

# Hypnose als psychotherapeutische Methode: Ergebnisse der psychologischen Psychotherapieforschung<sup>1</sup>

O. Berndt Scholz

Psychologisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Lehrstuhl für Klinische Psychologie

**Zusammenfassung:** Es wird ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der angewandten und Grundlagenforschung zur Hypnotherapie gegeben. Die wissenschaftlichen Grundzüge des Verfahrens werden dargestellt, denn mehr als jede andere psychotherapeutische Methode wird Hypnose auch unprofessionell praktiziert. An verschiedenen Beispielen werden mnestiche, behaviorale und biologische Begleitprozesse bzw. Mechanismen von hypnotischer Trance erläutert.

Breiten Raum nimmt die Darstellung einiger ausgewählter Störungen ein, die mit

Hypnotherapie – teilweise auch adjuvant – erfolgreich behandelt werden können. Ebenso wird der breite Indikationsbereich abgesteckt, so dass offenkundig wird, welche psychotherapeutischen Problem- und Aufgabenstellungen hypnotherapeutisch bearbeitet werden können. Es wird aber auch auf den diesbezüglichen Forschungsbedarf hingewiesen.

Hypnotherapie genießt bei Patienten eine hohe Akzeptanz, sie ist effizient und sowohl als alleinige Behandlungsstrategie als auch in Kombination mit anderen psychotherapeutischen Verfahren einsetzbar.

gleiches. Beispiel: „Ihre Standfestigkeit gegenüber Zigaretten *ist wie* ein Fundament, das Ihnen sagt: Sie sind voller Kraft und Energie!“ Die Funktion der direkten Intervention ist dreierlei: (1) Der Therapeut ist der Garant für die hypnotherapeutische Erfahrung des Patienten. (2) Hypnose erhöht die Suggestibilität des Patienten. (3) Sie ist primär auf eine symptomorientierte Behandlung gerichtet.

Bei der *indirekten* Hypnose werden die therapeutischen Botschaften in einen für den Patienten attraktiven bzw. akzeptablen Kontext gesetzt (vgl. z.B. Revenstorf und Freund, 2001). Beispiel: „... Sie kennen das, wenn Zigarettenrauchen widerlich schmeckt! Warum sich dem aussetzen? Das, worauf Sie verzichten können, das macht Sie frei, und dieses Gefühl gleicht dem eines Siegers.“ Milton Erickson und viele seiner Nachfolger haben zahlreiche indirekte Techniken entwickelt, von denen hier lediglich vier skizziert werden:

■ **Stellvertretertechnik:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, werden die jungen, dynamischen, gesunden und gut aussehenden „Traumtypen“ suggeriert. Es wird dann von „ihnen“ in der Erwartung gesprochen, dass sich der Patient angesprochen fühlt; denn „sie/ihnen“ sind bekanntlich auch die singuläre Form der Personbezeichnung in der Höflichkeitsform.

<sup>1</sup> Überarbeitete Fassung einer Vorlesung, die im Rahmen einer Ringvorlesung anlässlich des 100. Jahrestages der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn gehalten wurde.

## Was ist eigentlich Hypnose?

Während der Hypnose, verstanden als eine Behandlungsmethode, werden spezifische Kommunikationsbesonderheiten unter der Voraussetzung eingesetzt, dass (1) eine psychotherapeutische Indikation besteht, dass (2) ein Vorgespräch stattgefunden hat und dass (3) ein therapeutischer Auftrag seitens des Patienten besteht. Die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient verläuft in dem Sinne ritualisiert, dass fünf Phasen sequentiell durchlaufen werden, nämlich Induktion, Vertiefung, therapeutische Fokussierung, posthypnotischer Arbeitsauftrag und Reorientierung. Dabei gerät der Patient in eine Trance, also in einen spezifischen Bewusstseinszustand – oder besser: mentalen Zustand – der durch Veränderungen der Wahrnehmungs- und informationsverarbeitenden Prozesse (z.B. Aufmerksamkeit, Absorption und Dissoziation) beschrieben werden kann (vgl. Bongartz und Bongartz, 1998). Wenn der

Patient hypnotische Trance erfährt, sind drei Prozesse wirksam, nämlich Relaxation, Imagination und Suggestibilität (syn. Hypnosefähigkeit). Sie werden vom Therapeuten induziert.

Es ist üblich, zwischen direkter und indirekter Hypnose zu unterscheiden. Die *direkte* Hypnose gilt als die klassische Form hypnotherapeutischer Intervention (vgl. z.B. Schütz, 1997). Beispiel: „Zigaretten schmecken widerlich; wenn Sie an einer Zigarette ziehen, wird Ihnen schwindelig und übel; Brechreiz überkommt Sie!“ Da solche Suggestionen vom Patienten auch angenommen werden müssen, um wirksam zu sein, setzen direkte Suggestionen voraus, dass zwischen Therapeuten und Patienten nicht nur Übereinstimmung in den Behandlungszielen bestehen, sondern auch in den Einstellungen und Überzeugungen. Weil das nicht durchgängig gegeben ist, hat man andere Formen der direkten Suggestion entwickelt, z.B. die Form des direkten Ver-

- **Einkreistechnik:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird ein Kontext suggeriert, in dem der Patient nicht geraucht oder seiner Versuchung erfolgreich widerstanden hat.
- **Metaphorische Anekdoten:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird die Geschichte eines Menschen, Tiers, Fabelwesens u.dgl. erzählt, der/das einer Sache überdrüssig ist, sie aber nur unter Schwierigkeiten überwunden hat. Zumeist wird über einen deus ex machina eine mögliche Lösung dargestellt, die die Ressourcen des Patienten berücksichtigt.
- **Symbolische Techniken:** Für die Zielstellung, das Rauchen aufzugeben, wird beispielsweise die Verweigerung einer Zigarette mit dem Handeln eines siegreichen Kämpfers verglichen.

### Was verändert sich in Hypnose?

Eine Vielzahl gut untersuchter Veränderungsindikatoren, die während hypnotischer Trance registriert werden können, sind dokumentiert worden. Sie lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen: Subjektive, verhaltensbezogene und biologische Veränderungen.

Zu den *mnestischen Veränderungen* können Veränderungen der Aufmerksamkeit gerechnet werden, zudem Veränderungen der Körperwahrnehmung, des logischen Denkens, der Imaginationsfähigkeit, der Suggestibilität, der Dissoziation, der Altersregression, der Hyper- und Amnesie sowie der emotionalen Prozesse. Beispielhaft soll eine Studie von Sarnoch (1998) angeführt werden. Er untersuchte die Wirkung von hypo- und hyperalgetischen Suggestionen auf kognitive Prozesse während der Bearbeitung des Stroop-Tests, der neutrale, hypo- und hyperalgetische Deskriptoren enthielt. Die Aufgabe wurde von den Pbn unter dem Einfluß einer normo-, hypo- und hyperalgetischen Trancebedingung bearbeitet. Während hypo- und hyperalgetischer Suggestionen kommt es zu einem Anstieg der schmerzbezogenen Stroop-Interferenzen. Das spricht für die große Rolle automatischer Verarbeitungsprozesse während der Hypnose, denn gemäß der Netzwerk-Theorie des Gedächtnisses wur-

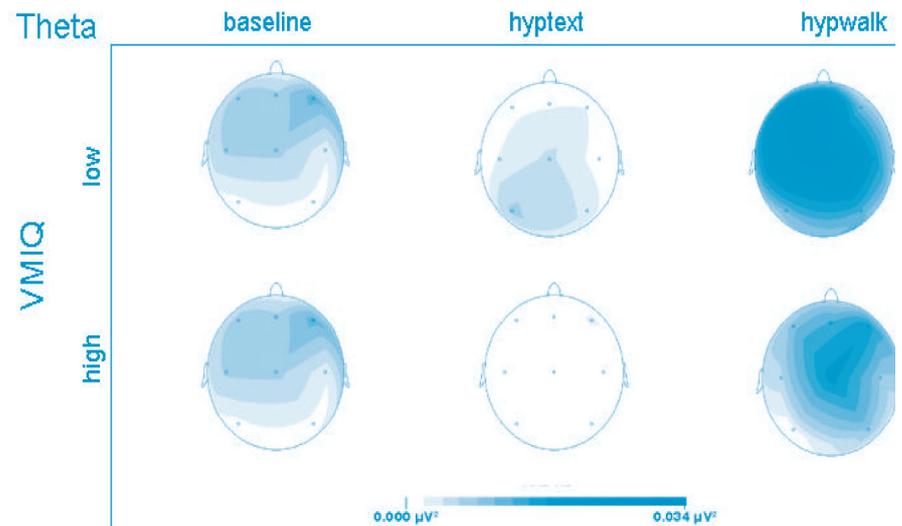


Abbildung 1: Thetapower ( $\mu V^2$ ) bei 5 Hz für die drei experimentellen Phasen werden dargestellt: baseline (Wachzustand mit geschlossenen Augen), hypertext (unspezifische hypnotische Trance) und hypwalk (motorische Imaginationsaufgabe in Hypnose). Es werden jeweils die anteriore und die posteriore Ansicht für Pbn mit hoher bzw. niedriger Trait-Imaginationsfähigkeit präsentiert. Haupteffekte für Hypnosephase ( $p = .001$ ) bzw. Ableitort ( $p < .0001$ ) und die Interaktion zwischen Hypnosephase und Ableitort ( $p < .0001$ ) sind signifikant.

den latent vorhandene schmerzbezogene Strukturen automatisch aktiviert, was sich in der Inkongruenz zwischen Schmerz- und Farbinformationen niederschlägt.

Im Zusammenhang mit *verhaltensbezogenen Veränderungen* wird immer wieder auf die Phänomene der Katalapsie (Verharren in unphysiologischen, unbequemen Körperhaltungen) oder Levitation (Dissoziation bestimmter Körperteile, so, als ob sie nicht mehr zum eigenen Körper gehörten) berichtet. Ungezählt sind die differenzierten mimischen und gestischen Veränderungen, die bei Annahme bzw. Ablehnung hypnotischer Instruktionen beobachtet werden können (vgl. Revenstorf, 1990, S. 143).

In ausführlichen Untersuchungen ist von vegetativen, hämatologischen, endokrino-logischen, immunologischen und auch von hirneurophysiologischen Prozessen berichtet worden, die alle unter die Gruppe der *biologischen Veränderungen* subsumiert werden können (zusammenfassend etwa bei Scholz, 1998). Hier soll von einer Studie berichtet werden, die Konradt im Rahmen ihrer Dissertation fertig stellte (Konradt, Deeb und Scholz, 2004). Ihr Ziel bestand darin, die Dauer und Genauigkeit einer mo-

torischen Imagination im Wachzustand und während der Hypnose in Abhängigkeit von der Hypnotisierbarkeit ihrer 47 Pbn miteinander zu vergleichen. Die Mental-Walking-Aufgabe hatte 3 Teile: In der Trainingsphase übten die Pbn am Computer 9 Tore zu durchschreiten mit unterschiedlicher Entfernung und Torbreite. Dem folgte eine Imaginationsphase, während der die Pbn die Tore im Wachzustand durchschritten. Schließlich realisierten die Pbn dieselbe Aufgabe unter Hypnose, wobei die Suggestionen in eine Phantasie-reise eingekleidet waren. Gemessen wurde die von den Pbn per Fingerzeig angegebene Dauer bis zum imaginierten Durchschreiten des jeweiligen Tores. Diese chronometrische Aufgabe verzichtet also auf subjektive Einschätzungen von Vorstellungsin-tensität und -fähigkeit. Während der Auf-gabe wurde das EEG auf 16 Kanälen registriert. Im Ergebnis spiegelt zwar die Dauer der motorischen Imagination während der Hypnose die vorgegebenen Distanzen korrekt wieder, aber die Pbn brauchten in Hypnose deutlich länger als unter der Wachbedingung.

Von besonderer Bedeutung war die Analyse der Theta-Aktivität während der imaginierten Wanderungen. Thetaaktivität ent-

steht in einem integrativen System verschiedener Hirnzentren entweder spontan (z.B. während des Schlafes) oder deterministisch, wenn ein sensorisches oder kognitives Ereignis verarbeitet wird. Dieses Ereignis kann external oder auch internal (z.B. durch Imagination ausgelöst) auftreten. Psychische Korrelate solcher deterministischen Thetagenerierung sind assoziatives Lernen, Aufmerksamkeit, emotionale Prozesse, Gedächtnisspeicherung, -konsolidierung oder -abruf. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, nimmt die Thetapower von der Baseline zur unspezifischen Trance ab, hingegen deutlich zu von der unspezifischen Trance zur eigentlichen Mental-Walking-Task in Hypnose.

Während aber bei den Pbn mit niedriger Imaginationsfähigkeit die Thetapower ziemlich diffus über das gesamte Hirn hinweg verteilt ist, kann bei den Pbn mit hoher Imaginationsfähigkeit eine Fokussierung zentroparietal festgestellt werden.

### Wem hilft Hypnotherapie?

„Insgesamt wurde für die Hypnose in den geprüften Anwendungsbereichen sowohl im Prae-Post-Vergleich ... als auch im Kontrollgruppenvergleich ... eine gute Wirksamkeit festgestellt.“ (Grawe, Bernauer, Donati, 1994, S. 634). Diese auf der Basis von 19 Studien mit 1068 Patienten gezogene Schlussfolgerung ist zwischenzeitlich durch weitere Metanalysen bestätigt, differenziert und konkretisiert worden. Revenstorf und Prudlo (1994) analysierten 77 Studien, in denen 17 verschiedene Störungsbilder behandelt worden waren. In 67 dieser Studien wurden statistisch signifikante Behandlungserfolge mitgeteilt. Im Arbeitskreis um Bongartz (vgl. Bongartz, Flammer und Schwonke, 2002; Flammer und Bongartz, 2003) wurde aus insgesamt 43 methodisch streng selektierten Studien eine Effektstärke von  $d = .51$  berechnet, d.h. 62 von 100 zufällig ausgesuchte Patn profitieren von einer Hypnotherapie. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in den meisten der berücksichtigten Studien die direkten Hypnose-techniken zur Anwendung kamen. Das gilt pars pro toto auch für die unter Leitung von Revenstorf (2003) angefertigte Metaanalyse.

M.a.W.: Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass moderne Hypnotherapie wirksamer ist als es die mittels Metaanalysen berechneten Indices abbilden. Dies soll nachfolgend störungsspezifisch belegt werden. Grundlage der Darstellung ist die von Revenstorf erarbeitete Expertise, die der Bundesgesundheitsministerin vorgelegt wurde.

Für die große Gruppe der *Angststörungen* lagen insgesamt 7 Studien mit 271 Patienten vor. Vornehmlich wurden Prüfungsängste, Panikstörungen und Phobien hypnotherapeutisch behandelt. Während 71% der Behandelten klinisch relevante Verbesserungen angaben, machten nur 29% der Mitglieder der unbehandelten Wartegruppe solche Angaben. Mit diesen Studien konnte die wirksame und insbesondere kostengünstige, weil relativ kurz dauernde Behandlung (maximale Behandlungsdauer: 9 Sitzungen) unter Beweis gestellt werden. Katamnesen bestätigten anhaltende Behandlungserfolge.

Patienten mit *somatoformen Störungen*, insbesondere mit somatoformen Schmerzstörungen, funktionellen Herz-Kreislauf- und gastrointestinalen Störungen profitieren von Hypnotherapie. Das belegen 12 methodisch sorgfältig kontrollierte Studien, an denen 251 Patienten beteiligt waren. Die Behandlungseffekte waren nach mehr als einem Jahr noch immer nachweisbar.

Ähnliche Effekte können für zahlreiche andere Störungsgruppen gezeigt werden. Besonders gut, weil an großen Stichprobenumfängen belegt (18 Studien, 1367 Patienten), sind die hypnotherapeutischen Ergebnisse bei *Patienten, die an einer somatischen Krankheit leiden und daraus psychosoziale Beeinträchtigungen* resultieren. Stellvertretend seien genannt: Asthma bronchiale, rheumatoide Arthritis, Operationsschmerz, postoperative Zustände, Krebs- oder Geburtsschmerz. Bei den genannten Erkrankungen wurde Hypnotherapie als adjuvante Behandlung eingesetzt. Der Erfolg der Hypnotherapie bestand wesentlich in einer Verkürzung der Heilungsprozesse.

In 7 Studien mit insgesamt 455 Patienten mit *Abhängigkeiten bzw. Substanzmiss-*

*brauch* (zumeist Opiat- oder Zigarettenabhängigkeit) erwies sich die Kombination mit Verhaltenstherapie als vorteilhaft.

Zur *Adipositas*-Behandlung sind 7 Studien mit 200 Patienten publiziert worden. Auch hier wurde die Hypnotherapie als ein adjunktives Behandlungsverfahren eingesetzt. Der Behandlungsschwerpunkt lag indessen auf einer verhaltensmodifizierenden und diätetischen Vorgehensweise. Man kann aus den Studien den Schluss ziehen, dass die hypno-therapeutische Fokussierung auf ein verändertes Körperbild der Patienten und auf veränderte Gewohnheitsbildung beim Essen zu langfristig anhaltenden Behandlungsergebnissen (Gewichtsreduktion) führt. Hierbei sei angemerkt, dass die genannten Therapieeffekte nicht erreicht wurden, wenn Verhaltensmodifikation und Diätmaßnahmen als alleinige Behandlungsmethoden eingesetzt wurden.

Zur Störungsgruppe der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen zählt Revenstorf *Inkontinenz* und *Schlafstörungen*. In seinem Bericht wird darauf verwiesen, dass die kurze Behandlungsdauer von deutlichem Vorteil gegenüber anderen Behandlungsmethoden ist. Dieser Aspekt wurde in einer umfangreichen Studie aus dem eigenen Arbeitskreis nachgewiesen (vgl. Schön, Dohrenbusch, Kaspers und Scholz, 2003). 58 Patienten mit Primärer Insomnie erhielten 6 Therapie Termine im wöchentlichen Abstand. Während der Sitzungen bekamen sie Informationen zum Krankheitsbild und zu schlafhygienischen Maßnahmen. Zuhause hörten sie täglich eine CD, auf der während jeder Woche ein anderer Text aufgesprochen war. Die gesamte Stichprobe wurde in 3 verschiedene Behandlungsgruppen aufgeteilt; (1) auf der CD waren nur Entspannungstexte aufgesprochen, (2) auf der CD waren nur metaphorische Anekdoten aufgesprochen, (3) die CDs enthielten sowohl (1) als auch (2). Gruppenstatistisch ergaben sich zwischen den Behandlungsgruppen keine statistisch zu sichernden Unterschiede, wohl aber verbesserten sich die Patienten in allen 3 Behandlungsgruppen statistisch signifikant im Hinblick auf ihre Schlafqualität (vgl. Abbildung 2 und 3).

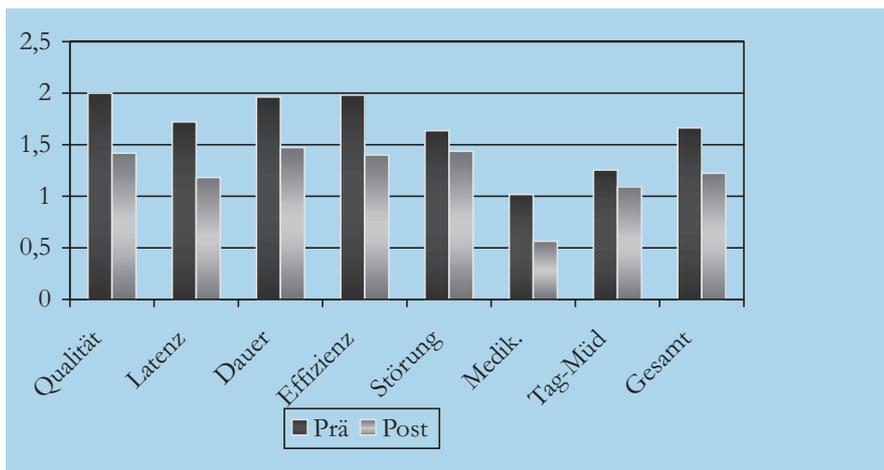


Abbildung 2: Mittelwerte der 8 Subskalen des Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) von Buysse, Reynolds, Monte, Berman und Kupfer (1989) im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung bei n= 58 Patienten.

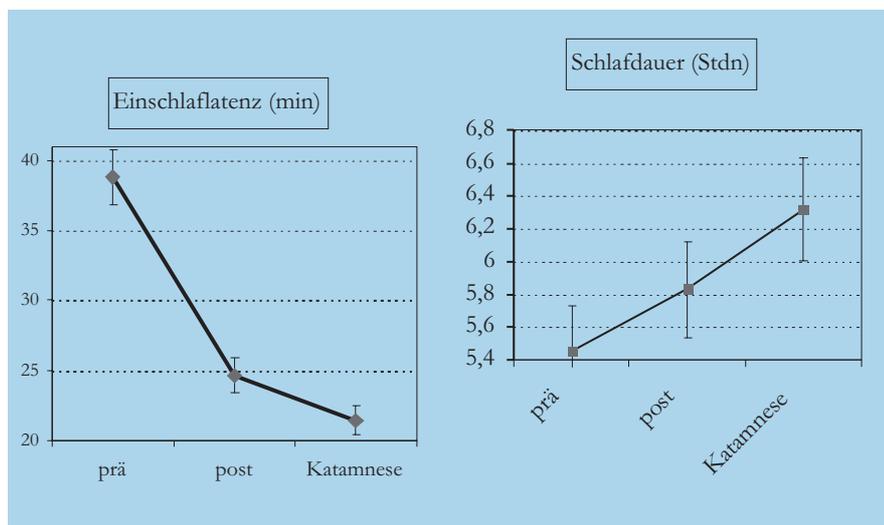


Abbildung 3: Veränderung der Einschlafzeit in Minuten (links) und der Schlafdauer in Stunden (rechts). Die Katamnese wurde 3 Monate nach Therapieabschluss erhoben.

Gemäß den Angaben der Patienten verkürzt sich die Einschlafzeit von 39 min auf 22 min, und die Schlafdauer verlängert sich von 5,42 Stunden auf 6,32 Stunden. Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich die Therapieeffekte über den Behandlungszeitraum hinaus noch verstärken. – Insgesamt gesehen zeigt diese Studie wie auch die bei Revenstorf (2003) zitierten Studien beachtliche Therapiewirkungen.

Die genannten Erfolge sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass für einzelne Störungen noch erheblicher Forschungsbedarf besteht. So liegen zur Hypnotherapie von Essstörungen lediglich 2 Originalstudien

liegen vor. Daran beteiligten sich 73 Patienten mit Bulimia nervosa. Sie wurden in Kombination mit Verhaltenstherapie behandelt, wobei aus hypnotherapeutischer Sicht posthypnotische Aufträge bzw. sog. „hypnotische Begleiter“ zur Beeinflussung des Körperbildes einen wesentlichen Therapiebestandteil ausmachten.

Ähnlich ist die Forschungslage bei der Hypnotherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen (5 Studien mit 116 Patienten). Bei dieser Störungsgruppe scheint Hypnotherapie deshalb besonders wirksam zu sein, weil die Kernsymptomatik mittels kontrollierter Konfrontation in sensu mög-

lich ist und dadurch via Habituation das Beschwerdebild wirksam reduziert werden kann. So wurden klinisch relevante Besserungen in der Studie von Brom, Kleber und Defares (1989) bei ca. 60% der Therapie Teilnehmer nachgewiesen.

Ein großer Forschungsbedarf ergibt sich für die Hypnotherapie von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wie die 7 von Revenstorf (2003) berichteten Studien mit lediglich 310 Therapie Teilnehmern belegen, ist die Akzeptanz für hypnotherapeutische Intervention hoch, insbesondere bei Enuresis, Lernstörungen, hyperkinetischen Störungen, aber ebenso bei postoperativen Zuständen oder bei der Milderung von Übelkeit und Erbrechenneigung der Krebspatienten.

### Welche Arbeitsprinzipien werden in der Hypnotherapie realisiert?

Wie bereits einleitend festgestellt, läuft die hypnotherapeutische Intervention nach einer mehr oder weniger festen Sequenz ab, weshalb auch die Hypnotherapie hinsichtlich ihres Procedere ein leicht zugänglicher Forschungsgegenstand ist. Bevor die Tranceinduktion erfolgt, erarbeiten Patient und Therapeut einen konkreten Arbeitsvertrag, der während der Hypnose „behandelt“ wird. Daran schließt sich die verbale Präsentation einer cover story, die auf die aktuellen Besonderheiten des Patienten Bezug nimmt. Diese wird derart fortgesetzt, dass die bisher nicht angemessen berücksichtigten Gegebenheiten/Ziele des Patienten expliziert werden. Die Konfrontation kulminiert in der Präsentation des Kernproblems des Patienten, ohne dass dabei der Patient direkt angesprochen werden muss. Dennoch werden ihm Lösungen bzw. Ergebnisse seiner bisher nicht angemessenen Gegebenheiten/Ziele differenziert angeboten. Bevor der Patient reorientiert wird, wird ein posthypnotischer Auftrag erteilt, der z.B. als „hypnotischer Begleiter“ formuliert werden kann. Insgesamt ist jede therapeutische Hypnose maßgeschneidert.

Die gedrungene Beschreibung des Ablaufes einer Hypnose soll kenntlich machen, dass diese Behandlungsmethode ein sehr breites Arbeitsspektrum (syn. Indikation)



Abbildung 4: Die vier von Grawe (1995) formulierten Arbeitsprinzipien einer psychotherapeutischen Sitzung. In Abhängigkeit von der globalen Zielstellung einzelner Behandlungsmethoden (z.B. Gestalttherapie, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse) werden einzelne Arbeitsprinzipien auf Kosten anderer fokussiert. Die Arbeitsprinzipien lassen sich zu 2 psychotherapeutischen Behandlungsperspektiven zusammenfassen.

ermöglicht, das eben nicht nur symptomorientiert ist. Man kann leicht zeigen, dass die von Grawe (1995) formulierten Arbeitsprinzipien (vgl. Abb. 4) in vollem Umfange für einzelfallspezifische hypnotherapeutische Aufgabenstellungen gelten.

*Problemaktualisierung* ist mittels Hypnose dann angezeigt, (1) wenn der Patient mit seinen Ambivalenzen, insbesondere mit seinen emotionalen Zuständen von Unsicherheit und Angst, zu konfrontieren ist; (2) wenn wesentliche Bestandteile seines Problems von ihm nicht ins Kalkül gezogen werden/wurden; (3) wenn Konflikte, Probleme, Schwierigkeiten, Leiden oder Inkompetenz des Patienten explizit thematisiert, provoziert oder reaktualisiert werden sollen. Bei diesen Sachverhalten wird die cover story so ausgebreitet, dass die kognitive, emotionale bzw. soziale Komplexität seines Problems offenkundig wird. Sollte sich im Vorgespräch herausstellen, dass der Patient Widerstände gegen eine Änderung seiner Sichtweise der Probleme hat, dann kann die Problemlage dadurch aktualisiert werden, dass der Therapeut die Konsequenzen des Problems deutlich macht.

Die *Klärung von Motivation* in der Hypnose ist besonders dann angezeigt, (1) wenn Bedeutungszusammenhänge der einzelnen Facetten der gegenwärtigen Lage (oder des Problems) des Patienten zu analysieren sind; (2) wenn ihm unklare, unbewusste, unübersichtliche Zusammenhänge strukturiert werden sollen; (3) wenn Intentionen, Entscheidungen, Handlungen, Ziele, Überzeugungen und/oder Beziehungen des Patienten uneindeutig sind. In solchen Fällen wird der Hypnotherapeut in

seiner Darstellung die antagonistischen und die protagonistischen Seiten des Problems fokussieren. Es ist therapeutisch hilfreich, wenn für die verschiedenen Seiten des Problems jeweils ein Subjekt bzw. ein Repräsentant steht (pro et contra).

Hypnotherapeutische Hilfe zur *Problembewältigung* ist angezeigt, wenn (1) konkrete Anleitungen/Instruktionen – etwa im Sinne eines shapings – ausgeformt werden sollen; (2) wenn bereits konzipierte Intentionen, Entscheidungen oder geplante/notwendige Handlungsvollzüge differenziert eingeübt werden sollen; wenn konkrete Hilfen oder Hilfsmittel für den Patienten erforderlich werden; (4) wenn Möglichkeiten einer Barriereüberwindung sondiert werden sollen. Bei all diesen Aufgabenstellungen werden die cover stories so formuliert, dass die bereits gefällten Entscheidungen des Patienten eingeübt werden können. Der hypnotherapeutische Zugang ist also auf die Ausformung bzw. das Training der Problembewältigung fokussiert.

*Ressourcenaktivierung* bezieht sich darauf, die vorhandenen Hilfsmittel (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen, materielle Mittel) des Patienten, seine Möglichkeiten (situative Umstände, soziale Beziehungen) und relevante Personen zu nutzen, um seine angestrebte Problemlösung zu optimieren. Das ist angezeigt, (1) wenn soziale Beziehungen des Patienten explizit bestätigt, auf-, ausgebaut oder aktiviert werden sollen; (2) wenn auf Erwartungen, Hoffnungen, individuelle Kompetenzen und Gewohnheiten eingegangen werden soll; (3) wenn der Patient zum Gebrauch

eigener Möglichkeiten, Vorteile, Voraussetzungen ermutigt werden soll.

In einer Studie von Scholz und Meise (2004) wurde die Ressourcenaktivierung



**Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie \***  
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)  
Würzburg - Bamberg - München  
(WS 2005)

**Zusatzqualifizierung Gruppentherapie\***  
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)  
Bamberg - Würzburg (SS/WS 2005)

**„Nachqualifizierung“ \***  
im Rahmen der  
Übergangsbestimmungen des PTG  
140/280 Stunden Theorie - Bamberg -  
Würzburg

**Fortbildung in Psychologischer Schmerztherapie \***  
80 Stunden mit Abschlusszertifikat  
anerkannt von DGSS und DDPSF

**Fortbildung in Psychoonkologie \***  
80 Stunden - Bamberg - Würzburg  
(SS/WS 2005)

**\* alle Fortbildungen werden zur Anerkennung bei der Kammer eingereicht**

Arbeitsgemeinschaft für  
Verhaltensmodifikation  
Deutschland e. V. (AVM-D)  
Bundesgeschäftsstelle - Dr.-Haas-  
Straße 4 96047 Bamberg  
Fon (09 51) 2 08 52 11 Neu  
Fax (09 51) 2 08 52 15 Neu  
e-mail: info@avm-d.de  
internet: www.avm-d.de

von 44 Patienten mit atopischer Dermatitis fokussiert. Patienten, die adjuvante Hypnotherapie erhielten, hatten im Vergleich zu Patienten, die sich einem Imaginations-training unterzogen, die größeren Behandlungserfolge. Am Ende einer vierwöchigen Behandlung, die überwiegend als Selbstmodifikation konzipiert war, hatten die Patienten der Hypnosegruppe deutlich weniger Juckreizattacken, geringere Juckreizaktivität, größere Selbstkontrolle gegenüber dem Kratzen, ein besseres allgemeines Wohlbefinden und deutlich weniger negative Gedanken. Ebenso war die Anzahl der Patienten, die Behandlungsfortschritte erzielten, in der Hypnosegruppe größer als in der Imaginationsgruppe. Die Ressourcenaktivierung geschah in den Tonkassettexten dadurch, dass – ausgehend von den Erwartungen und Hoffnungen der Patienten – sie sich ihre individuellen Kompetenzen vergegenwärtigen und zum Gebrauch eigener Möglichkeiten ermutigt wurden.

### Ausblick

Hypnotherapie wird in dem Maße als ein wissenschaftliches Behandlungsverfahren akzeptiert werden, wie es gelingt, das Vorgehen rational zu kommunizieren. Nicht alles, was sich Hypnotherapie nennt, kann den Kriterien einer wissenschaftlich begründeten Therapiemethode gerecht werden, weil irrationale, esoterische oder auch laienhafte Konzepte maßgeblich in das Behandlungsgeschehen einfließen. Das muß deshalb nicht sein, weil wesentliche Mechanismen und Begleitprozesse von Hypnose bekannt und replizierbar untersucht worden sind. Diesen Vorteil – hier sind insbesondere die mnestischen und biologischen Veränderungen während Hypnose zu nennen – hat die Behandlungsmethode auch gegenüber vielen anderen Behandlungsmethoden. Ein weiterer Vorteil ist die breite Anwendbarkeit, die sich nicht nur auf Symptombehandlung zu beschränken braucht. Die in verschiedenen Taxonomien beschriebenen psychotherapeutisch wirksamen Mechanismen (Arbeitsprinzipien) finden in hypnotherapeutischen Behandlungen breite Anwendung.

Hypnose genießt bei den Patienten eine hohe Akzeptanz, insbesondere bei solchen Patienten mit primär organischen Erkrankungen, die zu psychischen Beeinträchtigungen während des Krankheitsprozesses geführt haben. Dabei ist die hypnotherapeutische Intervention sehr effizient. Eine überschaubare Behandlungsdauer charakterisiert diese Art der Psychotherapie. Insofern ist die Hypnotherapie eine kostengünstige Behandlungsform.

Hypnotherapie ist anwendungsbezogen umfangreich erforscht. Das ist eine gute Ausgangsposition für die Qualitätssicherung dieser Therapiemethode. Hinsichtlich der Kenntnis von Hypnosemechanismen, Prozessforschung, der langfristigen Behandlungswirkungen und der Integration in andere Therapiestrategien sind jedoch noch zahlreiche Forschungsfragen zu beantworten.

### Literatur

- Bongartz, W., Bongartz, B. (1998) Hypnose-therapie, Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E., Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989) Brief Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monte, T.H., Berman, S.R., Kupfer, D.J. (1989) The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Flammer, E., Bongartz, W. (2003). On the Efficacy of Hypnosis: A Meta-Analytic Study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197.
- Grawe, K. (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K., Bernauer, R., Donati, F. (1994) Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession, Göttingen: Hogrefe.

- Konradt, B., Deeb, S. & Scholz, O.B. (2004). Motorische Imagination in Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21, 183-204.
- Revenstorf, D., Prudlo, U. (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11, 190-224.
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (2003) Hypnotherapie – Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens. Privatdruck, erhältlich beim Herausgeber/Autor.
- Revenstorf, D. (1990) Technik der Hypnose. In: Revenstorf, D. (Hrsg.) *Klinische Hypnose*, Berlin: Springer, (137-168).
- Revenstorf, D., Freund, U. (2001) Indirekte Induktion und Kommunikation. In: Revenstorf, D., Peter, B. (Hrsg.) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*, Berlin: Springer, (169-184).
- Sarnoch, H. (1998) Kognitive Effekte hypo- und hyperalgetischer Suggestionen im Stroop-Test. *Hypnose und Kognition*, 15, 145-156.
- Scholz, O. B. (1998) Hirn und Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 15, 11-32.
- Scholz, O. B., Meise, M. (2004) Metapher-geleitete Hypnotherapie im Vergleich zur Imaginationstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 209-217.
- Schön, M.M., Dohrenbusch, R., Kaspers, F. Scholz, O.B. (2003) Tranceinduktion und metaphorisch geleitete Suggestionen in der Behandlung der Primären Insomnie. Posterpräsentation, Tagung der Fachgruppe „Klinische Psychologie und Psychotherapie“, Freiburg.
- Schütz, G. (1997) Hypnose in der Praxis – Über das Phänomen der Trance, Paderborn: Junfermann.

### Prof. Dr. O. Berndt Scholz

Psychologisches Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
Römerstraße 164  
D-53117 Bonn