

## Effekte der Hypnotherapie

Dirk Revenstorf

Universität Tübingen

### Einleitung: Die dritte Wende

Hypnose gewinnt als Therapieform zunehmend an Aktualität. Dazu gibt es historische Vorläufer: etwa 1750 durch Mesmers Annahme der magnetischen Heilkräfte, 1850 durch den Einsatz als Narkotikum bei britischen Ärzten wie Esdaile, 1890 durch Charcot's Idee der passegereen Psychopathologie, seit 1940 durch Erickson Ausbau der Hypnotherapie zu einem flexiblen therapeutisches Instrument. Dabei stellte Hypnose immer eine Brücke zwischen der Medizin und der Psychotherapie dar, war aber schwer in die zeitgenössische Medizin oder Psychotherapie zu integrieren, da es ihr oft an einer objektiven empirischen Basis mangelte und eine theoretische Fundierung fehlte, die in die aktuelle Forschungslandschaft passte. In den letzten 20 Jahren hat sich Hypnotherapie jedoch als empirisch abgesicherte Methode mit vielseitigen Indikationen erwiesen. Darüber hinaus zeichnet sich eine physiologische Basis zu ihrer Darstellung ab. Bedeutsam ist aber auch, dass sie in der gegenwärtig sich öffnenden Psychotherapie-Praxis einen guten Platz hat.

In der aktuellen Entwicklung der Psychotherapie verlieren die Schulen mehr und mehr ihre Konturen und Therapeuten mehr schon als die Forscher beginnen übergreifend zu denken und zu handeln. Das hat seine Berechtigung, denn das Erleben und die psychosomatischen und psychischen Störungen lassen sich nicht auf einzelne Ebenen etwa die der Träume oder des Affekts, des Denkens oder des Verhaltens beschränken. Wenn man die Aspekte der Erfahrung vom inneren Substrat Chemie des Körpers, bis in die äußeren Umgebungen, wie Familie, soziale Umwelt und Kultur betrachtet, so haben die meisten Störungen eine Widerspiegelung auf jeder dieser Ebenen.

Die Mehrzahl der Therapieschulen ist jedoch traditionell auf einer dieser Ebenen angesiedelt, obwohl wenig Grund dazu besteht, die therapeutische Arbeit auf einen Aspekt des Erlebens einzugrenzen; niemand will ja im Leben sich darauf

beschränken, nur als handelndes oder sprechendes Wesen betrachtet zu werden; auch nicht nur als bewusst denkendes Wesen; vielmehr sind unbewusstes Prozesse, körperliche Reaktionen und Emotionen ebenso bedeutsam für das Selbstverständnis. Auch in der Partnerwahl oder den Beziehungsmustern der Primär-Familie spiegeln sich die Persönlichkeits und der individuellen Entwicklung und den damit zusammenhängenden Störungen wieder.

Letztendlich hängt die Befindlichkeit und Gesundheit auch damit zusammen, wie sich das Individuum in seiner Kultur orientiert und zahlreiche Autoren wie Freud, Reich oder Hillman oder die Autoren der sogenannten kritischen Psychologie (s. Jaeggi, 1990) haben darauf hingewiesen, wie die politischen und kulturellen Einflüsse die individuelle Befindlichkeit prägen und beeinträchtigen. Manchmal impliziert die psychologische Krise auch die Frage nach dem Sinn unserer Existenz, insbesondere wenn diese durch Unglück oder Krankheit bedroht ist. Die Grenzen der Psychotherapie sind somit sowohl nach innen zur Medizin des Körpers wie nach außen zu Gesellschaft, Politik und Spiritualität offen.

Die Übergänge zwischen den Therapieschulen werden unscharf und das ist auch gut so, denn die offiziell akkreditierten Therapie-Verfahren sind ohnehin oft heterogene Methodensammlungen ohne geschlossenes Theoriegebäude. Verhaltenstherapie z.B. hat sich zunächst auf der Handlungsebene und dann auf der kognitiven Ebene angesiedelt hat - mit unterschiedlichen theoretischer Basis, etwa Lerntheorien und Dissonanztheorie. Selbst die lerntheoretische Grundlage der Verhaltenstherapie ist ja keineswegs so homogen, wie sie oft sich etwa skinnerianisch, oder Wolpianisch darstellt, nämlich als Konditionierung in der einen oder anderen Art. Es sind mindestens sieben Lernmechanismen in der Akquisition des Verhaltens wirksam (Razran 1979), nämlich nicht-assoziative Mechanismen der Sensitivierung und Habituation, assoziative Mechanismen der respondenten, operanten und aversiven Konditionierung sowie konfiguratives Lernen und Symbolisierungsprozesse, d. h. das Begreifen und Verstehen von Verhalten mithilfe von Symbolen in Sprache, schlußfolgerndem Denken usw. Diese Mechanismen sind evolutionär gestaffelt, wobei die höheren Formen die niederen dominieren; aber im Stressfall fällt der Organismus auf die niederen Mechanismen zurück. Etwa überformt das logische Denken die Konditionierungsprozesse, aber nach einem Traumas dominiert die konditionierte Angst in Form von Flashbacks die vernünftige Orientierung.

Nach die sogen. kognitive Wende in den sechziger Jahren hob darauf ab, dass das bewusste Denken nach anderen Gesetzmäßigkeiten als denen der Konditionierung abläuft, nämlich nach z.B. dem sogen. TOTE-Modell (Miller, Galanter & Pribram 1962), gemäß dem der Verhaltensentwürfe geplant, überprüft und revidiert werden. Danach gab es in den achtziger Jahren eine Wende zur emotionalen Intelligenz (Goleman, 1985), zum Gehirn im Bauch („The second brain“; Gershon 1992). Nach dieser Sichtweise ist unsere Intuition oder emotionale Intelligenz in manchen Fällen hilfreicher als die rationale Intelligenz. Z.B. hat sich für Kinder, die sie sich gegen sexuelle Übergriffe wehren sollen, Aufklärung ein weniger wirksamer Schutz erwiesen, als ein Training, in dem lernen sie möglichst schnell und spontan ohne nachzudenken schreien (Goleman, 1985). Therapieformen, die emotionale Intelligenz im Vordergrund sehen, sind etwa Körpertherapie oder Gestalttherapie.

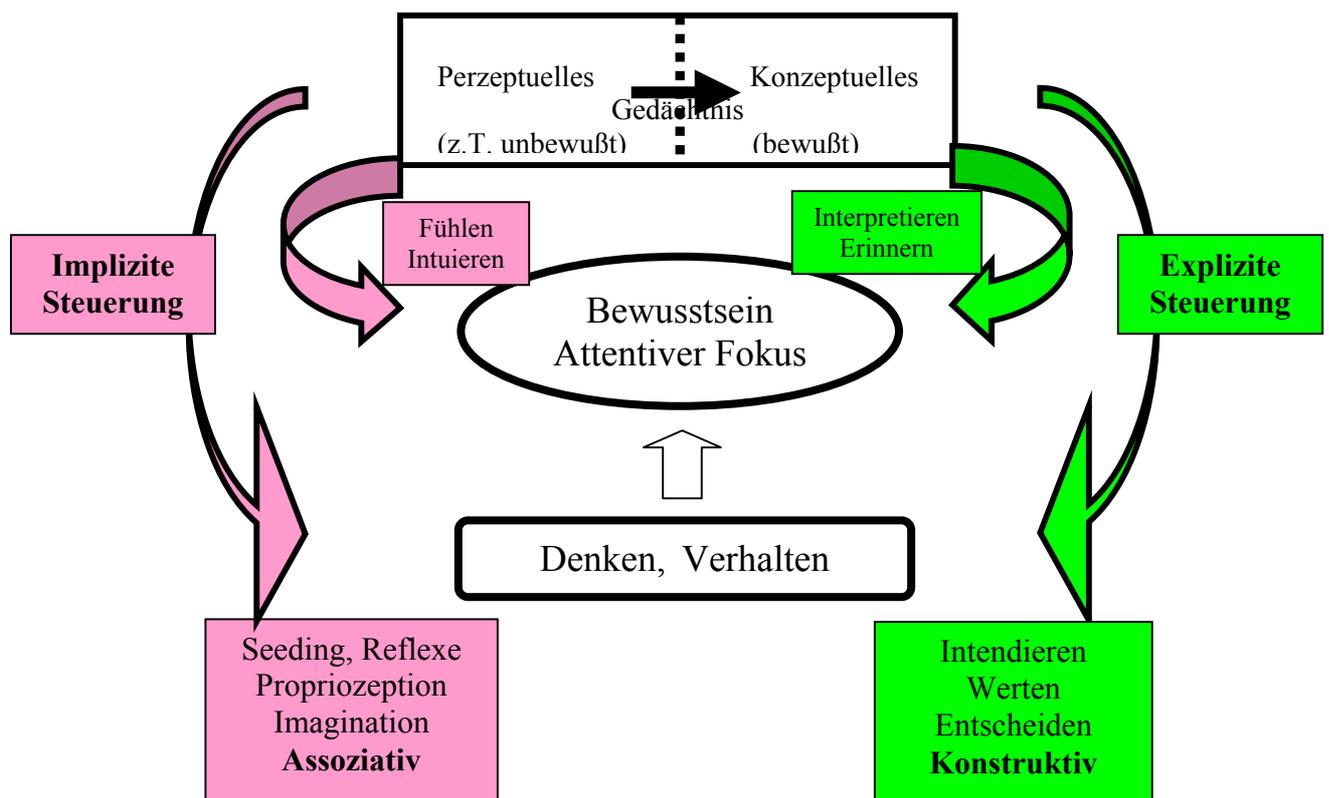


Abbildung 1: Explizite und implizite Verhaltenssteuerung

Es scheint, dass nach der kognitiven und der emotionalen Wende, eine dritte Wende bevorsteht, nämlich die zum Unbewussten, der Besinnung auf die Mechanismen, die nicht auf der expliziten Alltagslogik sondern auf mentalen Leistungen basieren, die implizit ablaufen und die auch als unbewusst bezeichnet

werden. Immerhin hatten in der bekannten Studie von Wallerstein (1989) zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Behandlung 69% der erfolgreich behandelten Patienten keine Einsicht in den Veränderungsprozess. Und Hypnose bietet einen Zugang zu dieser impliziten Informationsverarbeitung, der sich therapeutisch nutzen lässt.

### Zur Definition von hypnotischer Trance: die unmittelbaren Effekte

Was sind die unmittelbaren Effekte hypnotischer Tranceinduktion? Da gibt es eine gewisse Unschärfe. Die meisten Forscher haben keine komplette Theorie der Hypnose und es verschieben sich die Akzente: mal werden die biologischen, mal die kognitiven, mal die sozialen Aspekte betont. Was ist also Hypnose? Die Wirkung der hypnotischen Tranceinduktion hat verschiedene Anteile, nämlich eine veränderte Wahrnehmung, veränderter Denkprozesse, einen veränderten Zugang zur Emotionalität und veränderte physiologische Reaktionen und veränderte therapeutische Beziehungsmuster. Was ist der gemeinsame Nenner?

*Aufmerksamkeitsbreite:* Zunächst bewirkt die Tranceinduktion eine Verschiebung der Aufmerksamkeit. Nach Fromm und Hart (1958) erlebt man einen subjektiv veränderten Bewusstseinszustand, der als Trance bezeichnet werden kann, wenn die Aufmerksamkeitsbreite entweder enger oder weiter als normal eingestellt wird. Ersteres wird bei der Blickfixation, letzteres mit der inneren Achtsamkeit des Hakomi oder manchen Meditationstechniken angestrebt. Man kann außerdem eine aktive mentale Verarbeitungsweise von einer rezeptiven unterscheiden, wodurch sich vier subjektiv unterschiedliche Kategorien von Trance ergeben. Damit im Zusammenhang ist zu sehen, dass unter Hypnose bestimmte Hirnareale stärker durchblutet sind, die mit der Steuerung von Aufmerksamkeit und Bewusstheit zu tun haben (im Frontalkortex, im visuellen und im anterioren cingulären Kortex, und im Stammhirn, s. Miltner et al. 1999).

*Dissoziation:* Eine weitere Eigenschaft der hypnotischen Trance ist die Dissoziation von Wahrnehmungsinhalten. Dies ist die Kehrseite der Fokussierung: wenn wir Dinge fokussieren wie bestimmte Bilder oder Handlungsabläufe können Reize, die störend sind wie körperliche Schmerzen oder Ablenkungen bei Sport und Arbeit oder auch unangenehme und belastende Erfahrungen, wie bei Gewalteinwirkungen, abgespalten werden. Dazu korrespondiert eine generelle Diskonnektivität, d.h. Abnahme der Korrelation der Hirnaktivität über den gesamten Kortex (s. Crawford & Gruzelier, 1992).

*Implizite Verarbeitung:* Implizite Verarbeitungsvorgänge sind solche, die nicht oder nur schwach ins Bewusstsein dringen. Dazu gehören nicht-assoziatives Lernen und Konditionierungen, Informationsaufnahme unter Ablenkung und der Erwerb von motorischen Abläufen regelhaften Zusammenhängen z.B. Konfigurationslernen In diesen Bereich gehört die Forschung zur subliminalen Wahrnehmung und zur

Vorprägung (Bahnung, priming). Einerseits ist bekannt, dass implizite Gedächtnisinhalte resistent gegen posttraumatische Amnesie sind. Zum anderen sind die beteiligten Hirnareale (im Frontalkortex, im visuellen und im anterioren cingulären Kortex) auch in hypnotischer Trance aktiviert (s. Kosslyn 2000, Rainville et al 2001). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass bildhafte Inhalte unter Hypnose besser abgerufen werden (Crawford & Allan 1996) und bildhafte Begriffspaare unter Hypnose besser gelernt werden als abstrakte (Halsband 2001).

*Physiologische Ansprechbarkeit:* Bekannt ist der generelle Entspannungseffekt der Hypnose, der mit einer Erniedrigung peripherer physiologischer Parameter (Muskeltonus, galvanische Hautreaktion, Herzrate, Veränderung der Gefäßspannung u.a.) und einer Vermehrung von langsamen EEG-Anteilen (alpha und theta) einhergeht. Auch der positive Einfluss der Hypnose auf die Immunfunktionen konnte vielfach nachgewiesen werden. Das wird in klinischen Studien zur Rückbildung von Herpes (Fox et al. 1999) und Warzen (Spanos 1990) deutlich und auch der Aufrechterhaltung der Immunkompetenz unter Stress. In Laborstudien wurde gezeigt, dass es unter Hypnose zum Anstieg der Konzentration von Immunglobulinen und von Leukozyten wie auch zur Verstärkung ihrer Adhäsion an den Gefäßwänden kommt (Bongartz, 1996).

*Regression:* Ein weiteres Phänomen ist die stärkere Asymmetrie der Therapeut-Klientbeziehung unter Hypnose. Über weite Strecken sind ja hypnotische Induktionen monologisch: der Therapeut redet und der Klient hört zu. Dabei schließt letzterer auch meist die Augen. D.h., dass er freiwillig die Kontrolle über die äußeren Umstände abgibt. Das fördert aber auch die Tendenz, die Kontrolle über Bewusstseinsinhalte abzugeben. Jemandem die Kontrolle zu überlassen, der sie verantwortungsvoll übernimmt, erleichtert mehr noch als im normalen Therapiegespräch die Regression des Patienten. In der Hypnose ist dieser Effekt symbolisch überhöht: Der Therapeut redet mit dem Patienten bestimmt wie ein Vater und fürsorglich wie eine Mutter. Dadurch kommt es zu schnellen und intensiven Übertragungen, die in doppelter Weise genutzt werden können, nämlich als gute Arbeitsbeziehung und als kindliche Lernhaltung des Patienten.

*Primärprozess:* Flexibler und mit kindlicher Phantasie ausgestattet sind die Veränderungs- und Lösungsprozesse nicht durch einengende Kategorien und Wertungen des rationalen Denkens begrenzt. Der Patient ist empfänglicher für Suggestionen von außen und der Kreativität seines eigenen Primärprozesses, ist aber auch der emotionalen Betroffenheit näher, wodurch sich die therapeutische Erfahrung vertieft. Ähnlich wie im Nachtraum sind die Grenzen von Realität von der Phantasie nicht mehr scharf und Übertragbarkeit von Bildern und Metaphern ist erhöht. Die mentale Arbeitsweise ist assoziativ, Negationen werden in der Hypnose irrelevant und die Zeit verliert ihre strukturierende Wirkung.

*Unwillkürlichkeit:* Ein letztes Merkmal der Hypnose, das besonders Erickson betont (Erickson & Rossi 1979), ist das der Unwillkürlichkeit. Sie wird deutlich durch ideomotorische Bewegungen wie die Handlevitation und macht dem Patienten deutlich, dass Veränderungen unabhängig von seinem Willen stattfinden können. Das ist ein für die Therapie nicht unerheblicher Faktor, um der Demoralisierung durch die Probleme und die vergeblichen Versuche ihrer vernunftgesteuerten Lösung entgegen zu wirken.

Zusammengefasst ist die hypnotische Trance ein veränderter Bewusstseinszustand, mit deutlichen somatischen Korrelaten, die ihn vom Schlaf und vom Alltagsbewusstsein unterscheiden. Dieser Zustand ist durch seine physiologischen und kognitiven Aspekte ein ausgezeichnetes Medium, um therapeutische Veränderungen einzuleiten. Dass hypnotische Reaktionen nicht mit Kooperativität zu verwechseln sind, sondern einen eigenen Mechanismus darstellen, ist vielfach gezeigt worden. Z.B können hochsuggestible Individuen mit hypnotischer Analgesie Schmerz besser bewältigen während niedrig suggestible das besser mit einer kognitiven Strategie können (Bower 1981).

Soweit zu den unmittelbaren Effekten der hypnotischen Tranceinduktion. Die Möglichkeiten diese Effekte für die Therapie zu nutzen sind vielfältig. Neben zahlreichen medizinischen Anwendungen (Dermatologie, Anästhesie, innere Medizin, Zahnmedizin, HNO u.a.) ist Hypnose in fast allen Bereichen der Psychotherapie bei Verhaltensstörungen, psychoneurotischen und psychosomatischen Problemen eingesetzt worden (s. Revenstorf 1993, Revenstorf & Peter 2001). Neben unkontrollierten Untersuchungen zeigen zahlreiche Metaanalysen, dass eine große Zahl von Kontrollgruppenstudien vorliegen, die die Wirksamkeit der Hypnose für bestimmte psychotherapeutische Indikationen belegen (Smith, Glass & Miller 1980, Grawe et al. 1994, von Revenstorf & Prudlo, 1997, Bongartz, 2002).

## Die Wirksamkeit der Hypnotherapie

Die genannten Metaanalysen zeigen, dass eine große Anzahl an systematischen empirischen Untersuchungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie vorliegt. Tabelle 1 fasst einige Ergebnisse zusammen: Für psychoneurotische Störungen, insbesondere bei Ängsten und Tabakabusus liegt die Wirksamkeit im Bereich großer Effektstärke, bei der Schmerzbehandlung im Bereich mittlerer Effektstärke, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, dass in vielen Fällen hier Kontroll- und Hypnose-Gruppe beide

<b>Quelle</b>	<b>Design</b>	<b>Behandlung</b>	<b>N Studien</b>	<b>Effekte</b>
Glass, Smith & Miller 1980	Präpost-Vergleiche & Kontrollgruppen	Neurosen, Rauchen & Übergewicht	17	d = 1.82
		Neurosen( ohne		

Grawe, Donati & Berneauer 1994	Kontrollgruppe und / oder Vergleichs- Bedingung	Rauchen & Übergewicht)  nur Hypnotherapie	19	16/19 Studien signifikant
Revenstorf & Prudlo 1994	Kontrollgruppe und / oder Vergleichs- Bedingung	Medizin, Adipositas Rauchen & Psychosomatik  nur Hypnotherapie	77	67/77 Studien signifikant
Romminger 1995	nur Studien mit Kontrollgruppen	Angst, Schmerz & Rauchen  nur Hypnotherapie	36	d= Angst: .95 Schmerz: .54 Rauchen: .89
Montgomery et al 2000	nur Studien mit Kontrollgruppen	Schmerz nur Hypnotherapie	18	D= .67
Bongartz, Flammer & Schwonke 2001	Kontrollgruppe und / oder Vergleichs- Bedingung	Medizin, Neurosen & Rauchen  nur Hypnotherapie	43	D= Medizin: .38 Rauchen: .54 Somatik: .57 Neurosen: .71
Int. J. of Clin. and Exper.l Hypnosis April 2000	Reviews Rauchen, Schmerz, PTBS, Kinder (Chemotherapie)  auch nicht-kontrollierte Studien wie Fallberichte, Rauchen	ein Review über Kombination von Hypnotherapie mit Kogn.T und VT	unklar	Gute Kombinierba rkeit mit VT und KT

Tabelle 1: Zusammenfassung der bisherigen Metaanalysen zu Wirksamkeit der Hypnotherapie

Schmerzmedikation erhalten und die Effektstärke der Hypnose als zusätzliche Verbesserung zu werten ist. Der Einsatz bei Kindern ist lohnend und die

Kombinierbarkeit mit Verhaltenstherapie (VT) und Kognitiver Therapie (KT) verbreitet.

Wir haben die oben genannten Recherchen ergänzt und nach den Kriterien eines empirisch gesicherten Befundes gesichtet (Revenstorf et al. 2003): Diagnostische Zuordnung der behandelten Störung nach ICD, randomisierte Zuweisung zu Behandlungs- und Kontrollbedingung (Warteliste oder Vergleichsbehandlung), valide Erfolgsmessung, hinreichende lange Katamnesen und Stichprobengrößen (vergl. Chambless & Hollon 1996).

Es wurden etwa 200 Studien<sup>1</sup> gefunden, darunter mindestens 60, die allen genannten Kriterien entsprechen<sup>2</sup>. Tabelle 2 enthält die Studien nach den 12 diagnostischen Kategorien geordnet, die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (in Deutschland) vorgeschlagen wurden. Etwa die Hälfte der Studien fällt in die Kategorie der Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten (ICD F54). Das ist der Überschneidungsbereich von Psychotherapie mit der Medizin, wo Hypnotherapie zur Bewältigung einerseits zur Bewältigung von somatischer Leiden adjuvant eingesetzt. Darunter fallen die Nebenwirkungen der Chemotherapie (10 Studien) Operationsschmerz (20 Studien) und Geburtsschmerz (21 Studien), aber auch psychosomatische Probleme wie chronischer Schmerz, Migräne und Kopfschmerz (18 Studien), Belastungen durch Arthritis, Bluthochdruck, Tinnitus, Asthma und Allergien (17 Studien). Auch zu den psychosomatischen Problemen kann man die Verhaltensauffälligkeit rechnen, die mit körperlichen Symptomen verbunden (ICD- F51-52) sind wie Schlafstörungen.

<b>Kategorien 1-12 gemäß WBP (ICD-10)</b>	<b>N der kontroll. Studien</b>	<b>Störungsbereiche mit empirisch belegter Wirksamkeit</b>	<b>Weitere indizierte Störungsbereiche</b>
---	--------------------------------	--	--

<sup>1</sup> Eine vollständige Tabelle mit Kommentaren findet sich in [homepages.uni-tuebingen.de/revenstorf/](http://homepages.uni-tuebingen.de/revenstorf/)

<sup>2</sup> Gemäß den Akkreditierungsbedingungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie in Deutschland sollen in mindestens vier der acht ersten oder fünf von den 12 an die ICD angelehnten Kategorien mindestens drei Wirksamkeitsnachweise vorliegen s. [homepage: www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)

1. Affektive St.(F3)	1 (1)		Depression, Hypomanie
2. Angstst. (F40, 41, 42)	23 (7)	Phobien	Panikattacken, Zwang
3. Belastungsst. (F43)	1 (1)	akute Belastung, posttraumatische Belastung, Anpassungsstörung	
4. Dissoziative, Konversions-, Somatoforme St. (F44, 45, 48)	10 (7)	somatoforme Schmerzen, Reizdarm, Fibromyalgie, u.a.	autonome Funktionsstörungen, Konversionen, , Dissoziative St.
5. Eßstörungen (F50)	3 (2)	Essattacken, Körperbild bei Esstörungen	Bulimie, Anorexie
6. Verhaltensauffälli- gkeiten mit körperlichen St. (F51,52 ,21)	8 (3)	Schlafstörungen, sexuelle Störungen	
7. Psychische & soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)	96 (18)	Operationschmerz, Geburtsschmerz, Krebschmerz, Migräne, u.a.	Tinnitus
8. Persönlichkeitsst. (F60) Verhaltensstörun- gen (F63-69)	-		Abnorme Gewohnheiten, St. der sexuellen Identität /Präferenz , Frühst.
9. Abhängigkeit und Substanzabusus (F1, 55)	28 (7)	Methadon-,Alkohol-, Tabakabusus	Missbrauch von psychotropen Drogen
10. Schizophrenie (F29)	- (-)		
11. Anpassung b. Intelligenzminderu- ng (F7)	1 (-)		
12. Hirnorganische Störungen	- (-)	-	Lähmung nach Insult, Infarkt, bei MS
Zusätzlich	7 (3)	Adipositas	
Kinder und Jugendliche	32 (7)	Schmerzkontrolle, Enuresis, Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie	Tics, Aufmerksamkeitsstöru- ngen, Störungen des Sozialverhaltens

Tabelle 5.1.: Indikationsbereiche von Hypnotherapie (170 kontrollierte Untersuchungen zu Störungen bei Erwachsenen, 32 bei Kindern, 7 bei Adipositas). Zahlen in Klammern (Spalte 2) ausgewählte Studien.

Obwohl hypnotherapeutische Konzepte zu affektiven Störungen, Posttraumatischer Belastung, dissoziativen Störungen und strukturellen Frühstörungen vorliegen fehlen hier bisher empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit (mit Ausnahme einer Untersuchung zur PTBS, wo zusätzlich vier Fallstudien existieren). Zu Psychosen und Persönlichkeitsstörungen liegen keine Untersuchungen zur

Behandlung mit Hypnotherapie vor. Dagegen gibt es viele Studien zu Angststörungen und zu den somatoformen Störungen, einige zu Eßstörungen. Weiter gibt es Studien zur Substanzabhängigkeit, wobei wie schon gesagt die meisten solche zur Raucherentwöhnung sind.

Bei Kindern wurde Hypnose zur Linderung der Nebenwirkungen der Tumorbehandlung und bei Enuresis untersucht. Im Präventivbereich ist der erfolgreiche Einsatz von Hypnose bei der Gewichtsreduktion zu nennen.

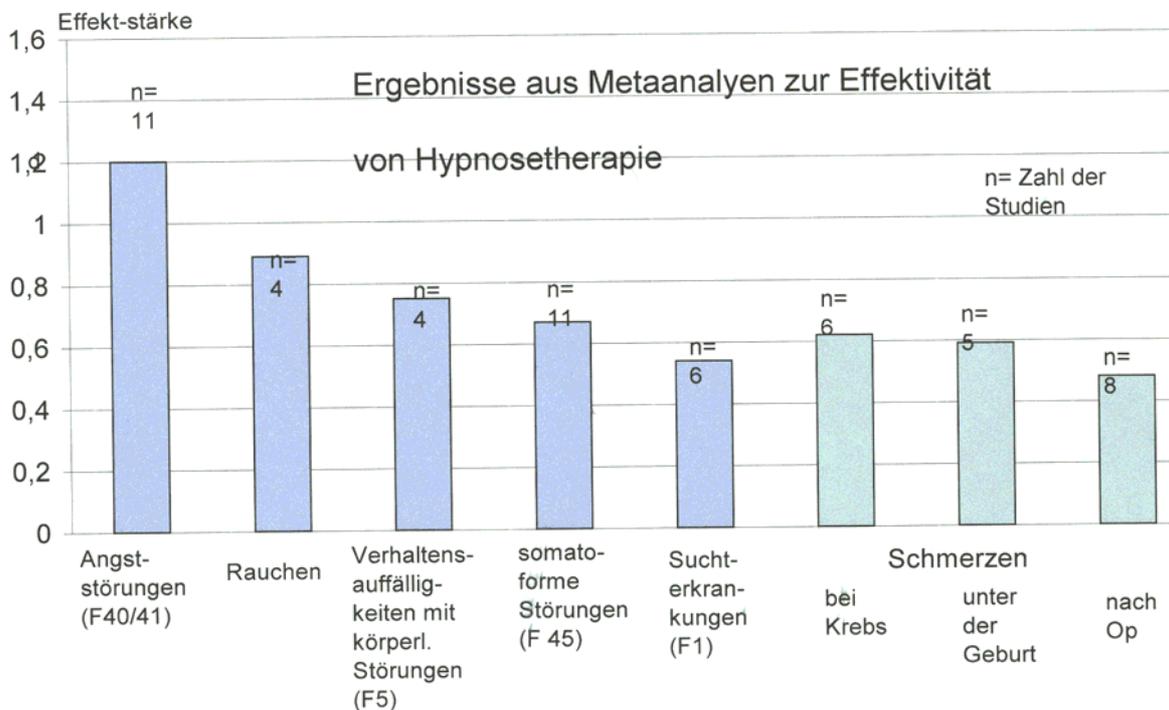


Abbildung 2: Effektstärken der Hypnotherapie zu einzelnen Diagnosekategorien (nach Angaben von Bongartz, Flammer und Schwoon, 2002)

Insgesamt zeichnen sich einige Schwerpunkte der bisherigen Forschung zu Wirksamkeit der Hypnotherapie ab. Neben der traditionellen Brücke zur Medizin, wo sich Hypnose adjuvant prä-, intra- und postoperativ zur Schmerz- und Angstbewältigung als nicht invasives Verfahren als nützlich erweist, liegt ein Schwerpunkt in der Psychosomatik. Im Suchtbereich hat sich die Raucherentwöhnung mit Hypnose als am besten untersucht und besonders erfolgreich erwiesen. Alkohol- und Opiat-Missbrauch könnten ebenfalls von

Hypnotherapie profitieren, aber wohl eher im Verbund mit sozialtherapeutischen Maßnahmen, die bei Tabakabusus aufgrund der im allgemeinen intakten sozialen Einbindung der Raucher nicht im Vordergrund steht.

Bei den Angststörungen wurden bisher hauptsächlich Objekt-Phobien und Prüfungsangst untersucht, obwohl Zwänge, Agoraphobien und Panikstörungen ebenfalls hypnotherapeutisch behandelbar sind. Soweit die Sichtung der Literatur zur Wirksamkeit. In Abbildung 2 sind Effektstärken für einige Diagnosekategorien, in denen Hypnotherapie bisher untersucht wurde, noch einmal im Überblick dargestellt.

### Besonderheiten der Hypnotherapie

Anhand einiger Untersuchungen, die am psychologischen Institut der Universität Tübingen durchgeführt wurden<sup>3</sup>, soll versucht werden darzustellen, welches die Vor- und die Nachteile der Hypnotherapie gegenüber anderen Verfahren sind. Wir haben möglichst unterschiedliche Störungen mit Hypnose behandelt (Übergewicht, Insomnie, Tabakabusus, Neurodermitis, Herpes, Migräne, Flugangst, Prüfungsangst), wobei häufig Einzel- mit Gruppentherapie verglichen wurde. Außerdem wurden immer Kassetten erstellt, die die Patienten zuhause zwischen den Sitzungen und nach Beendigung der Therapie anhören konnten. In jedem der Therapieprogramme wurde mit spezifisch für die Störung ausgewählten Metaphern –teils im Sinne der Symptomlinderung teils im Sinne der Problemlösung gearbeitet. Die Hypnotherapie beinhaltete in den meisten Fällen auch eine Anleitung zur Selbsthypnose, die im akuten Fall eingesetzt werden kann (z.B. bei Neurodermitis, Schlafstörungen, Stressbewältigung, Angststörungen, Migräne u.a.). Die Kassetten sind eine Art „Übergangs-Objekt“ bis zur Beherrschung der Selbsthypnose. Teilweise wurde auch Hypnotherapie mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen verglichen. Insgesamt sind etwa 500 Patienten behandelt worden und die Behandlungsdauer schwankte zwischen 3 (Raucherentwöhnung) und 15 Sitzungen (Migräne). Da der Erfolg nicht einheitlich war, stellt sich die Frage: Warum ist es bei einigen Störungen z.B. Essstörungen eher schwierig und bei anderen eher leicht, mit Hypnose zu arbeiten?

---

<sup>3</sup> siehe [homepages.uni-tuebingen.de/revenstorf/](http://homepages.uni-tuebingen.de/revenstorf/)

*Insomnie:* Man muss möglicherweise zwischen Verhaltenweisen unterscheiden, die autonom und solchem die willkürlich gesteuert sind. Bei Schlafstörungen, wo keine willkürliche Einwirkung möglich ist, reduzieren Patienten in 6 Sitzungen mit Hypnose ihre Einschlafzeit von 70 auf 25 Minuten, das ist ein fast als normales Niveau (Schulz & Weinmann 2001). Einschlafen ist ein Vorgang, bei dem es im darauf ankommt, den Organismus auf Unwillkürlichkeit umzustellen und die rationale Vornahme (Räsonieren) oder bewusste Entscheidung in den Hintergrund zu verlagern. 90% der Behandelten konnten die Wachliegezeit um mindestens 33% verringern, was als klinisch bedeutsam eingestuft wird (Effektstärken Prä-post/Behandlg-Warteliste .89 / .67).

*Angst:* Ein anderer autonomer Prozess ist Angst, bei deren Behandlung es darum geht, die beunruhigende Störreize auszublenden (zu dissoziieren) oder die Fokussierung auf die Aufgabe (Prüfungswissen) und die Ressourcen (z.B. Gelassenheit) zu fördern, die für die Bewältigung von z.B. Prüfungssituationen hilfreich sind. Während unter normalen Bedingungen, die Angst mit dem Näherrücken der Prüfung zunimmt, sinkt sie unter Hypnosebehandlung (Effektstärken: Prä-post/Behandlg-Warteliste 1.42 / 1.28). D.h. vor der Prüfung haben die behandelten Patienten klinisch signifikant weniger Angst, als Monate früher, während die Angst bei den unbehandelten Patienten zunimmt. (Zeyer & Revenstorf 1992). Auch bei Flugangst (Teschner, 2001) tritt dasselbe Phänomen in Bezug auf den näher rückenden Flug ein (Effektstärken: Prä-post/Behandlg-Warteliste 1.78 / 1.31). Also bei autonomen Prozessen, die etwas mit der Regulation der Spannung und der Stresshormonen und mit Dissoziation zu tun haben, ist Hypnose ein indiziertes Verfahren.

*Übergewicht:* Interessanterweise zeigt sich nach 12 Sitzungen sowohl beim hypnotherapeutischem wie beim verhaltenstherapeutischen Programm zur Behandlung von Übergewicht (beides Gruppenprogramme), dass beide Methoden innerhalb der allerdings kurzen Nachkontrollzeit die gleiche geringe, wenn auch statistisch signifikante Reduktion erreichen: der Body-Mass-Index sinkt von 30 auf 28 (26 gilt als normal). Allerdings scheint wie auch aus der Literatur bekannt, der Effekt bei hypnotischer Behandlung länger anzuhalten. Außerdem ist in der Lebenszufriedenheit bei der Hypnotherapie ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen. Das heißt möglicherweise, dass es gelingt, mit Hypnose Ressourcen zu aktivieren,

die über die bloße Kontrolle des Alltagsverhaltens hinausgehen. Unter Übergewichtigen findet man viele berufstätige, disziplinierte und tüchtige Frauen, die sehr viel Stress auf sich nehmen, eben nicht „Nein“ Sagen können. Und da wäre die Fähigkeit, sich im Alltag willkürlich zu disziplinieren weniger nützlich als die, sich im Alltag sich selbst, d.h. seinen Gefühlen zu überlassen zu überlassen, sodass der Mangel an emotionaler Qualität nicht anfallsartig durch Essen kompensiert wird. Das wiederum erfordert Unwillkürlichkeit. Vielleicht rührt es daher, dass die Lebenszufriedenheit unter der hypnotischen Beeinflussung mehr zunimmt (Stich, Mewes, Habermüller & Revenstorf, im Druck).

*Rauchen* ist vielfach mit Hypnose behandelt worden, aber manchmal unter der falschen Prämisse einer „Umprogrammierung“. Scharlatane treten vor 200 Menschen auf und suggerieren in einer Massentrance, dass Zigaretten ab sofort nicht mehr schmecken. Das funktioniert bei manchen Rauchern, weil das Ritual der Hypnose etwas ist, was viele Menschen suchen, um sich einer autoritären Aufforderung zu unterwerfen und damit die Verantwortung abgeben können. Es ist aber fragwürdig, ob man die Verantwortung für die eigene Veränderung langfristig abgeben kann und ob Therapie nicht vielmehr darin besteht die Verantwortung zurückzunehmen (anglo-amerikanisch: „re-empowerment of the person“). Daher soll die Hypnotherapie für Raucher sinnvollerweise auf Ressourcen-Aktivierung abzielen. In einer Untersuchung haben wir die Neujahrsvorsätze mit einem hypnotherapeutischen Programm verglichen. Im ersten Monat bleiben 17% der Neujahrswilligen abstinent, die Quote sinkt aber nach 3 Monaten auf 11%. Bei dem hypnotherapeutischen Programm dagegen stieg die Abstinenzquote von 55% (nach einem Monat) auf 65% nach drei Monaten und blieb auf 45% nach einem Jahr (Heumann, Schmidt & Revenstorf 1998, Schweizer 2003). In einer Verhaltenstherapie-Behandlung sank die Abstinenzquote von 25% (nach einem Monat), auf 17 % nach einem Jahr (Schlarb, Schweizer & Revenstorf 1999).

Manchmal gelingt es in einer Sitzung dem Rauchern zu einer langen Abstinenz zu verhelfen und so viel Hoffnung zu mobilisieren, dass es nach einem späteren Rückfall dem Patienten leicht fällt, es sich wieder erneut abzugewöhnen. Daraus könnte man schließen, dass nicht ein Umgewöhnungsprozess sondern ein Umstrukturierungsprozess den Konsumverzicht bewirkt.

In hypnotischen Raucherbehandlung wird oft mit zwei Handlevitationen gearbeitet. Der Raucherhand und der „Nicht-Raucherhand“ werden metaphorisch unterschiedliche Funktionen zugeordnet, die beide vertretbar sind: die Raucherhand möchte Entspannung, Konzentration oder Genuss verschaffen und die Gesundheitshand möchte das Leben verlängern. In Trance kann der Patient nach Bedingungen und Umständen suchen, unter denen diese beiden Ziele vereinbar sind oder die Bedeutung des Rauchens umstrukturiert wird. Ein Fallbeispiel: Eine Frau wollte das Rauchen aufhören. Wir haben die Prozedur angewendet, bei der die levitierte (dissoziierte) Raucherhand eine Zigarette zwischen den Fingern hält, die sie unwillkürlich loslassen, wenn dafür nach einem inneren Suchprozess eine unbewußte Zustimmung gefunden wird. In diesem Fall blieb die Zigarette jedoch zwischen den Fingern auf halber Strecke hängen; dann entwickelte die Patientin ein Tremor in der rechten Hand und erinnerte sich, dass sie zu rauchen begonnen hatte, als ihr Mann tödlich verunglückte. Am nächsten Tag rief sie an und sagte: sie könne nicht mehr mit rechts rauchen, sie würde jetzt mit links rauchen, aber nicht 30, sondern 6 Zigaretten. Sie kam nicht wieder; das war bedauerlich, denn sonst hätte ich sie gebeten, 6 Zigaretten zu rauchen und dabei das Bild ihres toten Mannes anzuschauen, da rauchen hier als eine symbolische Kommunikation verstanden werden kann, die auf diese Weise hätte abgeschlossen werden können. Der Vorgang zeigt, dass Trance einen Umstrukturierungsprozess ermöglichen kann, der dem Problemverhalten eine andere Bedeutung gibt und dadurch eine Veränderung des Veraltens ermöglicht.

*Schmerzen* sind eine traditionelle Indikation für Hypnotherapie, insbesondere auch für Migräne. In einer Untersuchung (Fahran 2002) sank die Anzahl der Migränetage von 12 auf unter 4 Tage pro Monat durch die Hypnosebehandlung, die damit genauso wirksam wie ein potentes Medikament (Natil) war, dessen Wirkung natürlich im Gegensatz zur Hypnose nach Ansetzen der Behandlung zurückgeht. Interessanter ist aber ein anderer Befund. Eine Hypothese nimmt unter anderem an, dass beim Migräne-Anfall das Gehirn gewissermaßen ein Gewitter veranstaltet, weil der Tonus zu gering ist. Tatsächlich weisen Migräniker eine verminderte Negativierung im Hirnstrombild auf. Ohne dass das in der Hypnosebehandlung spezifisch intendiert war, nahm die Negativierung in der Hypnose-Behandlung (verglichen mit Natil und Placebo) am stärksten zu und übertraf sogar am Ende das Niveau der Normalbevölkerung. In der Hypnotherapie ging es um Suggestionen wie: „die Hand wird warm, das Blut fließt aus der Kopfreion ab“ oder „die Hand wird kalt und die Schmerzen werden weniger“, aber auch um Suchprozesse nach einem „inneren Heiler“, der für den Patienten eine Lösung von der Migräne finden sollte.

Die wenigen Beispiele zeigen, wo einige Stärken und Schwächen der Hypnotherapie liegen: dort wo es um mehr Unwillkürlichkeit geht und Dissoziation und implizite Suchprozesse ist Hypnose als Medium hilfreich. Wo es um soziale Einbindung von Verhaltensänderung geht wie bei Alkoholismus oder Übergewicht sind kognitive und sozialtherapeutische Maßnahmen sinnvoll. Beides schließt sich nicht aus.

### Diskussion

Einleitend wurde in einem Definitionsversuch erläutert, was durch Tranceinduktion gefördert wird (Aufmerksamkeitsveränderung, Dissoziation, physiologische Ansprechbarkeit, implizite Lernprozesse, Primärprozess und Regression). Darüber hinaus erinnert ja Hypnose schamanische Rituale. Nun haben Frank & Frank (1992) behauptet, dass sich Therapeuten in einem konstruktivistischen Sinne von den Heilern der Stammeskulturen nicht wirklich unterscheiden. So gibt es vier Merkmale, die Therapeuten mit den Schamanen gemeinsam haben: Insignien der Autorität (Titel, Praxisschild), einen bedeutsamen Kontext (therapeutischer Vertrag), einen Erklärungs-Mythos, d.h. eine Theorie zur Ätiologie und Heilung der Störung (sei sie psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch oder humanistisch) und ein Heilungs-Ritual, das von der Alltagskommunikation deutlich unterschieden ist. Menschen empfinden vielleicht in Schwellensituationen ein Ritual als hilfreich, um einen bedeutsamen Schritt, wie er in der Therapie zur Veränderung nötig ist, zu wagen.

Zu allen Zeiten haben Päpste, Könige und Feldherren z.B. vor wichtigen Entscheidungen ihre Astrologen und ihre Träume konsultiert. So stand Julius Cäsar am Rubikon vor der Entscheidung, gegen Gallien Krieg zu führen oder in Rom den Bürgerkrieg zu beenden. Da hatte er den Traum, er würde mit seiner Mutter schlafen, und sein Traumdeuter verriet ihm, dass die Mutter im Traum für Rom und mit ihr schlafen für Sieg stände. Also gehe nach Rom und siege, sagte sich Cäsar, tat es und siegte. D.h. er brauchte das Ritual der Traumdeutung, das ihm zu der Überzeugung verhalf, den richtigen Schritts zu tun. Das Interessante daran ist, das er eine vom Bewusstsein (und der Last der Verantwortung) unabhängige Instanz brauchte – den Traum - in die er seine eigene Macht projizieren konnte.

Eine ähnliche Strategie macht sich die Hypnotherapie zu nutze, indem sie das *Unbewusste* kreiert, als die dritte Partei im Therapieraum, der der Patient und Therapeut alle Macht attribuieren können, die der Patient eigentlich selbst hat, aber an die er noch nicht glauben mag. Dann handelt das Unbewusste für den Patienten und später kann er das Unbewusste wieder als einen Teil von sich reklamieren und bleibt so der Verantwortliche für die Veränderung (das „therapeutische tertium“ bei Peter 2001). Ich-ferne Dinge wie Träume, Metaphern oder Reaktionen des Unbewussten, kann das Bewusstsein besser annehmen

Der Schritt über den Rubikon (diese Metapher stammt aus der Handlungstheorie von Heckhausen) ist unser therapeutisches Anliegen, d.h. der Patient ist auf dem Ufer der Problems und möchte an das andere Ufer des veränderten Verhaltens. Aber er weiß nicht was ihn dort erwartet und der Therapeut muss seine Intention stärken, den Schritt zu wagen. Und dazu hat die Erickson'sche Hypnotherapie verschiedene wertvolle Strategien beigesteuert: Utilisieren dessen, was der Patient mit bringt, positive Erwartungen bezüglich des Verfahrens schaffen, d.h. der Hypnose, nämlich der „Schwimmfähigkeit“ und möglicherweise Strategien der Destabilisierung kontraproduktiver kognitiver Schemata. Darüber hinaus Strategien, um innere Suchprozesse anzuregen, damit der Patient zu den Ressourcen und Erfahrungen findet, die er bisher nicht beachtet hat.

**Wünschbarkeit**  
**Realisierbarkeit**  
**Entscheidung**  
**Aktivierung**  
**Handlung**

**Motivation → Intention → Realisierung →**

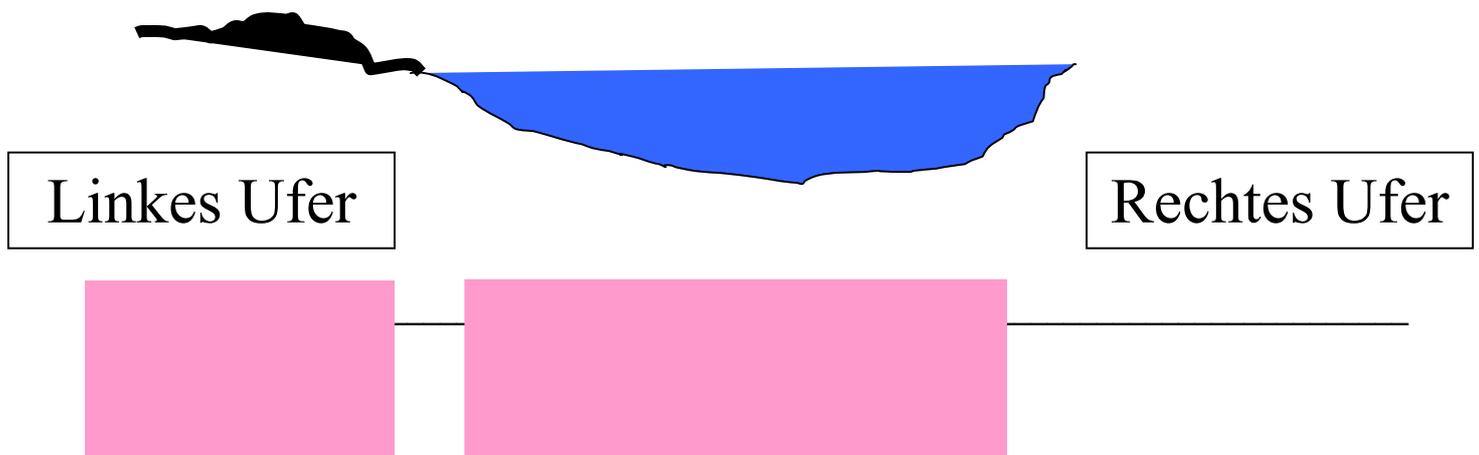


Abbildung 3: Rubikonmodell (nach Heckhausen) für die therapeutische Veränderung mit Hilfe der Hypnotherapie

Es ist bemerkenswert, dass Trance-Rituale, die ja die Unwillkürlichkeit fördern, offenbar in allen Kulturen eine lange Tradition haben, um Heilung oder Entwicklung zu fördern. Verschiedene Meditationstechniken, Zen und Yoga und Hypnose haben eine Reihe von Überschneidungen (Walsh 1990), die den gemeinsamen Nenner erkennen lassen, nämlich die willkürliche Herstellbarkeit des Zustands der Trance, die Fokussierung der Aufmerksamkeit, eine verminderte Kommunikation und oft auch Verminderung der Aktivierung (abgesehen vom Schamanismus und Sufitanz), einen meist positiven Affekt und die unwillkürliche Gestaltung des Inhalts. Wenn man ihn ganz kontrollieren würde, wäre man bei der rationalen Analyse, und die soll ja gerade transzendiert werden.

Hypnose passt als Antithese in die traditionelle Dialektik von Klarheit und Tiefe: Das ist etwas, das sich in der Geistesgeschichte letzten 2000 Jahre wiederholt hat: die Polarität zwischen einer ganzheitlich intuitiven und einer analytisch rationalen Erkenntnis. Zu Zeiten von Aristoteles und seiner Akademie gab es die Gnosis, zu Zeiten der Scholastik die Mystik, neben der Aufklärung gab es die Romantik (Bischoff, 1990). Eines von beiden hat offenbar nicht ausgereicht. Ebenso verbindet sich mit der kognitiven Therapie die Klarheit der Vernunft aber auch ein gewisse Flachheit des Selbstverständnisses. Mit anderen Verfahren – und Hypnose ist sicherlich ein Kandidat dafür – die Tiefe des impliziten Wissens und damit auch eine

gewisse Unfassbarkeit. Was spricht dagegen beides für die Veränderung des Patienten zu nutzen?

## Literatur

- Bischof, N. (1999) „Die Kraft der Mythen“ Frankfurt: Fischer
- Bongartz W, Flammer E, Schwonke R (2002) Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47(2), 67-76.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (1998). *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bowers, K.S. & Davidson, T.M. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. In: Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 105-143).
- Bowers, K.S. & Davidson, T.M. (1991). A neodissociative critique of Spanos's social-psychological model of hypnosis. In: Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 105-143).
- Chambless & Hollon (1996)
- Crawford HJ & Allen SN (1996) Paired-associate learning and recall of high and low imagery words: moderating effects of hypnosis, hypnotic susceptibility level, and visualization abilities. *American Journal of Psychology*, 109(3):353-72
- Crawford, H. J. (1990). Cognitive and psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis. In M. L. Fass & D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis: A Festschrift for Erika Fromm*. (pp. 47-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Crawford, H. J., & Gruzelier, J. H. (1992). A midstream view of the neuropsychophysiology of hypnosis: recent research and future directions. In E. Fromm & M. R. Nash (Eds.), *Contemporary Hypnosis Research* (pp. 227-266). New York London: The Guilford Press.
- Crawford, H.J. (1996). Cerebral brain dynamics of mental imagery: Evidence and issues for hypnosis. In: Kunzendorf, R.G., Spanos, N.P. & Wallace, B. (Eds.), *Hypnosis and imagination* (pp. 253-282). Amityville: Baywood.
- Erickson, M., Rossi, E. (Hrsg.) (1997). *Hypnotherapie. Aufbau, Beispiele, Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Fahrhan S (2002) *Hypnosis and Migraine*. Dissertation Universität Tübingen
- Fox et al. (1999)
- Gershon (1992)
- Goleman (1985)
- Grawe K, Donati & Bernauer (1994)
- Gruzelier, J. H. (2000). Redefining hypnosis: Theory, methods and integration. *Contemporary Hypnosis*, 17(2), 51-70.
- Halsband U, Christoph C, Lange R, Unterrainer U (2002b) Neuronale Mechanismen impliziten und expliziten Lernens. In BJ Krause & HW Müller-Gärtner (eds) *Kognitive Neuro-Nuklearmedizin*, München:EcoMed Verlag
- Halsband U, Krause BJ, Sipila H, Teras M, Laihinen A (2002a) PET studies on the memory processing of word pairs in bilingual Finnish-English subjects. *Behavioural Brain Research*, 132: 47-57
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation theory. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 32-51). New York, NY, USA: The Guilford Press.

- Hillman J & Ventura M. (1993): „Hundert Jahre Psychotherapie und der Welt geht es immer schlechter“. Düsseldorf: Walter
- Jaeggi, E., Rohner R. & Wiedemann PW. (1990) "Klinische Psychologie - was ist das?" München: Seehamer
- Kossak, H.C. (Hrsg.) (1993). Lehrbuch Hypnose. Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D (2000) Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry*, 157(8):1279-84.
- Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando, M. F., Alpert, N. M., & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1279-1284.
- Miller, Galanter & Pribram (1962)
- Miltner, W. H. R., Trippe, R., Friederich, M., Özcan, M., & Weiss, T. (1999). Cortical mechanisms of hypnotic pain control. *Psychophysiology*, 36, S12-S12.
- Peter B (200)
- 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. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14(6), 887-901.
- Razean (1979)
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Springer, Heidelberg
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (1993). Klinische Hypnose. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Revenstorf D, Bongartz W, Dohrenbusch R, Flammer, Habermüller M, Halsband U, Klein B, Krause C, Lippold G, Miltner, Peter B, Schauer D & Weiss Th (2003) Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie.. Universität Tübingen
- (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Schlarb A, Schweizer C & Revenstorf D (1999)
- Schweizer C (2003) Hypnotherapie bei Tabakabusus. Dissertation. Universität Tübingen
- Schulz Chr & Weinmann U (2000) Hypnotherapie bei Insomnie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Tübingen.
- Spanos 1990
- Stich A, Mews I, Habermüller M & Revenstorf D: Hypnotherapie bei Adipositas. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (im Druck)
- Teschner, R (2001) Hypnotherapie bei Flugangst. Unveröff. Diplomarbeit. Universität Tübingen
- Walsh, (1990)
- Wallerstein (1989)
- Zeyer R & Revenstorf D (1992)