Ösophagogastroduodenoskopien und ähnlichen Untersuchungen angewendet wird, um mit der dadurch erlebten positiven Erfahrung den Einstieg in eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung zu bahnen. (Vgl. Wadden & Penrod, 1981 und Beiglböck & Feselmayer, 2001).

3.6.7 Diabetes und Raynaud-Syndrom

Diabetespatienten haben oft kalte und schmerzhaftige Extremitäten aufgrund einer schlechten Durchblutung des geschädigten Gefäßsystems. Grabowska (1971) berichtet über die Wirkungen von hypnotischen Suggestionen zum Thema „Sonnenstrahlen“ und „warmer Durchblutung“ auf den Blutfluss in den Extremitäten und erzielt mit deren Anwendung deutliche Verbesserungen. (Vgl. Kossak, 1997). Mit direkten Suggestionen gelingt Conn und Mott (1984) das schnelle Herbeiführen von Vasodilatation bei einer Patientin mit Raynaud-Syndrom.

3.6.8 Schlafstörungen

Eine weitere Ursache für die Entwicklung kardiovaskulärer Störungen steht in Verbindung mit einem unausgewogenen Schlafverhalten. Mit speziellen Suggestionen konnte das Einschlafen bei 48 Probanden im Schlaflabor optimiert werden (vgl. Roehrs et al., 1985).

Anbar und Slothower (2006) stellten in einer Studie mit 84 Schulkindern im Alter von 7 bis 17 Jahren fest, dass die Anwendung von Selbsthypnose zur Behebung oder Verbesserung von Schlafstörungen bei Kindern erfolgreich ist. Das Auftreten der Schlafstörungen konnte mit psychischen Stressoren, darunter hauptsächlich Angst, in Zusammenhang gebracht werden. Von 70 Kindern, welche an Einschlafstörungen litten, gaben 90% an, dass sich die Einschlafzeit infolge regelmäßiger Anwendung von Hypnose deutlich verkürzt hatte. Durchschlafstörungen konnten ebenfalls signifikant

reduziert werden. 87% der Kinder berichteten auch von einem Rückgang somatischer Beschwerden, wie Bauchschmerzen, Brustschmerzen, Dyspnoe, Reizhusten und Kopfschmerzen, infolge von Hypnose. Anbar und Slothower folgerten daraus, dass die Unterweisung in Hypnose eine effektive Hilfestellung für die Therapie der Schlafstörungen bei Schulkindern darstellt.

Gardner (1978) beschreibt den Nutzen sowie die Indikationen und Kontraindikationen der Hypnose in Bezug auf Entspannungsinstruktionen und posthypnotische Suggestionen für die Ursachenfindung und Beruhigung bei Alpträumen.

Koe (1989) stellt einen Fallbericht über einen 16 jährigen Jungen dar, der nachts regelmäßig mit Schrecken aus dem Tiefschlaf erwachte und bei dem sämtliche Behandlungen erfolglos waren. Es wurde vermutet, dass die Schlafstörungen aufgrund nächtlicher Geräusche verursacht wurden. Mit Hilfe posthypnotischer Suggestionen von der Reduktion der Aufmerksamkeit gegenüber den nächtlichen Geräuschen konnte das nächtliche, angstgefüllte Erwachen erfolgreich eingestellt werden.

Reid, Ahmed und Levie (1981) gelang es mit sechs kurzen Hypnosesitzungen bei Schlafwandlern deutliche Besserungen zu erzielen. Eine nachhaltige Verbesserung sowohl der subjektiven als auch der objektiven Symptome wurde in einer Verlaufskontrolle nach einem Jahr bestätigt.

Hurwitz et al. (1991) fassten den Erfolg hypnotischer Behandlungen bei Schlafwandeln und nächtlichem Erwachen bei Erwachsenen in einer retrospektiven Studie zusammen. 74% von 27 behandelten Erwachsenen gaben deutliche Verbesserungen als Folge der regelmäßigen Anwendung von Selbsthypnose an. Die Autoren wiesen dabei auch auf die Kosten- und Zeitersparnis der Selbsthypnose gegenüber einer Therapie mit Pharmaka und der Psychotherapie hin.

4 Diskussion

Hypnose wurde bereits im antiken Griechenland als Heilverfahren angewandt. Ihre historischen Wurzeln reichen weit in die Vergangenheit zurück und ihr Einsatz hat sich über viele Epochen hinweg in unterschiedlichen Formen der Anwendung bewährt.

Hypnose ist eine wirkungsvolle Kommunikationsform bzw. Technik, mit der die Aufmerksamkeit fokussiert und von außen nach innen gelenkt werden kann, um somit eine Veränderung des Bewusstseinszustandes herbeizuführen. Dieser Zustand kann zur Beeinflussung somatischer und psychosomatischer Probleme genutzt werden. Die Nutzung der eigenen Ressourcen des Individuums steht dabei im Vordergrund. Anstatt auf Defizite hinzuweisen werden die Fähigkeiten des Patienten herangezogen, das Selbstwertgefühl gestärkt und Selbsthilfekräfte mobilisiert. Zur Verminderung oder Beseitigung von Störungen wie Angst, Schmerzen oder Rauchen wird auf die eigenen Möglichkeiten, die sich dem jeweiligen Patienten individuell bieten, zurückgegriffen. Die Lösung des Problems richtet sich nach dem gegenwärtigen, momentanen Zustand des Patienten.

Im Trancezustand können erlernte Begrenzungen leichter überschritten werden als im bewussten Alltagsdenken. Empirische Belege von der Wirksamkeit hypnotischer Interventionen liegen in unterschiedlichen Bereichen vor. Eine Abnahme des Schmerzempfindens kann durch subjektive Angaben und objektiv anhand des Medikamentengebrauchs festgestellt werden. Der Erfolg einer Raucherentwöhnung lässt sich im Rückgang des Zigarettenkonsums erkennen. Besserung oder Genesung von psychosomatischen Beschwerden kann durch medizinische Befunde und subjektive Angaben des Patienten bestätigt werden. Metaanalysen weisen die objektiven, evidenzbasierten Wirkungen von Hypnose auf die Physiologie der Patienten besonders in der Schmerz- und Angstbehandlung und bei Verhaltensstörungen wie Nikotinabusus nach. Die physiologischen Veränderungen die im Entspannungszustand und durch Suggestion entstehen, fördern somatische Heilungsprozesse und reduzieren die Stressreaktionen. Es werden weniger Stresshormone ausgeschüttet und das Immunsystem wird gestärkt. Zu den physiologischen Veränderungen zählen Abnahme von Atemfrequenz, Herzfrequenz, Muskeltonus und Blutdruck. Einschlägige

Fachliteratur (Kossak, 1997; Revenstorf & Peter, 2001; Erickson, 1981a) zeigt mit Fallstudien, dass Hypnose in vielen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Bereichen angewendet wurde.

Die Fallbeispiele dieser Arbeit haben gezeigt, dass es mit Hilfe von ärztlicher Hypnose gelingt, die Schmerzwahrnehmung und das Angstempfinden der Patienten während invasiver Untersuchungen und Interventionen auszuschalten oder zumindest deutlich zu reduzieren. Interessanterweise konnte ich bei allen Patienten, die sich der Herzkatheteruntersuchung unterzogen, eine Veränderung in der Zeitwahrnehmung beobachten. Des Weiteren gaben die meisten Patienten im Nachgespräch an, vor und während des Eingriffes nicht mehr nervös oder aufgeregt gewesen zu sein oder sich nicht an die subjektiven Empfindungen in der Stunde vor der Untersuchung erinnern zu können. In den Gesprächen mit den Patienten unmittelbar vor der Untersuchung erzählten mir jedoch die meisten von ihnen, dass sie dem Eingriff aufgeregt, nervös und ängstlich entgegen blickten. Diesen Umstand schienen die Patienten allerdings nach der Untersuchung und der Intervention vergessen zu haben. Das Trancephänomen der „posthypnotischen Erinnerungsamnesie“ gibt sich dabei deutlich zu erkennen. Diese Fallbeispiele demonstrieren, wie ärztliche Hypnose im Klinikalltag rasch und effektiv umgesetzt werden kann.

Hypnose eignet sich sowohl für einen kurzzeitigen Einsatz im Rahmen einer ziel- oder symptomorientierten Anwendung, z.B. zur Sedierung oder Analgesie bei medizinischen Interventionen, als auch zur längerfristigen Behandlung in Form einer Hypnosetherapie. Ihr Einsatz bietet sich zur Prophylaxe sowie Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und in der Nachsorge von Infarktpatienten an. Die regelmäßige Anwendung von Hypnose hilft, neue Coping-Strategien für den Umgang mit Belastungen zu entwickeln, Stressmanagement zu erlernen und eine Änderung des Lebensstils herbeizuführen. Der nachhaltige Erfolg und die positiven Auswirkungen auf die körperliche und mentale Gesundheit sind in diesen Tagen unumstritten. Zusätzlich sollte auch der finanzielle Aspekt bei der Anwendung von Hypnose, die Kostenersparnis infolge eines reduzierten Bedarfs an Sedativa, Analgetika und zahlreichen Arzneien zur Aufrechterhaltung der kardiovaskulären Gesundheit, gegenüber einer Therapie mit herkömmlichen Pharmaka in Betracht gezogen werden.

Hypnose verbindet Soma und Psyche, Medizin und Psychologie. Ihr ganzheitlicher medizinischer Ansatz macht sie daher für die moderne Medizin besonders wertvoll und attraktiv. Ärztliche Hypnose bietet eine nebenwirkungsarme Erweiterung des kardiologisch-therapeutischen Spektrums und könnte daher mehr Eingang in die klinische Tätigkeit finden. Schulz-Stübner (2007) macht darauf aufmerksam, dass medizinische Hypnose grundsätzlich von jedem Arzt erlernt und im Rahmen seiner fachspezifischen Tätigkeit ergänzend angewendet werden kann. Ein erster Ansatz besteht darin, auf die Art der Gesprächsführung zu achten. Im alltäglichen ärztlichen Gespräch sollte die Auswahl positiver Worte gepflegt und auf mögliche Negativsuggestionen verzichtet werden.

5 Literaturverzeichnis

Adams, P.C. & Stenn, P.G. (1992): Liver biopsy under hypnosis. *J Clin Gastroenterol* 15 (2): 122-4.

Anbar, R.D. & Slothower, M.P. (2006): Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. *BMC Pediatr* 6: 23.

Ashton, R.C., Whitworth, G.C., Seldomridge, J.A., Shapiro, P.A., Michler, R.E., Smith, C.R., Rose, E.A., Fisher, S. & Oz, M.C. (1995): The effects of self- hypnosis on quality of life following coronary artery bypass surgery: preliminary results of a prospective, randomized trial. *J Altern Complement Med* 1 (3): 285-90.

Ashton, R.C., Whitworth, G.C., Seldomridge, J.A., Shapiro, P.A., Weinberg, A.D., Michler, R.E., Smith, C.R., Rose, E.A., Fisher, S. & Oz, M.C. (1997): Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 38 (1): 69-75.

Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gnechi-Ruscone, T., Ugo, L. & Danzi, G.B. (2004): Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *Am J Cardiol* 93 (8): 1035-8.

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

Barber, T.X. (1965): Measuring hypnotic- like suggestibility with and without hypnotic induction: psychometric properties, norms, and variables influencing response to the Barber Suggestibility Scale (BSS). *Psychological Reports* 16: 809-44.

Barnier, A.J. & McConkey, K.M. (1999): Hypnotic and posthypnotic suggestion: finding meaning in the message of the hypnotist. *Int J Clin Exp Hypn* 47 (3): 192-208.

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. 336-344.

Berk, L.S., Tan, S.A., Fry, W.F., Napier, B.J., Lee, J.W., Hubbard, R.W., Lewis, J.E. & Eby, W.C. (1989): Neuroendocrine and stress hormone changes during mirthful laughter. Am J Med Sci 298 (6): 390-6.

Berk, L.S., Felten, D.L., Tan, S.A., Bittman, B.B. & Westengard, J. (2001): Modulation of neuroimmune parameters during the eustress of humor-associated mirthful laughter. Altern Ther Health Med 7 (2): 62-72, 74-6.

Bernhardt, J.A. (1985): Humor in der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.

Birbaumer, N. & Rief, W. (2006): Biofeedback. Grundlagen, Indikationen, Kommunikation, praktisches Vorgehen in der Therapie. Stuttgart: Schattauer.

Bloch-Szentágothai, K. (2001): Hypnose in Notfallsituationen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 681-685.

Böles, E. (1995): Hypnose. In: Frischenschlager, O., Hexel, M., Kantner-Rumplmair W., Ringler, M., Söllner, W. & Wisiak, U.V. (Hrsg). Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie. Wien, New York: Springer Verlag, S. 831-834.

Bolocofsky, D.N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985): Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. J Clin Psychol 41 (1): 35-41.

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

Bongartz, W. (1996): Der Einfluß von Hypnose und Streß auf das Blutbild. Psychohämatologische Studien. Frankfurt: Peter Lang.

Bongartz, B. & Bongartz, W. (2001): Die Stellvertretertechnik. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 184-193.

Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002): Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut* 47 (2): 67-76.

Bongartz, W. (2008): Suggestive und übende Verfahren. In: Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, T.v. & Wesiack, W. (Hrsg). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns.* München: Urban & Fischer, S. 503-514.

Butler, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D. & Spiegel, D. (2005): Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 115 (1): e77-85.

Butschek, C. (2000): <F3> Affektive Störungen unter besonderer Berücksichtigung der depressiven Störungen. In: Beiglböck, W., Feselmayer, S. & Honemann, E. (Hrsg). *Handbuch der klinisch- psychologischen Behandlung.* Wien: Springer, S. 147-168.

Casiglia, E., Rossi, A., Tikhonoff, V., Scarpa, R., Tibaldeschi, G., Giacomello, M., Canna, P., Schiavon, L., Rizzato, A. & Lapenta, A.M. (2006): Local and systemic vasodilation following hypnotic suggestion of warm tub bathing. *Int J Psychophysiol* 62 (1): 60-5.

Casiglia, E., Schiavon, L., Tikhonoff, V., Haxhi Nasto, H., Azzi, M., Rempelou, P., Giacomello, M., Bolzon, M., Bascelli, A., Scarpa, R., Lapenta, A.M. & Rossi, A.M. (2007): *Am J Clin Hypn* 49 (4): 255-66.

Chung, M.C., Berger, Z., Jones, R. & Rudd, H. (2008): Posttraumatic stress and comorbidity following myocardial infarction among older patients: the role of coping. *Aging Ment Health* 12(1): 124-33.

Conn, L. & Mott, T.Jr. (1984): Plethysmographic demonstration of rapid vasodilation by direct suggestion: a case of Raynaud's disease treated by hypnosis. *Am J Clin Hypn* 26 (3): 166-70.

Crawford, H.J. & Gruzelier, J.H. (1992): A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: recent research and future directions. In: Fromm, E. & Nash, M. (Hrsg). *Contemporary hypnosis research*. New York: Guilford Press, S. 227-266.

Crawford, H.J. (1994a): Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes. *Int J Clin Experimental Hypnosis* 42 (3): 204-32.

Crawford, H.J. (1994b): Brain systems involved in attention and disattention (hypnotic analgesia) to pain. In: Pribram, K. (ed.). *Origins: Brain and self organization*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, S. 661-79.

Crawford, H.J., Kropotov, J.D. & Polyakov, Y.I. (1997): Somatosensory event-related potential changes to painful stimuli during hypnotic analgesia: anterior cingulate cortex and anterior temporal cortex intracranial recordings. *Int J Psychophysiol* 27 (1): 1-8.

Derra, C. (2006): Hypnose. In: Zaudig, M. & Trautmann, R.D. (Hrsg). *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 326-330.

DGZH. Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose. URL: <http://www.dgzh.de/frameset-arzt.htm> [abgerufen am 20-05-2008]

Dorsch, F. (2003): *Psychologisches Wörterbuch*. Häcker, H. & Stapf, K.H. (Hrsg). Bern: Huber.

Easton, R.D. & Shor, R.E. (1975): Information processing analysis of the Chevreul pendulum illusion. *J Exp Psychol Hum Percept Perform* 1 (3): 231-6.

Easton, R.D. & Shor, R.E. (1976): An experimental analysis of the Chevreul pendulum illusion. J Gen Psychol 95 (1st Half): 111-25.

Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Hasan Rajab, M. & Cook, T. (2006): Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. Int J Clin Hypn 54 (3): 303-15.

Erickson, M.H. (1957): American Society of Clinical Hypnosis. URL: <http://asch.net> [abgerufen am 07-05-2008].

Erickson, M.H. (1964/1995): Eine hypnotische Technik für Patienten mit Widerstand: Der Patient, die Technik, die Grundlagen und Feldexperimente. In: Rossi, E.L. (Hrsg). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Band 1). Heidelberg: Carl-Auer, S. 416-461.

Erickson, M.H. (1966/1998): Die Einstreu-Technik der Hypnose zur Symptomkorrektur und Schmerzkontrolle. In: Rossi, E.L. (Hrsg). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Band 5). Heidelberg: Carl Auer, S. 342-363.

Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1974/1997): Varianten hypnotischer Amnesie. In: Rossi, E.L. (Hrsg). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Band 4). Heidelberg: Carl Auer, S. 95-119.

Erickson, M., & Rossi, E. (1976): Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. New York: Irvington.

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

Erickson, M., & Rossi, E. (1979): Hypnotherapy: An Exploratory Casebook. New York: Irvington.

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

Erickson, M.H. & Rossi, E.L. (1981b): Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1995-98): Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Bd.1-6, hrsg. von E.L. Rossi). Heidelberg: Carl Auer.

Erickson, M.H. (1997): Das Problem der Amnesie in Wach- und Trancezuständen. In: Rossi, E.L. (Hrsg). Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson (Band 4). Heidelberg: Carl Auer, S. 79-94.

Faymonville, M.E., Fissette, J., Mambourg, P.H., Roediger, L., Joris, J. & Lamy, M. (1995): Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic surgery. Reg Anesth 20 (2): 145-51.

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

Freud, S. (1992): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. Der Humor. Einleitung von Peter Gay. Frankfurt: Fischer.

Friedman, H. & Taub, H.A. (1977): The use of hypnosis and biofeedback procedures for essential hypertension. Int J Clin Exp Hypn 25(4):335-47.

Fritzsche, K., Krahnemann, H. & Rösner, S. (2003): Entspannungsverfahren und Körperwahrnehmung. In: Fritzsche, K., Geigges, W., Richter, D., Wirsching, M. (Hrsg). Psychosomatische Grundversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 149- 167.

Gardner, G.G. (1978): Hypnotherapy in the management of childhood habit disorders. J Pediatr 92 (5): 838-40.

Gasser, R. (2001): Gesundheit für Herz und Kreislauf. Ernährung – Bewegung – Lebensfreude – Vorsorge. Niedernhausen: Falken-Verlag.

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. (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. 269-285.

Gerschman, J.A. (1988): Dental fears and phobias. *Aust Fam Physician* 17 (4): 261-3, 266.

Gheorghiu, V.A. (2001): Vorbereitung und Aufhebung hypnotischer Vorgänge. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 194-203.

Gilligan, S.G. (1991): Therapeutische Trance: Das Prinzip Kooperation in der Ericksonschen Hypnotherapie. Heidelberg: Carl Auer.

Grabowska, M.J. (1971): The effect of hypnosis and hypnotic suggestion on the blood flow in the extremities. *Pol Med J* 10 (4): 1044-51.

Hain, P. (1993): Inframing. Bitte einsteigen...und die Türen öffnen. In: Mrochen, S., Holtz, K.L. & Trenkle, B. (Hrsg). *Die Pupille des Bettnässers.* Heidelberg: Carl- Auer.

Hain, P. (2001): Humor und Hypnotherapie. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 152-155.

Haring, C. (2006): Hypnose und autogenes Training. In: Möller, H. J. (Hrsg). *Therapie psychischer Erkrankungen.* Stuttgart: Thieme Verlag, S. 23-31.

Hausmann, C. (2003): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Wien: Facultas.

Hewson-Bower, B. & Drummond, P.D. (1996): Secretory immunoglobulin A increases during relaxation in children with and without recurrent upper respiratory tract infections. *J Dev Behav Pediatr* 17 (5): 311-6.

Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975): Hypnosis in the relief of pain. Los Altos, CA: William Kaufmann.

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. 158-168.

Hurwitz, T.D., Mahowald, M.W., Schenck, C.H., Schluter, J.L. & Bundlie, S.R. (1991): A retrospective outcome study and review of hypnosis as treatment of adults with sleepwalking and sleep terror. *J Nerv Ment Dis* 179 (4): 228-33.

Jaynes, J. (1976): The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind. Boston: Houghton Mifflin Co.

Kaiser Rekkas, A. (1998): Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung. Heidelberg: Carl Auer.

Kaiser Rekkas, A. (2005): Im Atelier der Hypnose. Entwurf, Technik, Therapieverlauf. Heidelberg: Carl Auer.

Karlin, R.A., Hill, A. & Messer, S. (2008): Responding and failing to respond to both hypnosis and a kinaesthetic illusion, Chevreul's Pendulum. *Int J Clin Exp Hypn* 56(1): 83-98.

Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995): Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 63 (2): 214-20.

Koe, G.G. (1989): Hypnotic treatment of Sleep Terror Disorder: a case report. *Am J Clin Hypn* 32 (1): 36-40.

Konradt, B., Deeb, S. & Scholz, O.B. (2004): Motorische Imagination in Hypnose. Alpha- und Thetapower während motorischer Imagination. *HyKog* 21 (1-2):183-204.

Kossak, H. C. (1997): Hypnose. Lehrbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Kutz, I., Garb, R. & David, D. (1988): Post-traumatic stress disorder following myocardial infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 10(3): 169-76.

Lang, E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D., Hamilton, D. & Lee, K.K. (1996): Self- hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: effects on pain perception and intravenous drug use. *Int J Clin Exp Hypn* 44 (2): 106-19.

Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., Berbaum, K.S., Logan, H. & Spiegel, D. (2000): Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *Lancet* 355 (9214): 1486-90.

Lang, E.V., Berbaum, K.S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M.L., Laser, E. & Baum, J. (2006): Adjunctive self- hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain* 126 (1-3): 155-64.

Lazarus, A.A. (2000): Innenbilder. Imagination in der Therapie und als Selbsthilfe. Stuttgart: Klett-Cotta.

LeCron, L.M. (1982): Fremdhypnose, Selbsthypnose. Technik und Anwendung im täglichen Leben. München: Ariston.

Linzer Akademie für NLP (2007): Milton-Modell. URL: http://www.nlp.at/lexikon_neu/show.php?input=165 [abgerufen am 25-04-2008].

Lutgendorf, S.K., Lang, E.V., Berbaum, K.S., Russell, D., Berbaum, M.L., Logan, H., Benotsch, E.G., Schulz-Stübner, S., Turesky, D. & Spiegel, D. (2007): Effects of age on responsiveness to adjunct hypnotic analgesia during invasive medical procedures. *Psychosom Med* 69 (2): 191-9.

MacHovec, F.J. (1986): Hypnosis complications. Prevention and risk management. Springfield/ IL: Charles C. Thomas.

Martin, M. (2001): Übergewicht. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 359-373.

McGhee, P.E. (1996): Health, healing, and the amuse system. Humor as survival training. Dubuque, Iowa: Kendal/ Hunt.

Montgomery, G. & Kirsch, I. (1996): The effects of subject arm position and initial experience on Chevreul pendulum responses. *Am J Clin Hypn* 38(3): 185-90.

Montgomery, G.H., DuHamel, K.N. & Redd, W.H. (2000): A meta- analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn* 48 (2): 138-53.

Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H. & Bovbjerg, D.H. (2002): The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth Analg* 94 (6): 1639-45.

NLP- Ausbildungsinstitut Kassel: NLP-Kurzdefinition. URL: http://www.nlp-ausbildung.de/artikel/nlp_definition.htm [abgerufen am 25-07-2008].

ÖGZH (2000): Trance-Induktion. Aus „Kurs für Ärztliche und Zahnärztliche Hypnose der ÖGZH“.

O'Hanlon, W.H. (1994): Milton H. Ericksons gesammelte Fälle. Stuttgart: Klett-Cotta.

Orne, M.T. (1959): The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 58: 277-299.

Otani, A. (1989): The confusion technique untangled: its theoretical rationale and preliminary classification. *Am J Clin Hypn* 31 (3): 164-72.

Pajntar, M., Jeglic, A., Stefancic, M. & Vodovnik, L. (1980): Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with peripheral nerve lesions. *Int J Clin Exp Hypn* 28 (1): 16-26.

Peretz, B. (1996): Relaxation and hypnosis in pediatric dental patients. *J Clin Pediatr Dent* 20 (3): 205-7.

Peter, B. (1993): Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf, D. (Hrsg). *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer, S. 25-68.

Peter, B. (2001a): Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 697-737.

Peter, B. (2001b): Hypnotische Hypermnese und Amnesie. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 216-226.

Pschyrembel online Klinisches Wörterbuch (2007): Verhaltenstherapie. URL:
https://han.meduni-graz.at/han/Pschyrembel/www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=karlo46pavlovic64meduni45graz46at216758394104280&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw 261.Auflage, Berlin: de Gruyter. [abgerufen am 22-07-2008]

Rabkin, S.W., Boyko, E., Shane, F. & Kaufert, J. (1984): A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 9 (2): 157-73.

Rainville, P., Hofbauer, R.K., Bushnell, M.C., Duncan, G.H. & Price, D.D. (2002): Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci* 14 (6): 887-901.

Raskob, H. (2005): Die Logotherapie und Existenzanalyse Viktor Frankls: Systematisch und kritisch. Wien: Springer.

Raz, A., Shapiro, T., Fan, J. & Posner, M.I. (2002): Hypnotic suggestion and the modulation of Stroop interference. *Arch Gen Psych* 59: 1155-61.

Reid, W.H., Ahmed, I. & Levie, C.A. (1981): Treatment of sleepwalking: a controlled study. *Am J Psychother* 35 (1): 27-37.

Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1993a): Geschichte. In: MEGA Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und Kurztherapie, Austria. URL: <http://www.hypno-mega.at/Hypnose/Geschichte.php> [abgerufen am 17-12-2007].

Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1993b): Ziele der Hypnose. In: MEGA Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und Kurztherapie, Austria. URL: <http://www.hypno-mega.at/Hypnose/Theorie.php> [abgerufen am 29-04-2008].

Revenstorf, D. & Freund, U. (2001): Indirekte Induktion und Kommunikation. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 169-184.

Revenstorf, D. & Peter, B. (2001): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin.* Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Revenstorf, D. & Zeyer, R. (2007): *Hypnose lernen. Leistungssteigerung und Stressbewältigung durch Selbsthypnose.* Heidelberg: Carl Auer.

Roehrs, T., Vogel, G., Vogel, F., Wittig, R., Zorick, F., Paxton, C., Lamphere, J. & Roth, T. (1985): Eligibility requirements in hypnotic trials. *Sleep* 8 (1): 34-9.

Rogers, C.R. (1973): Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie. München: Kinder.

Rosen, S. (1982): My Voice will go with you. The teaching tales of Milton H. Erickson. New York: Norton & Company.

Rubinstein, H. (1985): Die Heilkraft Lachen. Bern: Hallwag.

Ruch, W. (1992): Die Emotion Erheiterung: Eine Übersicht über den Forschungsgegenstand. Referat am 38. Kongress der DGfP in Trier. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/MathNat/Ruch/Texte/Erheiter.DOC> [abgerufen am 06-06-2008].

Ruch, W. (1998): The sense of humor. Explorations of a personality characteristic. Berlin: Mouton de Gruyter.

Ruch, W.(2006): Persönlichkeit, Stimmung und Emotion in Studien von Humor und Lachen. Humorkongress „Humor gewinnt“ Bad Zurzach. URL: http://www.psychologie.uzh.ch/perspsy/texte/zurzach/Ruch_Fritig_zurzach06.pdf [abgerufen am 06-06-2008].

Schachter, S. (1971): Emotion, Obesity and Crime. New York: Academic Press.

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. 625-639.

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

Schulz-Stübner, S. (1996): Hypnosis- a side effect- free alternative to medical sedation in regional anesthesia. *Anaesthesist* 45 (10): 965-9.

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

Schüßler, G., Bertl-Schüßler, A., Ecker-Egle, M.L., et al. (2005): Psychosomatik/ Psychotherapie systematisch. Bremen: UNI-MED.

Schütz, G. (2007): Zahnmedizin. In: Schulz-Stübner, S. (Hrsg). Medizinische Hypnose- Grundlagen und Behandlungstechnik. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, S. 126-141.

Shaw, A.J. & Niven, N. (1996): Theoretical concepts and practical applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fear and anxiety. *Br Dent J* 180 (1): 11-6.

Shor, R.E. & Orne, E.C. (1962): Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Form A. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Spanos, N.P. & McPeake, J.D. (1975): Involvement in everyday imaginative activities, attitudes toward hypnosis and hypnotic susceptibility. *J Pers Soc Psychol* 31(3): 594-8.

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

Stewart, A.C. & Thomas, S.E. (1995): Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol* 132 (5): 778-83.

St Jean, R., MacLeod, C., Coe, W.C. & Howard, M. (1982): Amnesia and hypnotic time estimation. *Int J Clin Exp Hypn* 30 (2): 127-37.

Stotz-Ingenlath, G. & Kind, H. (2006): Supportives ärztliches Gespräch. In: Möller, H. J. (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 15-23.

Sulz, S. K. D. (2006): Hypnose und autogenes Training. In: Möller, H. J. (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 31-37.

Tambiev, A.E. & Medvedev, S.D. (2005): The dynamics of the spatial synchronization of brain biopotentials in conditions of intense attention in the hypnotic state. *Neurosc and Behav Physiol* 35 (6): 643-7.

Titze, M. & Eschenröder, C. (1998): Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendung. Frankfurt: Fischer.

Tönnies, S. (1998): Mentales Training für die geistig-seelische Fitneß. Ein praktischer Ratgeber für Erwachsene. Selbsthilfen. Heidelberg: Asanger.

Torem, M.S. (2007): Mind-body hypnotic imagery in the treatment of auto-immune disorders. *Am J Clin Hypn* 50 (2): 157-70.

Trenkle, B. (2001): Utilisation - ein Kernbegriff ericksonscher Hypnotherapie. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 83-88.

Wadden, T.A. & Penrod, J.H. (1981): Hypnosis in the treatment of alcoholism: a review and appraisal. *Am J Clin Hypn* 24 (1): 41-7.

Watzlawick, P., Beawin, J.H. & Jackson, D.D. (1982): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

Weitzenhoffer, A.M. (1953): Hypnotism: An objective study in suggestibility. New York: Wiley.

Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E.R. (1959): Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Weitzenhoffer, A.M. & Hilgard, E.R. (1962): Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Wikipedia online Enzyklopädie (2008): Flow.

URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Flow_%28Psychologie%29 [abgerufen am 21-07-2008].

Williams, J.D. & Gruzelier, J.H. (2001): Differentiation of hypnosis and relaxation by analysis of narrow band theta and alpha frequencies. *Int J Clin Exp Hypn* 49 (3): 185-206.

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

Zeig, J.K. (1980): A teaching seminar with Milton H. Erickson, M.D. New York: Brunner/ Mazel.

Zeyer, R. (2001): Stress. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Berlin, Heidelberg: Springer, S. 411-420.

Zimmermann, H.P. (2008): Die spannende Geschichte der Hypnose. URL: <http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf> [abgerufen am 25-04-2008].

6 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Votivtafel aus dem antiken Griechenland. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008]	11
<i>Abbildung 2:</i> Darstellung einer exorzistischen Heilung durch Priester Johann Joseph Gassner. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008].....	12
<i>Abbildung 3:</i> Franz Anton Mesmer. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008]	13
<i>Abbildung 4:</i> Heilbehandlung mit animalischem Magnetismus am „baquet“. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008].....	14
<i>Abbildung 5:</i> Kopf des Gottes Hypnos aus der griechischen Mythologie. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008].	15
<i>Abbildung 6:</i> Hippolyte Bernheim. Quelle: URL: http://www.hpz.com/Hypnose-Geschichte/geschichte-der-hypnose.pdf [abgerufen am 30-07-2008]	16
<i>Abbildung 7:</i> Milton H. Erickson. Quelle: URL: http://www.meg-rottweil.de/joomla/ [abgerufen am 30-07-2008]	18

7 Anhang

ANTONII MESMER

Marisburgensis Aeron. Suev.

A.A. LL. & Phil. Doct.

DISSERTATIO
PHYSICO - MEDICA

DE

PLANETARUM INFLUXU.

Quam

AUTHORITATE ET CONSENSU

Illustrissimorum, Perillustrium, Magnificorum,

Spe&abilium, Clarissimorum Virorum,

REVERENDISSIMI AC MAGNIFICI DOMINI

UNIVERSITATIS RECTORIS;

Reverendissimi, Illustriss. ac ampliss. Domini

UNIVERSITATIS CANCELLARI;

Illustrissimi, Magnifici, ac Clariss. Inclyt. Facult. Medicæ

DOMINI PRÆSIDIS;

Perillustris ac Magnifici Inclytæ Facultatis Medicæ

DOMINI VICE - PRÆSIDIS;

Perillustris, Magnif. ac Spe&ab. Inclyt. Facult. Medicæ

DOMINI DECANI;

D. D. Sacræ, Cæsareo-Regiæ, Apostolicæque Maje-
statis Consiliatorum, ac Archiatrorum

Nec non

CLARISSIMORUM DD. PROFESSORUM;

Venerab. Domini Senioris, atque totius amplissimi

DD. MEDICORUM COLLEGII;

pro Doctoratus Laurea

Summisque in Medicina Honoribus, & Privilegiis
legitime impètrandis

publicæ disquisitioni submitte,

Disputabitur in Palatio Universitatis Die 27

Mensis Maii MDCCLXVI.

VINDOBONÆ, Typis Ghelentanis.

Multa renascentur, quæ jam cecidère cadentque
Quæ nunc sunt in honore. . . .

Horat. de art. Poet.



PRÆMONITUM.



Erunt fortasse nonnulli, qui frontem contra-
hant, quorumque re-
prehensionem incurram, cum
ex titulo qualiscunque hujus Dis-
sertatiunculæ videant, post tot
calamis appetita celeberrimi
Meadii tentamina, me hominem
tantulum nihilominus conari in-
fluxum Astrorum a Medica disci-
plina Magnorum Virorum jussu
diu exulantem post liminio revo-
care, eidemque Medicorum pa-
trocinium & studia rursus conci-
liare. Quorum animos ut minus
aversos initio redderem, præ-
monendum duxi, non eum mihi

8 Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Corinna Haas
Geburtsdatum: 24.08.1984
Geburtsort: Klagenfurt
Staatsbürgerschaft: Österreich
E-mail: corinna.haas@gmx.at

Ausbildung:

10/2003 - 09/2008 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Graz
September 2008: Abschluss des 3. Studienabschnittes
September 2007: Abschluss des 2. Studienabschnittes
10/2002 - 06/2003 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Wien
Juni 2003: Abschluss des 1. Studienabschnittes
1994 - 2002 Bundesrealgymnasium Klagenfurt-Viktring; Reifeprüfung mit Auszeichnung
1990 - 1994 Volksschule in Klagenfurt

Famulaturen:

07/2007 Innere Medizin, Elisabethinen Krankenhaus Klagenfurt
07/2006 Kinder- und Jugendheilkunde, LKH-Klagenfurt
07/2005 Innere Medizin, LKH-Klagenfurt
02/2004 Herz-Thoraxchirurgie, LKH-Klagenfurt

Auslandsfamulaturen:

02/2008 Traditionelle Chinesische Medizin, Akupunktur und Moxibustion, Wenzhou Medical College, China
02/2006 Neurologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zusatzausbildungen im Rahmen des Studiums:

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

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

Spezielle Studienmodule:

12/2006	Arzneipflanzen und andere Therapieformen in der TCM (Dr. med. univ. Andrea Pribyl)
11/2006	Individualmedizin und Gesundheitsplanung (Dr. med. univ. Monika Graninger)
03/2006	Hypnose und erweiterte Kommunikation im ärztlichen Bereich (Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Robert Gasser)
07/2005	Klinische Endokrinologie-eine multidisziplinäre Erfahrung (Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Harald Dobnig)
01/2004	Angewandte Physiologie (Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Günther Schwabegger)