

Vorwort

Die derzeitige Renaissance der Hypnose seit dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts vollzog sich hauptsächlich im psychotherapeutischen Bereich. Dies hat wohl damit zu tun, dass es überwiegend psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren, die Hypnose als gewinnbringende Technik für ihre Arbeit entdeckt haben. Die meisten Beiträge unserer Zeitschrift haben sich entsprechend auch mit psychologischen und psychotherapeutischen Themen befasst.

Das nächste große Anwendungsgebiet der Hypnose in den deutschsprachigen Ländern wurde dann die Zahnmedizin, was dem Engagement der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose und ihres Gründers, Albrecht Schmierer, zuzuschreiben ist. Nach vereinzelten Artikeln brachten wir 1999 ein ganzes Doppel-Heft zur zahnärztlichen Hypnose heraus. Auch das vorliegende Heft enthält wieder eine Reihe von Beiträgen insbesondere österreichischer Kolleginnen und Kollegen zu vielfältigen Anwendungen von hypnotischen und suggestiven Techniken in der Zahnmedizin.

Obwohl wir durchaus immer wieder entsprechende - auch original deutschsprachige - Arbeiten drucken konnten, war Medizin bei uns lange Zeit ein Stiefkind in der Anwendung von Hypnose - und sie ist es im Grunde auch heute noch. Wir freuen uns daher sehr, dass wir in diesem Heft eine ganze Reihe von Beiträgen vorstellen können, die sich mit der Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie in verschiedenen medizinischen Bereichen befassen, wobei die Schmerzkontrolle verständlicherweise im Vordergrund steht.

Alle Beiträge gehen zurück auf den 15. Internationalen Kongress für Hypnose, der vom 2. - 7. Oktober 2000 an der Universität München stattfand - ausgenommen den Artikel zur Geschichte der Hypnose in Österreich, der eigentlich schon im Heft 2000 hätte erscheinen sollen, durch eine verzögerte Begutachtung dann aber nicht mehr rechtzeitig aufgenommen werden konnte.

Spiritus rector hinter fast allen der in diesem Heft so zahlreichen Beiträgen aus Österreich ist Henriette Walter von der Universitätsklinik in Wien. Ihr möchten wir an dieser Stelle ganz besonders danken, aber auch allen anderen Autorinnen und Autoren, v.a. dass sich die meisten so geduldig den Widrigkeiten des Gutachterverfahrens unterworfen haben.

München, im April 2002

Burkhard Peter, Walter Bongartz, Dirk Revenstorf und Willi Butollo

Anmerkung der Hrsg.: Einigen aufmerksamen Lesern wird nicht entgangen sein, dass seit Band 15, 1998, hinter jedem Artikel vermerkt ist, wann er eingegangen und wann er schlussendlich, ev. in revidierter Form akzeptiert worden ist. Dies ist das äußere Zeichen dafür, dass wir seit einigen Jahren das Gutachterverfahren etwas rigoroser handhaben: Ein Beitrag wird in HyKog nur dann publiziert, wenn er von mindestens zwei externen Gutachtern positiv beurteilt worden ist. Das bedeutet ab und zu glatte Ablehnung und meistens ein langwieriges Hin und Her zwischen Gutachtern und Autor/en, bis erstere mit der so und so vielen Revision zufrieden sind. Wir bitten alle Autorinnen und Autoren an dieser Stelle um Verständnis für diese peer-review-Prozedur, die der Qualitätssicherung dieser Zeitschrift dient.

Burkhard Peter und Christoph Kraiker

Hypnose als Standardbehandlung in der somatischen Medizin?

Winfried Häuser

■ *Hypnose als Bestandteil einer verhaltensmedizinischen Behandlung ist eine empirisch validierte Behandlungsmethode in der somatischen Medizin (Angst- und Schmerzreduktion bei medizinischen Eingriffen, Asthma bronchiale, Psoriasis und Warzen, Reizdarmsyndrom, Hämophilie, chemotherapieinduzierte Übelkeit sowie akute und chronische Schmerzen). Innerhalb einer evidenzbasierten Medizin sollte Hypnose bei den genannten Prozeduren bzw. Erkrankungen eingesetzt werden. Trotz dieser Tatsache wird Hypnose in der ambulanten und stationären Versorgung von Patienten mit körperlichen Erkrankungen in Deutschland kaum eingesetzt. Folgende Ursachen werden diskutiert: Mangelndes Wissen somatisch tätiger Ärzte über die Möglichkeiten der Hypnose aufgrund einer Lücke in der medizinischen Ausbildung; Publikation von Hypnoseforschungsergebnissen überwiegend in englischsprachigen Zeitschriften; unzureichende Fort- und Weiterbildungsangebote in Hypnose für somatisch tätige Ärzte; widrige Rahmenbedingungen für Hypnose im Krankenhaus; ungenügende Honorierung der Hypnose bei Abrechnung nach EBM und GOÄ; mangelndes Engagement der psychotherapeutendominierten Hypnosefachgesellschaften in der somatischen Medizin; medizinische und psychologische Kontraindikationen zum Einsatz von Hypnose.*

Schlüsselwörter: Hypnose, Somatische Medizin, evidence based medicine

Auf Grund der immer größer werdenden Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren und dem volkswirtschaftlich finanzierbaren gewinnt eine evidenzbasierte Medizin zunehmend an Bedeutung: Ziele der evidenzbasierten Medizin sind optimale Diagnostik und Therapie auf dem Boden gesicherter (evidenter) Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen und des klinischen Wissens des Arztes (Kunz et al., 2000). Nur etwa 15% aller medizinischen Maßnahmen beruhen auf soliden wissenschaftlichen Wirksamkeitsbelegen (Lasek & Müller-Oerlinghausen, 1998).

Auch im Bereich der Klinischen Psychologie wird die Notwendigkeit der empirischen Validierung psychologischer Verfahren erkannt. Eine Arbeitsgruppe der Division of Clinical Psychology der American Psychological Association hat Kriterien für "gut etablierte (well-established) und wahrscheinlich wirksame Behandlungen (probably efficacious treatments)" veröffentlicht (Chambless & Hollon, 1998). In einem aktuellem Review (Pinnell & Covino, 2000) bzw. einer Metaanalyse (Montgomery, DuHamel & Redd, 2000) von empirischen Studien zur Hypnose in der Medizin inklusive Schmerztherapie wird festgestellt, dass Hypnose die Kriterien einer gut etablierten Behandlungsform in der Medizin (Reduktion von Angst und Schmerzen bei medizinischen Eingriffen, Asthma bronchiale, Psoriasis und Warzen, Reizdarmsyndrom, Hämophilie, chemotherapieinduzierte Übelkeit, akute und chronische Schmerzen) erfüllt, d.h. Hypnose ist einer medikamentösen Behandlung oder einem psychologischen Placebo überlegen. Einschränkend fügen die Autoren hinzu, dass die meisten Praktiker Hypnose als Ergänzung (Adjunct) zu pharmakologischen oder psychotherapeutischen Verfahren einsetzen (Montgomery, DuHamel & Redd, 2000). Weiterhin ist unklar, ob Hypnose irgendetwas zur Behandlungseffektivität hinzufügt, was über Information, Entspannungstraining und Wachstugestionen hinausgeht (Pinnell & Covino, 2000). Auch die Bedeutung von Suggestibilität, Fremdversus Selbsthypnose, Life-Hypnose versus Audiokassetten sowie der Dosierung von Hypnose in der Medizin ist unklar (Pinnell & Covino, 2000). Bezüglich der von manchen Ericksonianern postulierten Überlegenheit indirekter bzw. "maßgeschneiderter" Suggestionen gegenüber direkten standardisierten Suggestionen sei angemerkt, dass in allen berücksichtigten Studien der Reviews (Pinnell & Covino, 2000; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000) sogenannte klassische Hypnose (standardisierte direkte Suggestionen) eingesetzt wurde.

Trotz dieser ungeklärten Fragen zur Wirkungsweise der Hypnose sollte sie innerhalb einer evidenzbasierten Medizin, insbesondere in Anbetracht der fehlenden empirischen Validierung der meisten medizinischen Behandlungen, einen höheren Stellenwert einnehmen. Der Stellenwert der Hypnose auf manchen medizinischen Gebieten müsste unter gesundheitsökonomischen Aspekten noch größer sein, weil einige in der Bevölkerung häufige Krankheitsbilder, bei denen die Wirksamkeit von Hypnose nachgewiesen ist wie beim Reizdarmsyndrom, auf medizinische Standardtherapien oft schlecht ansprechen und enorme direkte und indirekte Krankheitskosten verursachen (Hahn, Yan, & Strassels, 1999). Beim Reizdarmsyndrom ist Hypnose, auch bei sogenannten therapierefraktären Fällen (medikamentöse Therapie) nicht nur wirksam bezüglich der Beschwerdereduktion beim Patienten, sondern auch bezüglich der Reduktion direkter und indirekter Krankheitskosten (Houghton, Heymann, & Whorwell, 1996).

Wenn ich die aktuelle ambulante und stationäre medizinische Versorgungssituation in Deutschland innerhalb meiner Arbeitsbereiche (Innere Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Psychotherapeutische Medizin) sowie die Themen wissenschaftlicher Publikationen, Fachtagungen und Empfehlungen von Fachgesellschaften in diesen Bereichen betrachte, muss ich feststellen, dass Hypnose in der deutschen somatischen Medizin eine exotische Randexistenz führt. Drei Beispiele mögen diese Behauptung belegen: Entgegen der Ergebnisse der genannten Reviews und Metaanalysen (Pinnell & Covino, 2000; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000) sowie internationalen Expertenempfehlungen (Drossmann, 1999) wird von einer Exper-

tenkommission der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen die Wirksamkeit der Hypnose beim Reizdarm als unsicher eingestuft (Hotz et al., 1999). In den Leitlinien der Deutschen Kopfschmerz- und Migränegesellschaft wird der Einsatz von Hypnose bei Spannungskopfschmerzen und Migräne nicht erwähnt (Diener et al., 2000). In einer Befragung deutscher psychoonkologischer Experten bezüglich des erforderlichen psychotherapeutischen Angebotes in der onkologischen Akutversorgung und der ambulanten Nachsorge rangieren Hypnose und imaginative Verfahren im "unteren Tabellendrittel" (Weis, Koch, & Matthey, 1998).

Im Folgenden sollen, beginnend mit einem Fallbeispiel, mögliche Gründe für die mangelnde Verbreitung der Hypnose in der deutschen somatischen Medizin aufgeführt werden.

Fallbeispiel

Ich arbeite in einem Krankenhaus der Maximalversorgung (675 Betten, 17 Abteilungen). Innerhalb der Medizinischen Klinik I (Schwerpunkte: Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Infektionskrankheiten, Psychosomatik) und der Abteilung Schmerztherapie arbeiten wir mit einem integrierten psychosomatischen Ansatz, d.h. ein Teil der Mitarbeiter ist sowohl "somatisches" als auch psychotherapeutisch tätig. Neben der ambulanten und stationären Behandlung eigener Patienten bieten wir für die übrigen Kliniken des Hauses einen psychosomatischen und schmerztherapeutischen Konsiliar- und Liaisondienst an. Zum Zeitpunkt des Fallbeispiels verfügten 3 Mitarbeiter der beiden Abteilungen über eine bei Fachgesellschaften abgeschlossene Hypnoseausbildung und 1 Mitarbeiter über eine Grundausbildung in Hypnose nach den KV-Richtlinien.

Vom Oberarzt der Klinik für Onkologie und Strahlentherapie, der in der Vergangenheit an einem meiner Einführungskurse in Hypnose teilgenommen hatte, wurde ein dringliches psychosomatisch-schmerztherapeutisches Konsil zur Hypnonarkose angefordert. Bei einer 51-jährigen Patientin mit einem lokal fortgeschrittenen Vulva-Carcinom (Schamlippenkrebs) sollte eine lokale Strahlentherapie durchgeführt werden. Dazu wird üblicherweise eine "lokale Spickung" durchgeführt, d.h. in Vollnarkose werden radioaktive Drähte in die Schamlippen eingelegt. Aufgrund kardiopulmonaler Erkrankungen (ausgedehnte Gibbusbildung mit hochgradiger restriktiver Lungenfunktionsstörung und Tachyarrhythmia absoluta) war von den Anästhesisten die sonst bei dieser Maßnahme durchgeführte Vollnarkose bzw. Spinalanästhesie abgelehnt worden. Der onkologische Oberarzt begründete seine Anfrage mit einem Vortrag, in dem ich über Operationen in Hypnosennarkose gesprochen hatte. Zwar sei der Chefarzt gegenüber Hypnose skeptisch, aber die Hypnosennarkose müsse aufgrund fehlender Alternativen dringend durchgeführt werden. Weiterhin wurde gebeten, die Patientin in die Abteilung für Schmerztherapie bzw. Psychosomatik zu übernehmen, da bei einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (welche aufgrund der desolaten Finanzsituation der saarländischen Krankenkassen in unserem Haus häufig stattfinden), der Verbleib der Patientin in der onkologischen Klinik ohne Durchführung von Radio- bzw. Chemotherapie als Fehlbelegung ausgelegt werden könne.

Nur aufgrund einer reduzierten Belegung aufgrund der Zeit zwischen Weihnachten und Neujahr konnte eine Mitarbeiterin unseres Teams (Susanne Wambach, Fachärztin für Gynäko-

logie und Geburtshilfe, Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie) täglich mit der Patientin 1-2 Stunden arbeiten. Der Aufbau einer vertrauensgetragenen Beziehung war erst möglich, nachdem die Patientin ausführlich über ihr Erkrankungsbild und die erwogenen hypnotherapeutischen und onkologischen Maßnahmen aufgeklärt worden war. Die Kommunikation über komplexe medizinische Sachverhalte war erschwert, weil die Patientin als Deutschrussin nicht alle deutschen Wörter verstand. Bei den ersten drei Hypnosesitzungen (Ort der Sicherheit) zeigte sich die Patientin mäßig suggestibel. Wir zweifelten, ob die geplante schmerzhafteste Behandlung in Hypnotherapie durchgeführt werden könne. Aufgrund der zunehmenden Schmerzsymptomatik und einer Harnblasenentleerungsstörung bestand keine Zeit mehr für ein weiteres Hypnotherapie-Training. Nach nochmaliger Durchsicht der kardiopulmonalen Befunde und Rücksprache mit dem psycho- und hypnotherapeutisch weitergebildeten Anästhesisten unseres Behandlungsteams schlugen wir der Patientin eine Ergänzung der Hypnose durch Periduralanästhesie vor, in die sie nach ausführlichen Gesprächen einwilligte. Es wurde eine Periduralanästhesie durchgeführt und anschließend in Steinschnittlage eine Trance induziert. Die Einlage der radioaktiven Drähte und die weitere onkologische Behandlung waren ohne medizinische oder psychologische Komplikationen möglich. Insgesamt wurde die Patientin 7 Tage (einschließlich Wochenende) auf unserer Abteilung behandelt.

Das Fallbeispiel zeigt einige Grenzen des Einsatzes von Hypnose im medizinischen Alltag: Mangelndes Wissen bzw. unrealistische Vorstellungen über die Möglichkeiten der Hypnose in der Medizin; Restriktionen durch enge personelle Ressourcen und Überprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen; unsichere Wirksamkeit von Hypnose in der Akutschmerztherapie im Vergleich zu Medikamenten. Die Gründe für die mangelnde Verbreitung der Hypnose in der deutschen somatischen Medizin werden im weiteren präzisiert.

Hypnose in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung: In Anbetracht der Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entstehung und den Verlauf körperlicher Erkrankungen ist der Anteil und Beitrag der psychosozialen Fächer in der Ausbildung bzw. Sozialisation von Ärzten gering. Psychotherapeutische Methoden werden in den Fächern Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin vermittelt. Aufgrund der traditionellen psychodynamischen Ausrichtung der Inhaber psychosomatischer Lehrstühle wird Hypnose meines Wissens an deutschen medizinischen Fakultäten kaum gelehrt. In der Weiterbildung zum Facharzt ist der Erwerb von Hypnosekenntnissen fakultativ nur bei der Zusatzbezeichnung Psychotherapie als Zweitverfahren Psychotherapie (50 Stunden) enthalten. Für den Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sind 2 x 8 Stunden suggestive Verfahren ohne explizite Nennung der Hypnose vorgeschrieben. Gebiete, für die eine evidenzbasierte Wirkung von Hypnose erwiesen ist wie Anästhesiologie oder Innere Medizin, schreiben in ihren Weiterbildungsordnungen keinen Erwerb von Kenntnissen in Hypnose vor.

Hypnosefachgesellschaften: Die Mitglieder der drei großen deutschen Hypnosefachgesellschaften DGÄHAT, DGH und MEG sind überwiegend im psychotherapeutischen Bereich tätig. Während Einführungskurse in ärztliche Hypnose (zur Qualifikation zur Abrechnung der EMB-Ziffer 858 bzw. als Zweitverfahren für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie) ausreichend

besucht sind, finden weiterführende, für den medizinischen Bereich entwickelte Hypnosecurricula wie MedHyp der MEG selten ausreichende Teilnehmerzahlen. Aufgrund ihrer überwiegend psychologisch-psychotherapeutischen Ausrichtung unternehmen die Vorstände von Hypnosefachgesellschaften kaum Anstrengungen, den Stellenwert der Hypnose in der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu stärken, wie dies den psychosomatischen Fachgesellschaften teilweise bezüglich der Psychosomatischen Grundversorgung für die Gebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde und die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie gelungen ist.

Psychosomatische Konsiliar- und Liaisonsdienste: Im Zuge der zunehmenden Spezialisierung in somatischer und psychotherapeutischer Medizin sind die von uns vertretenen integrierten Versorgungsmodelle mit somatischer und psychotherapeutischer Doppelqualifikation die Ausnahme und Kooperationsmodelle von somatischen und psychotherapeutischen Spezialisten die Regel. Dabei werden Konsiliardienste (bedarfswise patientenbezogene Hinzuziehung eines Psychotherapeuten), Kontraktendienste (regelmäßige Hinzuziehung eines Psychotherapeuten bei bestimmten Diagnose- oder Problemgruppen) und Liaisonsdienste (anfrageunabhängige, regelmäßige Präsenz eines Psychotherapeuten in einer medizinischen Behandlungseinheit) unterschieden. Nur 10% der deutschen Krankenhäuser verfügen über einen klinischen psychosomatischen bzw. psychiatrischen oder psychologischen Dienst. In Anbetracht einer durchschnittlichen Verweildauer von 10 Tagen im Akutkrankenhaus werden nur 0,5-1,5% der Patienten von somatischen Abteilungen von diesen Diensten gesehen. Das psychotherapeutische Angebot beschränkt sich in der Regel auf Diagnostik, Krisenintervention und Weitervermittlung in Psychotherapie bei durchschnittlich 3,5 Kontakten (Janssen et al., 1999). Auch in unserer Klinik sind hypnotherapeutische Leistungen im Rahmen des psychosomatischen Konsiliar- und Liaisonsdienstes die Ausnahme (ca 1% Jahr).

Honorierung von ärztlicher Hypnose: Wie Beispiele aus der Orthopädie (z. B. Periduralanästhesien bei Rückenschmerzen, Kniegelenksspiegelungen) zeigen, wird das Angebot bzw. die Abrechnung medizinischer Leistungen erheblich von ihrer Honorierung beeinflusst. Der einheitliche Bewertungsmaßstab EBM sieht für die Einzelbehandlung von RVO- und Ersatzkassenpatienten durch Hypnose einschließlich verbaler Interventionen (EBM-Nr. 858) 375 Punkte vor, was bei einem Punktwert von 8 Pfennigen DM 30 entspricht. Die Gebührenordnung für Ärzte sieht bei Privatpatienten (GOÄ-Nr. 845) 150 Punkte vor, dies sind Euro 8,74 bei einfachem Gebührensatz und Euro 20,11 bei 2,3-fachem Gebührensatz. Diese Honorierung macht es für Ärzte im ambulanten Bereich finanziell nicht attraktiv, Hypnose anzubieten. Inwieweit psychotherapeutische Leistungen im Allgemeinen und hypnotherapeutische Leistungen im Besonderen sich nach der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems nach dem australischen AR-DRG-System ab dem 01.01.2003 für den Krankenträger "rechnen" werden, bleibt abzuwarten. Von schmerztherapeutischen Fachgesellschaften wurden bereits Befürchtungen geäußert, ob der personelle Aufwand bei komplexen Fällen wie dem obigen Fallbeispiel in diesem System noch honoriert wird oder ob nicht eine "McDonaldisierung" der Medizin droht. Schon heute erhalten die Klinikträger keine gesonderten Zahlungen von den Krankenkassen für die Vorhaltung psychosomatischer Konsiliar- und Liaisonsdienste (Dahlbender & Söllner, 2000).

Hypnotherapeutische Publikationen und Kongresse medizinischer Fachgesellschaften: Bei einer Recherche (Medline Datenbank, Literaturverzeichnisse von Originalarbeiten, Reviews, Metaanalysen und Lehrbüchern) habe ich 57 kontrollierte Studien von 1980-2000 zur Hypnose in der Medizin gefunden. 25/57 (44%) davon waren in medizinischen Zeitschriften veröffentlicht, einige davon (Whorwell, Prior, & Farragher, 1984; Lang et al., 2000) in hochrangigen medizinischen Zeitschriften von Lancet. Unter den genannten Arbeiten sind drei in deutschsprachigen Zeitschriften von deutschen Arbeitsgruppen veröffentlicht (Hoppe, 1983, 1984, zusammengefasst in Hoppe & Winderl, 1986; Horton-Hausknecht & Mitzdorf, 1997). In der deutschsprachigen medizinischen Literatur ist daher Hypnose aufgrund fehlender deutschsprachiger klinischer Studien kaum vertreten (Hole, 1997). Meines Wissens war Hypnose bei internistischen deutschen Kongressen noch nie (Haupt- oder Neben-) Kongresssthema. Bei den Jahreskongressen der 3 großen deutschen Schmerzgesellschaften DGSS, DIVS und STK ist Hypnose wenigstens als Nebenthema bzw. bei Praktikerseminaren vertreten.

Medizinischer Alltag - Effizienz und Effektivität

Die Wirksamkeit von Hypnose zur Reduktion von Schmerzen, Medikamentendosis, Untersuchungsdauer und -komplikationen konnte in mehreren randomisierten klinischen Studien (Evidenzgrad Ib einer Evidenzbasierten Medizin) nachgewiesen werden (Pinnell & Covino, 2000; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000). Die Untersuchungsbedingungen der methodisch exzellenten Studie von Lang et al. (Lang et al., 2000) bei interventioneller Radiologie mit Fortschungsassistenten und Abtrennung des Hypnosetherapeuten vom radiologischen Team durch ein Plexiglasschild in einem us-amerikanischen Lehrkrankenhaus lässt die Frage der Übertragbarkeit auf die Arbeitsbedingungen der meisten deutschen Krankenhäuser aufkommen. D. h. es ist bei der Frage evidenzbasierter Behandlungsformen immer zu beachten, ob es sich um Effizienz- (kontrollierte klinische Versuche bei selektierten Patienten unter optimalen Bedingungen) oder Effektivitätsstudien (konsequente Patienten in klinischen Alltagssituationen) handelt.

Während die Praktikabilität von Wachsuggestionen bei einer mehrjährigen unkontrollierten Verlaufsbeobachtung bei der üblicherweise nicht schmerzhaften Spiegelung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophagastroduodenoskopie) demonstriert werden konnte (Häuser, 1997), wurde in einer kontrollierten Studie von den Patienten Hypnose im Vergleich zur intravenösen Gabe eines Beruhigungsmittels (Midazolam) als weniger komfortabel eingeschätzt (Conlong, & Rees, 1999). Während in der Medikamentengruppe die Dosis des Midazolam so hoch titriert wurde, bis der Patient die Augen schloss und schlief, wurden dem Hypnosetherapeuten 5 Minuten Zeit im Vorbereitungsraum gegeben, eine Trance zu induzieren. Während der Spiegelung erfolgten keine weiteren Suggestionen. Das Untersuchungsdesign bevorteilte die Medikamentengruppe, spiegelt aber die reale Versorgungssituation in Endoskopieeinheiten mit ständiger Verfügbarkeit von Medikamenten und Überwachungsmöglichkeiten wieder - selbst wenn ein relevanter Teil der Untersuchungskomplikationen auf die Schmerzmittel und Beruhigungsmittel zurückzuführen sind und sich die Komplikationsrate der Untersuchung durch Hypnose reduzieren lässt (Lang et al., 2000).

Wie auch in unserem Fallbeispiel wird Hypnose in den kontrollierten Studien nicht als Alternative zur medikamentösen Therapie, sondern als "Adjunct" (zur Medikamentenreduktion) eingesetzt. Es ist daher medizinisch nicht vertretbar, Hypnose als alleiniges Analgetikum bzw. Anxiolytikum bei schmerzhaften medizinischen Eingriffen einzusetzen, da im Einzelfall die Wirkung der Hypnose nicht vorausgesagt werden kann, wie bei einer Studie mit Hypnose zur Coloskopievorbereitung gezeigt wurde (Cadranet, & Horton, 1994). Für die unterschiedliche Fähigkeit zur hypnotischen (Akut-) Schmerzkontrolle sind wahrscheinlich biologische und psychologische Gründe verantwortlich (Crawford, & Horton, 2000). Eine Hypnarkose ist daher wohl nur bei elektiven Eingriffen und hoch suggestiblen bzw. in (Selbst-) Hypnose gut trainierten Menschen möglich. Nicht nur wegen der besseren Verfügbarkeit sondern auch wegen der besseren Steuerbarkeit werden schmerzhaft medizinische Interventionen und Operationen wohl auch in Zukunft in der medizinischen Routine medikamentös durchgeführt werden, was die Möglichkeiten einer hypnotherapeutischen Grundversorgung (z. B. geeignete Wachsuggestionen durch Anästhesisten oder Endoskopiker vor, während und nach der Behandlung) nicht ausschließen sollte (Häuser, 1997).

Weitere Einschränkungen zum Einsatz von Hypnose in der Medizin ergeben sich durch Kontraindikationen aufgrund körperlicher Erkrankungen, psychischer Störungen und fehlender motivationaler Voraussetzungen (Hole, 1997). Auch bei körperlichen Erkrankungen können eventuell vorliegende sekundäre Krankheitsgewinne bzw. psychodynamische und/oder systemische Funktionen der Symptomatik den Einsatz symptomorientierter hypnotischer Verfahren limitieren, wie B. Peter (1998) für chronische Schmerzsyndrome dargestellt hat.

Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen kann Hypnose in der Behandlung chronischer Erkrankungen wie Asthma bronchiale, Reizdarmsyndrom oder chronischer Kopfschmerzsyndrome innerhalb eines multimodalen (biopsychosozialen) Behandlungskonzeptes einen gleichberechtigten Platz mit medikamentöser Therapie oder anderen psychotherapeutischen Verfahren einnehmen. Fragen der differentiellen und adaptiven Indikation von Behandlungsformen (welcher Patient profitiert wann von welcher Methode bzw. welchen Kombinationen?) wurden bisher weder in der medizinischen und noch in der Hypnoseforschung bearbeitet.

Vorschläge zu einer besseren Integration der Hypnose in die somatische Medizin

Wenn die Hypnose den Platz in der Medizin einnehmen will, der ihr aufgrund ihrer Evidenzbasierung zusteht, sind verstärkte berufspolitische Anstrengungen der Hypnosefachgesellschaften im medizinischen Feld und vermehrtes Engagement von Hypnosepraktikern in medizinischer Fort- und Weiterbildung sowie in Forschung und Publikationen notwendig.

Literatur

- Cadranet, J.F., Benhamou, Y., Zylberberg, P., Novello, P., Luciani, F., Valla, D., & Opolon, P. (1994). Hypnotic relaxation: A new sedative tool for colonoscopy? *Journal Clinical Gastroenterology*, 18, 127-129.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

- Conlong, P., & Rees, W. (1999). The use of hypnosis in gastroscopy: a comparison with intravenous sedation. *Postgraduate Medical Journal*, 75, 223-236.
- Crawford, H., & Horton, J. (2000). Why can't we all control pain by hypnosis? Behavioral, neuropsychological and morphological brain differences may be the answer. *Hypnose und Kognition*, 17 (Supplement), 30.
- Dahlbender, R.W., & Söllner, W. (2000). Konsiliar- und Liaisonspsychosomatik: Cui bono ferit? Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 50, 231-232.
- Diener, H.C., Brune, K., Gerber, W.D., & Pfaffenrath, V. (2000). Therapie der Migräneattacke und Migräneprophylaxe. Konsensus der deutschen Migräne und Kopfschmerzgesellschaft. *Schmerz*, 4, 269-282.
- Drossmann D. A., Creed F. H., Olden K. W., Svedlund J., Toner B. B., & Whitehead W. E. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45(Suppl II), II25-II30.
- Hahn B.A., Yan, S., & Strassels, S. (1999). Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*, 60, 77-78.
- Häuser, W. (1997). Hypnose in der Gastroenterologie. *Hypnose und Kognition*, 14, 25-32.
- Hole, G. (1997). Die therapeutische Hypnose. Formen, Möglichkeiten und Grenzen. *Deutsches Ärzteblatt* 94, B-2713-B-2718.
- Hoppe, F. (1983). Schmerzbeeinflussung mit hypnotischer Einstreutechnik: Eine Untersuchung zur Verarbeitung eingestauter Suggestionen bei chronischen Schmerzpatienten. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 30, 232-262.
- Hoppe, F. (1984). Hypnotische Schmerzlinderung durch therapeutische Anekdoten: Eine Untersuchung zur Verarbeitung von Mikro- und Makrosuggestionen bei chronischen Schmerzpatienten. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 13, 300-321.
- Hoppe, F. & Winderl, E. (1986). Hypnotische Schmerzlinderung. Erklärungsansätze, Vorgehensweisen und Befunde. *Hypnose und Kognition*, 3(1), 9-26.
- Horton-Hausknecht, J., & Mitzdorf, U. (1997). Klinische Hypnose in der Behandlung der rheumatoiden Arthritis. *Hypnose und Kognition*, 14, 5-23.
- Hotz J., Enck P., Goebel, H., Heymann-Mönnikes, I., Holtmann, G., & Lauer, P. (1999). Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom - Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 37, 685-700.
- Houghton, L. A., Heymann, D. J., & Whorwell, P. J. (1996). Symptomatology, quality of life and economic features of the irritable bowel syndrome the effect of hypnotherapy. *Alimentary Pharmacology Therapy*, 10, 91-95.
- Janssen, P., Franz, M., Herzog, T., Heuft, G., Paar, G., & Schneider, W. (1999). Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Kolkman, F. W. (2000). Lehrbuch. Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag (1. Ausgabe).
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Fick, L.J., Lutendorf, S., Berbaum, L.M., Berbaum, K.S., Logan, H. & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. *Lancet*, 355, 1486-1489.
- Lasek, R. & Müller-Oerlinghausen B. (1998). Evidenz Based Medicine. Ein neues Zeitalter der Medizin? *Deutsches Ärzteblatt*, 95, B-1432-B-1434.
- Montgomery G. H., DuHamel K. N. & Redd W. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.

- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Der Schmerz*, 12, 179-186.
- Pinnell C. M., & Covino N. A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: a critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 170-194.
- Weis, U., Koch, U., & Matthey, K. (1998). Bedarf an psychoonkologischer Versorgung in Deutschland. Ein Ist-Still-Vergleich. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 417-424.
- Whorwell, P.J., Prior, A., & Farragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe, refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*, 2, 1232-1234.

Hypnosis - a standard operational procedure in somatic medicine?

Summary: Hypnosis as a part of a biobehavioral treatment is an empirically validated treatment in medicine (reduction of anxiety and pain related to medical procedures, asthma bronchiale, psoriasis and warts, irritable bowel syndrome, hemophilia, nausea and emesis in oncology, acute and chronic pain). Within an evidence based medicine hypnosis should be used in these medical procedures. Despite these facts hypnosis is rarely practiced in outpatient and inpatient medical care in Germany. The following reasons are discussed: Lack of knowledge of the possibilities of hypnosis due to the medical education; predominant publication of hypnosis research in English speaking journals; insufficient training programs of hypnosis for physicians; unfavorable working conditions for the use of hypnosis in hospitals; insufficient payment of hypnosis by EMB and GOÄ; lack of commitment of hypnosis societies in somatic medicine because of the predominance of psychotherapists; medical and psychological exclusion criteria for the use of hypnosis in medical conditions

Key words: Hypnosis, evidence based medicine, somatic medicine

Häuser Winfried, Dr. med.
Medizinische Klinik I
Klinikum Saarbrücken
Am Winterberg 1
D-66119 Saarbrücken
email: w.haeuser@t-online.de

erhalten: 10.01.01

akzeptiert: 6.02.01