

40 Hypnotherapie und Verhaltenstherapie

D. Revenstorf

40.1 Einführung

Hypnotherapie (auch Hypnose-therapie) ist eine psychotherapeutische Methode mit Indikation für bestimmte Störungen (s.u.). Sie wird von der sog. Leer- oder Ruhezypnose (EBM 858, GOÄ 845) unterschieden, die als ein Teilaspekt darunter subsummiert werden kann. Mit dem Begriff Hypnose werden häufig sowohl ein veränderter Bewusstseinszustand wie auch dessen Induktion bezeichnet. Im Folgenden soll unter *Hypnose* die Einleitung (Induktion) einer hypnotischen *Trance* und unter *Hypnotherapie* die Anwendung der Hypnose verstanden werden, um psychotherapeutische Veränderungen hervorzurufen.

Hypnotherapie nutzt hypnotische Trance zu folgenden Prozessen:

- Bahnung von Verhaltensänderungen
- Assoziation von Erfahrungen
- Dissoziation von Empfindungen
- Korrektur von Bewertungen und Haltungen
- Re- und Dekonstruktion von biografischen Episoden
- Veränderung affektiver Muster
- Anregung von somatischen Heilungsprozessen

Hypnotherapie ist primär eine lösungsorientierte Behandlungsmethode. Sie kann außerdem z.B. durch Altersregression (d.h. Aktivierung des episodisch und prozeduralen Gedächtnisses) zur Aufdeckung und Klärung konflikthafter biografischer Hintergründe von Problemen eingesetzt werden. Sie basiert auf einer spezifisch hypnotischen Beziehung, die es dem Patienten ermöglicht, die bewusste Kontrolle – soweit sie einer effektiven Problemlösung im Wege steht – zu reduzieren und implizite Lernvorgänge, kreative Potenziale des primärprozesshaften Denkens und unwillkürliche Reaktionen des Körpers in den Veränderungsprozess einzubeziehen.

Therapieziele sind:

- Problembewältigung durch Zugang zu eigenen Ressourcen
- Entwicklung von Lösungsvisionen
- Dissoziation störender Wahrnehmungen (z.B. Schmerzen) und überwertiger Affekte
- Vorbereitung von Verhaltensänderungen in sensu
- Integration dissoziierter Gefühle und Gedächtnisinhalte
- Förderung physiologischer Prozesse der Muskulatur, des kardiovaskulären und des Immun- und Hormonsystems zum Zweck der Heilung

Die Vorgehensweisen sind im Allgemeinen störungsspezifisch. Ein Teil der hypnotherapeutischen Strategien ist symptomorientiert, andere sind konfliktorientiert. Einige Techniken zielen auf die kognitive und affektive Verarbeitung sowie auf veränderte Handlungs- und Erlebnisweisen, andere auf somatische Prozesse. Hypnotherapie wird meist in der Einzeltherapie eingesetzt, kann in speziellen Fällen in (homogenen und kleinen) Gruppen

angewendet werden. In vielen Fällen wird durch Anleitung zur Selbsthypnose die Selbstwirksamkeit und der Transfer in den Alltag gefördert (z.B. bei Einschlafstörungen, chronischen Schmerzen, Hautkrankheiten).

40.2 Theorie der Hypnose

Hypnotische Trance stellt einen vom Alltagsbewusstsein, Entspannung und Schlaf hirneurologisch unterscheidbaren Zustand dar, der sich phänomenologisch durch *Absorption, fokussierte Aufmerksamkeit, Dissoziation von Umweltreizen und herabgesetzte gedankliche Spontanaktivität* auszeichnet (Lynn et al. 1996). Nach Blakemore et al. (2003) ist dabei die Beziehung zwischen Wollen (Volition) und Handlung (Aktion) verändert und es kann die interne Repräsentation des Selbst und des Körpers in einer Weise beeinflusst werden, die dem Bewusstsein nur zum Teil zugänglich ist und zu Veränderungen der Wahrnehmung und der motorischen Kontrolle führen. Bis zur Ankunft bildgebender Verfahren konnte man hypnotisches Verhalten als Compliance in einem entsprechend inszenierten sozialen Kontext interpretieren, als etwas, das Menschen aus Gründen sozialer Erwünschtheit „mitmachen“, sei es auf der Bühne, im Labor oder im Therapiezimmer. Inzwischen liegen jedoch hirneurologische Untersuchungen aus dem *sensorischen* Bereich (Schmerzwahrnehmung, Farbwahrnehmung), dem *motorischen* Bereich (Bein-, Handmotorik) und dem *kognitiven* Bereich (Stroop-Interferenz) vor, die zeigen, dass unter Hypnose objektive und neuronale nachweisbare Veränderungen stattfinden, die tatsächlich außerhalb bewusster Kontrolle zu sein scheinen. Hier einige Beispiele:

Raz et al. (2005) fanden, dass sich der willentlich kaum beeinflussbare Stroop-Interferenz-Effekt durch posthypnotische Suggestion verändern lässt. Kosslyn et al. (2000) zeigten, dass die fusiforme Region im visuellen Kortex unabhängig von objektiv vorhandenen Farbreizen je nach Suggestion („farbig“ oder „grau“) aktiviert oder deaktiviert wird. Nach Rainville et al. (1997) und Faymonville et al. (2000) werden parallel zur veränderten Aktivität des anterioren cingulären Kortex (ACC) Schmerzreize unter hypnotischem Einfluss verstärkt oder verringert wahrgenommen. Bei hypnotisch suggerierter Lähmung von Bein oder Hand fanden verschiedene Autoren ein Verschwinden der Aktivierung im kontralateralen Motorkortex bei gleichzeitiger Aktivierung im orbitofrontalen Kortex (OFC), ACC und der Precuneusregion (Cojan et al. 2009; McGeown et al. 2009; Pyka et al. 2011), während bei bewusster Unterdrückung der motorischen Reaktion oder simulierter Lähmung die entsprechende Region im Motorkortex aktiv ist.

Das wird so interpretiert, dass es unter Hypnose nicht zu einer Blockierung, sondern zur Dissoziation im Hilgard'schen Sinne (1974) kommt; zu einer Abkoppelung von Außenreizen: „Dieser

(Schmerz-)Reiz ist nicht wichtig“ bei Anästhesiesuggestion oder „Dies ist farbig und nicht grau“ bei der suggerierten Farbsuggestion oder beim Stroop-Test „Das ist Kauderwelsch und kein Farbwort“ oder zu einer Dissoziation der Hand bei Reizen, die etwa zu einer Bewegung auffordern („Bitte Knopf drücken“). Stattdessen findet eine vermehrte Orientierung auf eine veränderte Selbstrepräsentation statt, etwa: „Diese Hand steht nicht zur Verfügung“ bei den Lähmungssuggestionen.

Es ist so, als übernehme in der Hypnose ein durch Suggestion und Vorstellung suggeriertes verändertes Selbstbild die Regie und reduziere einerseits die bewusste Handlungskontrolle im Frontalhirn und ersetze andererseits die normalerweise vorhandene reflexartige Steuerung der Wahrnehmung und Handlung durch Umweltreize (Pyka et al. 2011; Cojan et al. 2009). Hypnotische Trance ist gekennzeichnet durch (Halsband 2004):

- allgemeine Diskonnektivität der bei der Reizverarbeitung involvierten Hirnareale
- Dissoziation früher und später Reizverarbeitung
- imaginative Repräsentation

Die bei entspannter Ruhe und schweifenden Gedanken ohne Aufgabenorientierung oder Suchprozess aktiven Hirnareale (sog. „Default Mode Netzwerk“, DMN), nämlich Teile des präfrontalen Kortex und des parietalen Kortex (Precuneus), sind in der Hypnose deaktiviert. Wie Menon (2011) zusammenfasst, handelt es sich um ein umfassendes neuronales Netzwerk, das bei selbstbezogenem Denken inklusive autobiografischem Gedächtnis, Selbstbeobachtung und der Bewertung sozialer Konsequenzen aktiv ist. Das DMN ist tätig, wenn die unmittelbare Vergangenheit überdacht wird, während der Vorstellung zukünftiger Ereignisse und bei der Konsolidierung des episodischen Gedächtnisses. Im DMN verarbeitet das Gehirn Informationen über das Ich und seine Beziehung zur Umwelt, ist z. B. aktiv beim Hören des eigenen Namens, Anschauen von Familienfotos, Vorlesen in Ich-Form; dieser Prozess wird beendet, wenn eine aufgabenorientierte Aktivität einsetzt (Problemlösung, Suchaufgaben, Motorik usw.). Die Deaktivierung des DMN in der hypnotischen Trance führt zu einem quasi Ich-losen Zustand und sog. Hypofrontalität. Demnach sind hypnotische Phänomene unwillkürliche Reaktionen und nicht Kooperationseffekte.

Man kann die Reaktionsweise in hypnotischer Trance auch so beschreiben, dass die Richtung der Informationsverarbeitung der im Wachbewusstsein entgegengesetzt ist (Halsband 2004). Im Alltagsbewusstsein lösen sinnliche, meist visuelle Eindrücke (okzipital) über verschiedene Assoziationsfelder eine bewusste Repräsentation und Bewertung (frontal) aus, die dann zu einem Handlungsentwurf führt. In hypnotischer Trance dagegen werden verbale Suggestionen (frontal) ohne Bewertung rezipiert und in quasireale Bilder (okzipital) umgesetzt. Auf diese Weise können alternative Vorstellungen zur alltäglichen Wirklichkeit lebensnah so konstruiert und implementiert werden, dass sie zu einer neuen u. U. adaptiveren Verhaltensregulation führen. So lässt sich auch die Wirkung posthypnotischer Suggestionen erklären, z. B. dass sich der Patient an die Aufforderung „Sie essen nur noch ein Stück Schokolade pro Stunde“ hält, obwohl er sonst mehrere Tafeln am Tag verzehrt.

Charakteristisch für die Hypnotherapie sind implizite Lern- und Gedächtnisvorgänge (Halsband 2004). Dadurch können Veränderungsprozesse jenseits der diskursiven Kommunikation auf impliziter Ebene durch Metaphern, Bilder, indirekte Suggestionen und nonverbale Signale angeregt werden. So kann die bewusste Verarbeitung durch Mechanismen des Primärprozesses und der imaginativen Informationsverarbeitung ergänzt werden. Dabei sind dissoziative und assoziative Vorgänge für die therapeutische Anwendung zu unterscheiden. Hypnotische Schmerzbewältigung ist ein Beispiel für Dissoziation, die sich von der kognitiv-ablenkenden Bewältigungsstrategie auch hirnelementar unterscheiden lässt (Halsband 2004). Das Aufsuchen von biografischen Ressourcen oder Lösungsvisionen und deren Verknüpfung mit gegenwärtigen Problemsituationen dagegen sind als Beispiel von Assoziation zu verstehen.

40.3 Standardtechniken der Hypnotherapie

Ausführliche Beschreibungen der Interventionstechniken finden sich in zahlreichen angloamerikanischen und deutschen Lehrbüchern (z. B. Bongartz 1998; Erickson u. Rossi 1981; Revenstorff u. Peter 2008). Folgende sind die wichtigsten:

► **Prozessimagination.** Therapeutische Ziele in Form von Verhaltensweisen (Annäherung an phobische Situationen, ohne Zigarette auskommen, sportliche Leistungen verbessern, Prüfungssituationen bewältigen u. a.), in Form von physiologischen Prozessen (Entspannung, Erektion, Durchblutung, Wundheilung, Immunaktivität u. a.) und Wahrnehmungen (z. B. Analgesie) werden nach Einleitung hypnotischer Trance als Vorstellungen direkt oder indirekt suggeriert. Dabei werden im Allgemeinen konkrete und – soweit es sich um physiologische Vorgänge handelt – sachlich korrekte Vorgänge imaginiert. Für eine Wundheilung werden etwa Bilder der Proliferation von Granulationsgewebe zur Füllung und eine Streckung der Haut und des Unterhautgewebes zur Abdeckung der Wunde suggeriert (Achterberg 1996). Es wird davon ausgegangen, dass durch die Fokussierung in Trance die Umsetzung der Vorstellungen in körperliche Vorgänge erleichtert wird (Crawford et al. 1989).

► **Lösungsimagination.** Eine Alternative zur Imagination von Wegen und Prozessen, die zum therapeutischen Ziel führen, sind Vorstellungen vom Zustand der zukünftig eingetretenen Heilung oder Problemlösung. Dabei wird im Sinne der Bahnung das Verhalten und Befinden nach Erreichen des therapeutischen Zieles – etwa das furchtlose Passieren eines zuvor phobischen Objekts (Hund, Brücke) visualisiert.

► **Reassoziatio von Ressourcen.** Zur Bewältigung von Problemsituationen und Affektstörungen (Stress, Angst, Zwang, Depression etc.) werden – oft durch Altersregression aufgefundene – emotionale Ressourcen reaktiviert und während der Trance mit der Problemsituation assoziiert. Dieser Vorgang ähnelt der Desensibilisierung in sensu, unterscheidet sich aber dadurch, dass die Ressourcen nicht vorher festgelegt, sondern in einem Suchprozess in Trance gefunden werden. Auch wird dazu nicht unbedingt ein Ruhebild verwendet, sondern Ereignisse jeglicher

emotionalen Tönung (Stolz, Heiterkeit, Wut etc.), die mit dem Problemaffekt inkompatibel sind.

► **Rekonstruktion von Traumata.** Zur Integration von partiell oder ganz abgespaltenen belastenden Erfahrungen (Unfall, Missbrauch, Verlust) werden suggestive Bearbeitungen eingesetzt, bei denen das traumatische Ereignis nach hinreichenden Sicherheitsvorkehrungen in der Vorstellung reaktiviert und in geeigneter Weise abgeschlossen wird (etwa als Rettung, Rache, Sühne oder als faktisch überlebt). Aufgrund der Verwischung der Grenze zwischen Realität und Fantasie in hypnotischer Trance kommt es zu einer heilsamen Korrektur der Erinnerungsspuren und u.U. zu Abreaktionen, die zur Komplettierung der emotionalen *Gestalt* des Erlebnisses beitragen.

► **Dissoziation von Erfahrungen.** Bei der Behandlung von Schmerzen (krankheitsbedingte, verletzungsbedingte, operative oder Geburtsschmerzen) kann die in hypnotischer Trance gesteigerte Fähigkeit zur Abspaltung von Wahrnehmungen zur Förderung der Analgesie eingesetzt werden. Dazu wird häufig eine Handlevitation mit anschließender Suggestion einer sog. Handschuh-Analgesie verwendet. Dabei werden natürliche Erfahrungen von Unempfindlichkeit suggeriert (Kühle, Handschuh, Taubheit bei „eingeschlafenen“ Arm u.ä.).

Die Abspaltung von Erlebnisqualitäten spielt auch bei der Traumatherapie eine Rolle, wenn die vollständige Reaktivierung des Traumas nicht ausgehalten wird – etwa die Dissoziation der körperlichen Empfindungen durch die sog. Kinotechnik, d.h. Visualisierung aus der Distanz, bzw. die Modifizierung der Sinnesqualitäten (nah/fern, scharf/unscharf, farbig/grau etc.).

► **Ideomotorische Befragung.** In der Hypnotherapie wird eine Differenzierung zwischen bewusster Entscheidung und unbewusster Zustimmung oder Ablehnung getroffen. Es wird dazu auf den Begriff des stillen, d.h. impliziten Wissens (Polanyi 1985) zurückgegriffen, welches das Bewusstsein ergänzende Informationen enthält. Das implizite Wissen wird durch unwillkürliche Körperreaktionen während der Trance abgefragt (Handlevitation oder unwillkürliche Fingerbewegungen). So kann etwa suggeriert werden, dass die rechte Hand levitiert, wenn das *Unbewusste* mit der Realisierung des Zielverhaltens einverstanden ist und die linke Hand levitiert, wenn das Unbewusste Vorbehalte gegen die Realisierung hat. Damit wird z.B. die Zustimmung zur Änderung des Verhaltens und zum Verzicht auf den Krankheitsgewinn überprüft, aber auch nach Ressourcen und potenziellen Lösungen gesucht.

► **Teilearbeit.** Eine weitere Technik, für welche die hypnotische Trance ein geeignetes Medium darstellt, ist die Aufspaltung von Konflikten und psychosomatischen Krankheitsprozessen in ein bewusstes „Ich“ und einen „inneren Berater“, der sich z.B. im Symptom ausdrückt. Durch Lösungsprogression oder ideomotorische Befragung (s.o.) wird versucht herauszufinden, unter welchen Bedingungen das Symptom zurücktreten kann.

► **Ich-stärkende Suggestionen.** In vielen Kontexten sind (in-)direkte Suggestionen sinnvoll, die das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit des Patienten stärken. Dazu können Vorstellungen dienen, in denen sich der Patient erfolgreich wahrnimmt.

Aber auch archetypische Bilder von Stärke (z.B. Löwe), Unverletzbarkeit (z.B. Rüstung), Freiheit (z.B. Adler), Unberührbarkeit (z.B. Berggipfel), Ruhe (Naturbilder), Sicherheit (z.B. Höhle) werden in Trance visualisiert und für das Individuum bei Bedarf abrufbar gemacht.

► **Techniken indirekter Suggestion.** Indirekte Suggestionen nutzen systematisch die Beiläufigkeit, um den Organismus zu veranlassen, selbst aktiv zu werden, anstatt auf eine Aufforderung hin zu reagieren. Die wichtigsten Formen indirekter Suggestion sind bildliche Umschreibungen des Zielverhaltens, Implikation des Zielverhaltens und Einstreuung von Ausdrücken, die Assoziationen in Richtung des therapeutischen Ziels auslösen können und Metaphern, die innere Suchprozesse auslösen.

► **Posthypnotische Suggestionen.** In der hypnotischen Bearbeitung gefundene Lösungen oder Verhaltensänderungen und Sichtweisen werden vor Beendigung der Trance oft in der Vorstellung mit möglichen externen Auslöserreizen assoziiert, damit der Transfer in den Alltag gewährleistet ist (z.B. im Rahmen der Raucherentwöhnung: „Immer, wenn Sie eine Zigarettenschachtel sehen, werden Sie an das Gefühl der Unbeweglichkeit Ihrer Hand erinnert und nehmen einen tiefen wohltuenden Atemzug von frischer Luft.“)

40.4 Hypnobehaviorale Therapie

Die Anwendung der Hypnose hat in der Verhaltenstherapie eine lange Tradition. Wolpe, Cautela und Lazarus haben davon ausgiebig Gebrauch gemacht. Sie kann genutzt werden, um Entspannung und Imagination zu intensivieren, bietet aber darüber hinaus gehende Möglichkeiten. Kroger u. Fetzler (1976) haben die hypnobehavioralen Ansätze zuerst zusammengefasst (s. auch Brown u. Fromm 1987; Peter et al. 1991).

Hypnotische Trance geht in den meisten klinischen Anwendungen, wenn auch nicht notwendigerweise, mit Entspannung einher. Diese unspezifische Qualität teilt sie mit der Meditation und den übrigen Entspannungstechniken (AT, PMR). Der Zusatznutzen durch die Kombination von Verhaltenstherapie mit Hypnotherapie ist in der Ergänzung von expliziter Problembearbeitung (Disputation irrationaler Ansprüche, Überprüfung verzerrter Wahrnehmung, Umstrukturierung und Selbstinstruktion) durch implizite Verarbeitung zu sehen. Sie besteht hauptsächlich in vier Aspekten der hypnotischen Trance:

- intensivierte Vorstellung von Lösungsvisionen und Rekapitulationen von signifikanten Lebensereignissen sowie von Bildern der Organheilung
- Dissoziation von Belastungsmomenten bei der Konfrontation mit phobischen und traumatischen Inhalten
- primärprozessgesteuerte Suche nach biografischer Information und Empfänglichkeit für metaphorische Kommunikation
- erhöhte Suggestibilität und damit verbundene kindliche Lernhaltung des Patienten

Mehrere Metaanalysen zeigen die Wirksamkeit der Kombination von Hypnotherapie und Verhaltenstherapie, z.B. bei Adipositas, Angststörungen (Revenstorf 2003). Imaginationenverfahren

Tab. 40.1 Ablauf einer Hypnotherapie-Sitzung.

Abfolge	Inhalte
Herstellung von Rapport	verbal/nonverbal
Vorgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Zielklärung • Beseitigung negativer Erwartungen (Willenlosigkeit und Manipulation) • Beseitigung unrealistischer Erwartungen („Wahrheitsdroge“, passive Kur)
Induktion und Vertiefung eines Trance-Zustands	<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung auf Trance (Einbeziehung individueller Vorerfahrungen, wie Autogenes Training) • evtl. Destabilisierung des alltäglichen, gewohnten Bezugsrahmens • Fokussierung der Aufmerksamkeit • Intensivierung der Vorstellung • Ratifizierung der Trance (z. B. Handlevitation)
therapeutische Nutzung	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation von Trancephänomenen und inhaltliche Bearbeitung • Progression–Regression • Assoziation–Dissoziation • Transformation
Ausleitung der Trance	<ul style="list-style-type: none"> • posthypnotische Suggestion (Transfer in den Alltag) • Bahnung der nächsten Trance • evtl. Amnesie-Suggestion (bzw. Ablenkung) • Rücknahme bestimmter Phänomene (veränderter Muskeltonus) • Reorientierung
Nachgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • weitere Ratifizierung der Trance (z. B. Feststellung von Zeitverzerrung) • evtl. Schutz der intrahypnotischen Bearbeitung zwecks impliziter Konsolidierung

(wie sie in der kognitiven Therapie verwendet werden) und Insensu-Techniken (wie Desensibilisierung oder verdeckte Sensibilisierung) lassen sich unter Hypnose durchführen, um das Erleben des Patienten durch die Trance zu intensivieren und durch posthypnotische Suggestionen den Transfer zu unterstützen.

40.4.1 Ablauf einer Hypnotherapie-Sitzung

Der Ablauf einer Hypnotherapie-Sitzung ist in ► Tab. 40.1 dargestellt.

40.5 Indikation

Die Durchsicht empirischen Belege zeigt, dass sich die Anwendung der Hypnotherapie auf unterschiedliche Störungen erstreckt (Revenstorf 2003; Flammer 2012). In der zurzeit umfassendsten Metaanalyse fand Flammer (2011) 188 klinische Studien mit RCT-Design und 9700 Patienten für den Zeitraum 1887–2009 zur Wirksamkeit von Hypnotherapie:

- 91 Studien (48%) zur Unterstützung einer medizinischen Behandlung (5473 Patienten)
- 68 Studien (36%) zu psychosomatischen Beschwerden (2835 Patienten)
- 14 Studien (7%) zu Ängsten (589 Patienten)

Weitere 16 Studien befassen sich mit Sucht, Sensation Seeking, Essproblemen, Depression und Schizophrenie. Prä-Post-Vergleiche lagen in 103 Studien vor (etwa 5000 Patienten) und Kontrollgruppenvergleiche in 112 Studien (etwa 5000 Patienten). Kontrollgruppen erhielten entweder eine *medikamentöse* bzw. andere *psychotherapeutische* Behandlung, *Entspannungsverfahren* oder *Biofeedback*. Oder es handelte sich um eine unbehandelte Kontrollgruppe (*Warteliste*) bzw. die medizinisch indizierte Standardbehandlung (*therapy as usual*, TAU). Die Katamnesedauer lag durchschnittlich bei 8 Wochen (0–104 Wochen).

Hypnotherapie wird häufig (50% der Studien) zur Begleitung von medizinischen Eingriffen genutzt (OP-Vorbereitung, Bypass-OP-Nachsorge, Krebsbehandlung, Zahnbehandlung, Brandverletzungen, Schwangerschaft u.a.). Zweithäufig waren psychosomatische Beschwerden (chronische Schmerzen, Allergien, Reizdarm u.a.) und Angststörungen (inkl. posttraumatischer Belastung). Hinzu kamen drei Studien zum Rauchen, zwei zur Depression und eine zur Essproblematik. Außerdem wird Hypnotherapie häufig adjuvant mit Verhaltenstherapie, kognitiver Therapie, Psychoedukation und Entspannung eingesetzt. Dazu fand Flammer 31 Studien.

Es ist festzustellen, dass mit Hypnotherapie in sehr kurzer Zeit von im Mittel fünf Sitzungen (zwischen 1 und 60 Stunden) hohe Effektstärken erreicht werden, nämlich im Durchschnitt beim Prä-Post-Vergleich $d = 0,95$ und beim Kontrollgruppenver-

Tab. 40.2 Prä-Post- und Kontrollgruppenvergleiche der 3- und 6-Monats-Katamnesen für verschiedene Störungsgebiete (medizinische Eingriffe, Psychosomatik, Angst und Rauchen; N = Anzahl der Patienten).

	3-Monats-Katamnese	6-Monats-Katamnese	3-Monats-Katamnese	6-Monats-Katamnese
	Effektstärke d	Effektstärke d	Kontrollgruppenvergleich	Kontrollgruppenvergleich
	Prä-Post-Vergleich	Prä-Post-Vergleich	Kontrollgruppenvergleich	Kontrollgruppenvergleich
medizinische Eingriffe	1,91 (N = 157)	1,77 (N = 96)	0,60 (N = 323)	1,18 (N = 134)
Psychosomatik	0,89 (N = 597)	0,95 (N = 461)	0,62 (N = 296)	0,55 (N = 190)
Angst	0,78 (N = 160)	1,62 (N = 64)	(0,50 (N = 76)	(0,75) (N = 24)
Rauchen	0,83 (N = 168)	1,04 (N = 309)	0,67 (N = 68)	(1,03) (N = 20)

gleich $d = 0,76$ (► Tab. 40.2). Die Therapieeffekte nehmen mit der Länge der Katamnese nicht unbedingt ab, in manchen Fällen sogar zu, als ob die Therapie nachträglich weiter wirke. Dabei sinkt der Effekt im Kontrollgruppenvergleich zunächst ab und steigt über das Ausgangsniveau wieder an und erreicht die Effektstärke der Prä-Post-Vergleiche. Eine Zunahme der Effektgröße mit längerer Katamnese findet sich u. a. bei Angststörungen und bei der Raucherentwöhnung (► Tab. 40.2, kursiv gedruckte Zahlen).

Es ergeben sich für folgende Diagnosen des ICD-10 empirisch belegte Indikationen:

- F1, F56: Substanzmissbrauch (z. B. Tabakabusus)
- F3: Depression
- F40, F41, F42: Angststörungen
- F43: Belastungsstörungen
- F45: somatoforme Störungen
- F50: Essstörungen
- F51, F52.21: Verhaltensstörungen mit körperlichen Auffälligkeiten (z. B. Insomnie)
- F54: somatische Leiden mit psychosozialen Einflussfaktoren (insbesondere verschiedene akute und chronische Schmerzen)

Für eine Reihe von Störungen liegen Fallstudien und klinisch bewährte Behandlungskonzepte vor, ohne dass bisher Kontrollgruppenuntersuchungen gemacht wurden:

- dissoziative Störungen (F44)
- Tinnitus (F54)
- Lähmungen nach Insult und Infarkt

Indikationen bei Störungen im *Kindes- und Jugendalter* (F9) etwa bei Tics, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens oder emotionalen Störungen sind ebenfalls gegeben. In der Krankheitsbewältigung bei Kindern (z. B. Knochenmarkstransplantationen) ist die Anwendung gut belegt. Hypnotherapie eignet sich für die Behandlung von Kindern u. a. auch wegen der Möglichkeit des spielerischen Umgangs mit Trance. Dazu sind eine Reihe von Lehrbüchern erschienen (Mrochen et al. 1993; Mills u. Crowley 1996; Olness u. Kohen 2001).

Bei wahnhaften Störungen (F29), Persönlichkeitsstörungen und Intelligenzminderung (F7) liegen keine Hinweise auf Wirksamkeit vor.

Cave



Bei prodromalen und floriden Psychosen ist die Anwendung von Hypnose kontraindiziert.

Psychotherapeutische Interventionen im Sinne der Klärung, Revision und Problemlösung (etwa bei Traumata und anderen Belastungssituationen, Ängsten, depressiven Reaktionen, Anpassung an einschneidende Lebensereignisse: Krankheitsdiagnosen, Verlust, Entwicklungskrisen) werden hauptsächlich während der Therapiesitzungen stattfinden und bezüglich des Transfers in den Alltag überprüfbar gemacht. Bei Gewohnheitsstörungen, chronischen Schmerzen und anderen wiederkehrenden Problemen beinhaltet Hypnotherapie eine Anleitung zur *Selbsthypnose* mit störungsspezifischen Inhalten, die physiologische Regulationsmechanismen betreffen etwa Visualisierungen von Durchblutung, Immunaktivität, sexuellen, pulmonalen oder gastrointestinalen Funktionen. Hiermit hängt die Möglichkeit zusammen, Hypnotherapie im Rahmen der *Prävention* einzusetzen, z. B. zur Stressbewältigung (Revenstorf u. Zeyer 1996), Gewichtskontrolle oder als Entscheidungshilfe bei der Alltagsbewältigung, um einen Zugang zu intuitiv-kreativen Potenzialen zu erleichtern. Diese Vorsorge kann stressbedingte organische Erkrankungen (z. B. Gefäßleiden, Ulkus, Kolitis), Gelenkschädigungen und andere Folgen des Übergewichts sowie depressive Reaktionen aufgrund von chronischer Erschöpfung und Burnout verhindern helfen.

Literatur

Achterberg J. *Rituale der Heilung. Die Kraft von Phantasiebildern im Gesundheitsprozess*. München: Goldmann; 1996

Blakemore SJ, Oakley DA, Frith CD. Delusions of alien control in the normal brain. *Neuropsychologia* 2006; 41: 1058 – 1067

Bongartz W, Bongartz B. *Hypnosetherapie*. Göttingen: Hogrefe; 1998

Brown DP, Fromm E. *Hypnosis and Behavioural Medicine*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum; 1987

Burrows GD, Dennerstein L, eds. *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Amsterdam: Elsevier; 1980

Cojan Y, Waber L, Schwartz S, Rossier L, Forster A, Vuilleumier P. The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron* 2009; 62: 862 – 875

Crawford HJ. Brain dynamics and hypnosis: attentional and disattentional processes. *Int J Clin Exp Hypn* 1994; 42: 204 – 232

Crawford HJ. Cognitive and physiological flexibility: Multiple pathways to hypnotic responsiveness. In: Gheorghiu VA, Netter P, Eysenck HJ, Rosenthal R, eds. *Suggestion and suggestibility: theory and research*. Heidelberg: Springer; 1989: 155 – 168

Erickson MH, Rossi EL. *Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen*. München: Pfeiffer; 1981 (Original: *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington; 1979)

Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, Lamy M, Maquet P. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000; 92: 1257 – 1267

Flammer E. *Hypnotherapie – Stand der Forschung*. 2012 (in Vorbereitung)

Halsband U, Hrsg. *Themenheft. Hirn und Hypnose. Hypnose und Kognition* 2004; 21

Hilgard ER. Toward a neo-dissociation theory: multiple cognitive controls in human functioning. *Perspect Biol Med* 1974; 17: 301 – 316

- Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D.** Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1279–1284
- Kroger WS, Fezler WD.** *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning.* Philadelphia, Toronto: Lippincott Company; 1976
- Lynn SJ, Martin DJ, Frauman DC.** Does hypnosis pose special risks for negative effects? A master class commentary. *Int J Clin Exp Hypn* 1996; 44: 7–19
- McGeown WJ, Mazzoni G, Venneri A, Kirsch I.** Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Conscious Cogn* 2009; 18: 848–855
- Menon V.** Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends in Cognitive Sciences* 2011; 15 (10)
- Mills JD, Crowley RJ.** *Therapeutische Metaphern für Kinder und das Kind in uns.* Heidelberg: Auer; 1996 (Original: *Therapeutic metaphors for children and child within.* New York: Brunner/Mazel; 1986)
- Mrochen S, Holtz KL, Trenkle B, Hrsg.** *Die Pupille des Bettnässers.* Heidelberg: Auer; 1993
- Olness K, Kohen DP.** *Lehrbuch der Kinderhypnose und -hypnotherapie.* Heidelberg: Auer; 2001
- Peter B, Kraiker C, Revenstorf D, Hrsg.** *Hypnose und Verhaltenstherapie.* Bern: Huber; 1991
- Polanyi M.** *Implizites Wissen.* Frankfurt: Suhrkamp; 1985
- Pyka M et al.** Brain correlates of hypnotic paralysis. A resting-state fMRI study. *NeuroImage* 2011; 56: 2173–2183
- Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell MC.** Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science* 1997; 277: 968–971
- Raz A, Fan J, Posner MI.** Hypnotic suggestion reduces conflict in the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2005; 102(28): 9978–9983
- Revenstorf D, Peter B, Hrsg.** *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis.* Heidelberg: Springer; 2008
- Revenstorf D, Zeyer R.** *Hypnose lernen. Leistungssteigerung und Streßbewältigung durch Selbsthypnose.* Heidelberg: Auer; 1996
- Revenstorf D.** Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie. Eingereicht beim Beirat Psychotherapie der Bundesregierung, Universität Tübingen; 2003
- Revenstorf D.** *Klinische Hypnose.* In: Margraf J, Hrsg. *Verhaltenstherapie. Band 1.* Heidelberg: Springer; 2000
- Wagstaff GF.** The semantics and physiology of hypnosis as an altered state: Towards a definition of hypnosis. *Contemporary Hypnosis* 1998; 15

Prüfungsfragen

1. Was ist der Unterschied zwischen Hypnose, Achtsamkeit und Entspannung?
2. Was versteht man unter Hypofrontalität?
3. Was bedeutet die Deaktivierung des sog. Default-Mode-Netzwerk unter Hypnose?