

Winfried Häuser

■ *In meinem Erfahrungsbericht über den Einsatz von Hypnose in der Gastroenterologie fokussiere ich mehr auf die Darstellung von Behandlungsergebnissen sowie die Reflexion von Möglichkeiten und Grenzen von Hypnose als auf die Beschreibung von Techniken bei erfolgreichen Einzelfällen. Vor- und Nachteile von hypnotherapeutischer Kommunikation anstelle medikamentöser Sedierung anlässlich 1650 Ösophagogastroduodenoskopien werden erörtert. Die Problematik psychotherapeutischer (inklusive hypnotherapeutischer) Behandlung bei schwerer chronischer Obstipation im medizinischen Kontext wird diskutiert.*

Trotz beeindruckender experimenteller Studien und klinischer Fallberichte (Erickson, 1980; Rossi & Cheek, 1988), kontrollierter Studien zur Effektivität von Hypnotherapie (Ebell, 1994), theoretischer Konzepte (Rossi & Cheek, 1988) und Lehrbüchern (Scott, 1974) sind biopsychosoziale Simultandiagnostik und -therapie im Allgemeinen und Hypnose im Besonderen in der deutschen medizinischen Regelversorgung exotische Randerscheinungen. Während sich in den Bereichen Gynäkologie, Anästhesie und Onkologie zumindest erste Ansätze der Integration von Hypnose in die Medizin zeigen, sind mir aus dem Bereich der Gastroenterologie nur wenige Fallberichte (erworbene gastrointestinale Lebensmittelunverträglichkeit, vgl. Erickson, 1980; Colitis ulcerosa, vgl. Choudhuri, 1995) oder klinische Studien (Reizdarmsyndrom, vgl. Whorwell et al., 1984) bekannt. In meinem Erfahrungsbericht unterscheide ich informelle (implizite) Hypnose (Nutzung hypnotherapeutischer Sprachmuster ohne Kontextmarkierung „Hypnosetherapie“) und formale (explizite) Hypnose (Yapko, 1990).

Als Facharzt für Innere Medizin arbeite ich an einer allgemeininternistischen Abteilung mit den Schwerpunkten Gastroenterologie und Pulmologie eines Krankenhauses der Regelversorgung. Zu meinem Aufgabenbereich als Oberarzt gehören u.a. endoskopische Untersuchungen (Spiegelungen des Verdauungstraktes und der Bronchien). Als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin versee ich einen psychosomatischen Konsiliardienst im Krankenhaus. Innerhalb

einer kassenärztlichen Ermächtigung bin ich ambulant psychotherapeutisch tätig. Schwerpunktmäßig behandle ich Patienten mit gastrointestinalen Erkrankungen, chronischen Schmerzsyndromen und Panikstörungen.

Informelle Hypnose vor und während endoskopischer Untersuchungen

Die Untersuchung von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm mit einem Fiberendoskop (ÖGD) ist eine diagnostische Routineuntersuchung von 2 bis 5 Minuten Dauer. Therapeutische Eingriffe wie das Stillen akuter Blutungen können bis zu 30 Minuten dauern. Obwohl eine Prämedikation (örtliche Rachenbetäubung mit Spray; intravenöse Gabe von Beruhigungsmitteln) die Hälfte aller Komplikationen bei der Untersuchung verursacht (Rösch, 1994), wird sie in vielen Praxen und Kliniken durchgeführt, entweder auf Empfehlung der Untersucher („ruhigere Untersuchung“) oder ausdrücklichen Patientenwunsch („Narkose“). Viele Patienten haben Angst vor der Untersuchung, vor allem vor dem Fremdkörpergefühl im Rachen (Rösch, 1994). Angst und Würgen können sich wechselseitig verstärken.

Seit der Verwendung hypnotherapeutischer Sprachmuster in medizinischen Alltagssituationen habe ich bei den meisten ÖGD auf eine Prämedikation mit Beruhigungsmitteln und Rachenbetäubung verzichtet. Ich habe meine Untersuchungsbögen mit denen der beiden anderen erfahrenen Untersucher der Abteilung aus den Jahren 1992 - 1995 bezüglich Untersuchungskomplikationen verglichen. Diese Kollegen prämedizieren die meisten Patienten vor ÖGD. Von 1992 bis 1995 führte ich 1650 ÖGD durch, davon 5% Notfalluntersuchungen. Nur 2% der von mir untersuchten Patienten erhielten Prämedikation (sprachliche Kommunikation nicht möglich; imperativer Patientenwunsch). 1,5% der Patienten lehnten die Untersuchung ab. Bei 2% der Untersuchungen kam es zu intensivem Würgen des Patienten, wodurch die endoskopische Sicht einschränkt war. Ablehnung der Untersuchung und eingeschränkte Beurteilbarkeit kamen mit derselben Häufigkeit auch bei den prämedizierten Patienten der Kollegen vor. Schwerwiegende Komplikationen wie Aspiration, Herz- und Atemstillstand oder Perforation (0,08% der ÖGD laut Sammelstatistiken; Rösch, 1994) wurden nicht beobachtet.

Der Verzicht auf Prämedikation hat folgende Vorteile: die Patienten können unmittelbar nach der Untersuchung essen und können ihrer Berufstätigkeit nachgehen (nach Gabe von Beruhigungsmitteln muss für 24 Stunden auf das Führen eines Kraftfahrzeuges verzichtet werden). Aufgrund der Einsparung von Medikamenten ist die Untersuchung kostengünstiger und komplikationsärmer, und der Verzicht auf Aufklärung über Nebenwirkungen der Prämedikation und deren Verabreichung verkürzt den Zeitaufwand für die Untersuchung. Nachteile bestehen in der manchmal mühsamen Überzeugungsarbeit bei Patienten, die auf einer Prämedikation bestehen. In 2 Fällen wurden von mir krankhafte Befunde bei Patienten übersehen, die heftig würgten. Nach tiefer Sedierung ließ sich der Würgereiz unterdrücken und die krankhaften Veränderungen konnten gesehen werden.

In der Frage „sanfte medikamentöse“ vs. „sanfte sprachliche“ Unterstützung bei der Untersuchung gilt es also Patientenwünsche, Zeit- und Kostenaspekte sowie juristische Erwägungen gegeneinander abzuwägen. Eine kontrollierte Studie ist wünschenswert, in der von externen Untersuchern Komplikationen, Zeitdauer, Kosten und Patientenzufriedenheit bei beiden Unter-

suchungstechniken erfasst werden. Die dargestellte Vorgehensweise ist nicht geeignet, um Patienten mit ausgeprägter Panik vor der ÖGD zu untersuchen. Eine Untersuchung solcher Patienten gelingt auch manchmal unter hochdosierter Sedierung nicht. In 2 Fällen war es mir möglich, innerhalb psychotherapeutischer Arbeit (Traumarekonstruktion, Dissoziation, posthypnotische Suggestionen) eine ÖGD zu einem späteren Zeitpunkt ohne Sedierung durchzuführen. Die dargestellte Vorgehensweise ist auch nicht für Patienten geeignet, mit denen keine sprachliche Verständigung möglich ist. Bei der Mehrzahl der Patienten ist jedoch ein Verzicht auf Prämedikation mit den oben genannten Vorteilen möglich. Bei schmerzhafteren und länger dauernden Untersuchungen wie Dickdarmspiegelungen ist die Gabe von Beruhigungs- und Schmerzmitteln häufiger notwendig. Untersuchungen in den USA und Japan haben gezeigt, dass auch bei Dickdarmspiegelungen ein Verzicht auf Medikamente möglich ist „wenn der Betreffende im Aufklärungsgespräch psychologisch auf die Untersuchung vorbereitet wird“ (Rösch, 1994, S. 12). Informelle Hypnose kann vor, während und nach endoskopischen Untersuchungen hilfreich sein. „Hypnosis is only another way of talking“ (Milton Erickson).

Vorgehensweise

Technische Untersuchungen in der Medizin induzieren bei Patienten oft eine Spontantrance mit Altersregression, Zeitverzerrung und erhöhter Suggestibilität (Cheek, 1959). Die emotionale Atmosphäre im Untersuchungsraum und die (nicht-) sprachliche Kommunikation der Untersucher sind von großer Bedeutung für das Erleben der Patienten. Daher ist es wichtig, im Untersuchungsraum zwischen Patienten, Pflegenden und Untersuchern eine gelöste Atmosphäre entstehen zu lassen. Ich verstehe und vermittele die Untersuchung als Zusammenarbeit von Patient, Endoskopiepersonal und mir. Im Laufe der Zusammenarbeit haben die Endoskopieschwester und -pfleger Interesse am Gespräch mit dem Patienten vor und während der Untersuchung gewonnen (und vermeiden Sätze wie „Sie brauchen keine Angst zu haben“). Nach einigen auflockernden Bemerkungen frage ich den Patienten, ob er schon einmal eine ÖGD mitgemacht hat. Entsprechend seiner verbalen und nonverbalen Reaktionen sage ich bei Hinweisen auf negative Vorerfahrungen: „Sie werden überrascht sein, wie sicher, einfach und schnell die Untersuchung für uns alle gehen kann. [Pause] Wollen Sie wissen, was jeder von uns tun kann, dass die Untersuchung sicher, schnell und einfach für uns alle ist? [Die Antwort ist fast immer Ja.] Die Untersuchung besteht in unserer gemeinsamen Arbeit von uns. Je besser wir zusammenarbeiten, umso sicherer und schneller ist die Untersuchung beendet. Sie brauchen nur wenige Dinge zu beachten. Wenn ich das Gerät in Ihren Mund einführen werde, kann vorübergehend ein unangenehmes Gefühl entstehen. Dieses Gefühl wird verschwinden, wenn das Gerät in Ihrer Speiseröhre ist. Damit das Gerät ganz sicher und einfach in Ihre Speiseröhre rutscht, schlucken Sie, wenn ich es Ihnen sage, als ob Sie eine Spaghetti oder einen Schluck Wasser herunterschlucken. Sobald Sie das Gerät heruntergeschluckt haben, wird das unangenehme Gefühl in Ihrem Rachen verschwinden. Und dann konzentrieren Sie sich nur noch auf Ihre Atmung und atmen ruhig und entspannt ein und aus. Sie werden immer genügend Luft bekommen, denn wir untersuchen Ihre Speiseröhre und nicht ihre Luftröhre. Wenn Sie möchten, schließen Sie die Augen und denken an etwas Angenehmes. Wenn Sie sich auf Ihren Atem konzentrieren und an etwas Angenehmes den-

ken, wird die Untersuchung schnell und sicher beendet sein. Falls irgendein unangenehmes Gefühl entstehen sollte, nehmen Sie einen tiefen Atemzug, und das unangenehme Gefühl wird verschwinden. [Dabei berühre ich die Schulter oder den Unterarm des Patienten. Falls er während der Untersuchung unruhig wird oder zu würgen beginnt, benutze ich die Berührung als Anker für Ruhe und Sicherheit.] Wenn wir in dieser Weise zusammenarbeiten, werden wir sicher schnell fertig sein. [Pause] Haben Sie noch irgendwelche Fragen?“

Während der Untersuchung reden die Endoskopieschwester und ich weiter mit den Patienten (überladen bzw. doppelte Induktion): „Atmen Sie ruhig und entspannt, denken Sie an etwas Angenehmes, Sie machen das sehr gut, die Untersuchung ist gleich vorbei.“ Je nach Untersuchungssituation werden die Suggestionen vom Pflegepersonal mit Berührungen der Schultern des Patienten unterstützt. Nach Abschluss der Untersuchung danke ich den Patienten für ihre Mitarbeit und frage, wie sie die Untersuchung erlebt haben. Nach der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses sage ich abschließend: „Sie werden erleben, bei einer weiteren Untersuchung geht es noch leichter.“

Hypnotherapie bei schwerer Obstipation

In seinen Fallgeschichten berichtet Erickson (Rosen, 1993) über eine Frau, bei der es nach einer Operation wegen Gebärmutter- und Dickdarmkrebs zu einer schmerzhaften Kontraktion des unteren Dickdarms mit erschwelter Stuhlentleerung kam. Erickson erzählte der Frau in Trance, dass die geplante Erweiterung des Dickdarms viel weniger schmerzhaft sei, wenn sie jeden Tag ihren Badeanzug anziehen, einen Autoreifen in den Swimmingpool werfen, sich dort hineinlegen und die Annehmlichkeiten des Swimmingpools genießen würde. Die Patientin tat dies jeden Tag, litt weniger unter den Schmerzen und war nach einem Jahr geheilt. Ich will im Folgenden über meine Behandlungsergebnisse bei Patienten mit schwerer Obstipation berichten, die mir überwiesen wurden.

Obstipation wird als erschwerte, unregelmäßige und manchmal schmerzhafte Defäkation (Stuhlentleerung) definiert (Thiede et al., 1995). 20% der Bevölkerung industrialisierter Staaten sind nach dieser Definition obstipiert. Als Hauptursachen werden ballaststoffarme Ernährung, geringe Flüssigkeitszufuhr und wenig körperliche Bewegung angesehen, sowie Mythen über regelmäßigen und weichen Stuhlgang (Thiede et al., 1995). Patienten, bei denen internistische oder neurologische Erkrankung als Ursache ausgeschlossen sind und deren Beschwerden mit einer diätetischen und medikamentösen Therapie nicht zu lindern sind, leiden an therapierefraktärer Obstipation (Thiede et al., 1995; vgl. Tabelle 1). Durch eine differenzierte Diagnostik lassen sich verschiedene Formen abgrenzen.

Psychologische Faktoren sind vor allem beim Reizdarmsyndrom (IBS: Irritable Bowel Syndrome; Whorwell et al., 1984) und beim Anismus von Bedeutung. Patientinnen, die sich in gastroenterologischen Spezialsprechstunden wegen chronischer Bauchschmerzen und Obstipation vorstellen, wurden häufig sexuell missbraucht (Leroi et al., 1995). Therapeutisch kommen bei mechanischen oder funktionellen anorektalen Obstruktionen Darmresektionen und bei manchen Formen der verlangsamten Colonmotilität die Anlage eines künstlichen Darmausganges in Betracht. (Vermutlich lag bei der Patientin in Ericksons Fallgeschichte eine funktionelle anorek-

1. Mechanische und funktionelle anorektale Obstruktion
 - 1.1 Rektumprolaps, Rektozelen, Rektuminvagination
 - 1.2 Anismus
2. Primär idiopathisch verlangsamte Kolonmotilität
3. Irritables Darmsyndrom
4. Mischformen von 1. - 3.

Tab. 1: Klassifikation der chronisch idiopathischen (therapierefraktären) Obstipation (nach Thiede et al., 1995)

tale Obstruktion vor.) Durch einen operativen Eingriff lässt sich die obstruierende Obstipation in 63% und die verlangsamte Kolonmotilität in 90% der Fälle heilen (Pescatori et al., 1993). Psychiatrische Störungen sind bei diesen PatientInnen häufig (in 72% der Fälle Angst und Depression) und die Schmerzsymptomatik besteht trotz Operation bei 50% der Fälle weiter (Pescatori et al., 1993). Bei chirurgischen Kollegen wächst daher die Bereitschaft, PatientInnen, die zur Operation wegen therapierefraktärer Obstipation vorgestellt werden bzw. die trotz Operation über anhaltende Obstipation oder Schmerzen klagen, psychotherapeutisch mitbehandeln zu lassen. Im folgenden will ich anhand der Darstellung der Behandlungsergebnisse von 12 PatientInnen, die mir von einer chirurgischen Spezialambulanz für Darmerkrankungen zur psychosomatischen Mitbehandlung überwiesen wurden, Möglichkeiten und Grenzen hypnotherapeutischer Arbeit im medizinischen Kontext diskutieren (vgl. Tabelle 2).

| Alter | Sex | Med. Diagnose | Psychiatr. Diagnose | Dauer (Jahre) | Op | Methoden | Ergebnis |
|-------|-----|------------------------------------|---|---------------|----|------------------|----------|
| 30 | w | IBS | Anpassungsstörung Arbeitsplatzkonflikt | 2 | 2 | S.T., H.T., PMR | 0 |
| 41 | w | Outlet obstruction neurogen | Anpassungsstörung Familiäre Konflikte | 1 | 1 | S.T. | 0 |
| 39 | w | Outlet obstruction neurogen | Persönlichkeitsstörung | 1 | 1 | PMR, H.T. | 0 |
| 27 | w | IBS Anismus | Somatisierungsstörung Sexueller Missbrauch | 15 | 12 | S.T. | 0 |
| 31 | w | IBS | Somatisierungsstörung | 17 | - | S.T. | ++ |
| 33 | w | IBS | Anpassungsstörung Arbeitsplatzkonflikt | 20 | 1 | S.T., PMR, Sport | +++ |
| 58 | w | IBS Outlet obstruction | Spezifische Phobie | 1 | 1 | S.T. | ++ |
| 31 | w | IBS Outlet obstruction | Paarkonflikt | 1 | - | S.T. | ++ |
| 35 | w | IBS | Somatisierungsstörung | 11 | 8 | S.T., H.T. | ++ |
| 25 | w | Slow transit Outlet obstruction | Anpassungsstörung Familiäre Konflikte | 14 | 4 | H.T. | + |
| 16 | w | IBS | Sexueller Missbrauch | 12 | 2 | S.T., Sport | ++ |
| 27 | m | IBS | Zwangshandlungen | 18 | - | H.T. | ++ |

0 = Therapieabbruch; +, ++, +++ = geringe, mässige, ausgeprägte Symptombesserung
S.T. = systemische Therapie; H.T. = Hypnotherapie; PMR = Progressive Muskelentspannung

Tab. 2: Ergebnisse internistisch-psychotherapeutischer Behandlung bei 12 PatientInnen mit chronischer schwerer Obstipation (1993 - 1995).

Um die Bereitschaft der Patienten für eine psychotherapeutische Mitbehandlung zu erhöhen, werde ich von den überweisenden chirurgischen Kollegen als Internist und Psychotherapeut empfohlen, der sich schwerpunktmäßig mit Darmerkrankungen beschäftigt. Ca 70% der Patienten stellen sich aufgrund dieser Empfehlung zu einem psychosomatischen Erstgespräch bei mir vor. Die Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Mitbehandlung sind in vielen Fällen ungünstig: lange Krankheitsdauer, somatische Fixierung, frustrane Therapieversuche, keine primäre Psychotherapiemotivation. In allen Fällen fand sich eine psychische Begleitsymptomatik bzw. schwerwiegende psychosoziale Belastungen. Trotz Nutzung meines systemischen (S.T.) und hypnotherapeutischen (H.T.) Repertoires war es in 4 Fällen nicht möglich, eine therapeutische Beziehung aufzubauen bzw. mit den angewandten Methoden (PMR: Progressive Muskelentspannung) eine Symptombesserung zu erzielen, so dass diese Patientinnen die Therapie abbrachen (0). In den übrigen Fällen war es möglich, mit verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren eine Symptombesserung bzgl. Obstipation und/oder Schmerzen zu erzielen (+ = geringe, ++ = mäßige, +++ = ausgeprägte Symptombesserung gemäß Patienteneinschätzung 3 Monate nach Ende der Gespräche). In 3 Fällen war es möglich, in Trance den „blockierten“ Darm - teilweise noch in der Therapiestunde - in Gang zu bringen und die Schmerzen zu lindern. Bei einer Patientin benutzte ich eine Symptomverschreibung: Aufgrund eines unkontrollierten Stuhlabgangs im Rahmen einer Durchfallerkrankung vor 15 Jahren mied die Patientin Kaufhäuser, da sie befürchtete, sofort nach Aufsuchen eines Kaufhauses wegen Stuhlbrand zur Toilette zu müssen (spezifische Phobie). Ich verschrieb der Patientin als abführende Maßnahme, einmal pro Woche in ein Kaufhaus zu gehen und sich vorher über die Lokalität der Toilette zu erkundigen. Prompt musste sie bei jedem Kaufhausbesuch die Toilette aufsuchen. Zusammen mit der Gabe von Abführmitteln kam es zu einer mäßigen Beschwerdebesserung, so dass eine erneute Operation vermieden werden konnte.

Möglichkeiten und Grenzen von Hypnotherapie im medizinischen Kontext

Zur weiteren Verbreitung von Hypnotherapie im medizinischen Bereich ist eine größere Akzeptanz der Methode bei Patienten und medizinischen Kollegen notwendig. Hypnotherapeutische Kommunikationsstrategien (informelle Hypnose) sind in allen Bereichen der Arzt-Patient-Kommunikation (z.B. Visite, Informationsgespräche über Diagnostik und Therapie) einsetzbar. Eine Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten bei den Ärzten während Studium und Facharztbildung wird immer wieder gefordert. Ob hypnotherapeutische Kommunikationsweisen zur ärztlichen Grundausbildung gehören, wird von der zukünftigen Gestaltung des Medizinstudiums und der Facharztweiterbildung abhängen sowie von der Bereitschaft von Hypnotherapeuten, sich in den Bereichen der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zu engagieren. Das Curriculum „Medizinische Hypnose“ der M.E.G. kann dazu beitragen, Hypnotherapie im medizinischen Bereich bekannter zu machen. Damit Hypnotherapie von einer exotischen Randexistenz zum integralen Bestandteil von Therapiekonzepten bei definierten medizinischen Krankheitsbildern werden kann (Ebell, 1994), ist es m.E. dringend erforderlich, von Einzelfalldarstellungen bzw. Leistungsstatistiken - wie auch in dieser Arbeit - zu prospektiven (und randomisierten) kontrollierten Beobachtungsstudien zu kommen, um die wissenschaftliche

Anerkennung der Hypnotherapie zu erhöhen, auch auf die Gefahr hin, dass der therapeutische Enthusiasmus mancher Hypnotherapeuten nach der Durchführung einer kontrollierten Studie gedämpft werden könnte. „Therapeutic reports with controls tend to have no enthusiasm, and reports with enthusiasm tend to have no controls“ (Cook, 1992, S. 105). Erste ermutigende Schritte im deutschen Sprachraum, sich aus dem Elfenbeinturm privater Hypnosepraxen und Ausbildungsinstitute mit einem selektionierten Klientel heraus an die Patienten der medizinischen Regelversorgung zu wagen und die Wirksamkeit hypnotherapeutischer Arbeit empirisch nachzuweisen, sind bei HIV-Infektionen (Reiser et al., 1993) und Krebserkrankungen (Ebell, 1994) unternommen worden.

Patienten mit körperlichen Symptomen und somatischer Fixierung müssen zuerst von der Sinnhaftigkeit psychotherapeutischer Behandlung überzeugt werden, bevor hypnotherapeutische Methoden zum Einsatz kommen können. Gemäß den Fallgeschichten (Rosen, 1993) erzielte Erickson auch Erfolge bei Patienten, die einer Psychotherapie anfänglich ablehnend gegenüber standen. Die medizinische Familientherapie (Mc Daniel et al., 1989) hat nützliche Richtlinien für Somatisierungsstörungen erarbeitet, die meiner Erfahrung nach durch hypnotherapeutische Mittel wie z.B. therapeutische Metaphern ergänzt werden können. Manche Patienten mit Angstsymptomatik und damit verbundenen Ängsten vor Kontrollverlust sind für formale Trance weniger geeignet und sprechen eher auf strategische Maßnahmen wie im obigen Fallbeispiel an oder auf sporttherapeutische Maßnahmen. Auch bei Nutzung des gesamten psychotherapeutischen Methodenrepertoires müssen wir uns darüber im Klaren sein, dass wir einen Teil der Patienten im medizinischen Kontext mit Psychotherapie nicht erreichen bzw. nur geringe Symptomverbesserungen erzielen können.

Literatur

- Cheek, D. (1959). Unconscious perception of meaningful sounds during surgical anesthesia as revealed under hypnosis. *American Journal of Hypnosis*, 1, 101-113.
- Choudhuri, G. (1995). Hypnosis in an Indian gastroenterological department. Paper presented at the 2nd European Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy. Munich.
- Cook, S. (1992). Toward optimal design of treatment trials. *Chest*, 102, 303-306.
- Ebell, H. (1994). Zur Verlaufserfassung von Tumorschmerzsyndromen. In *Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.) Jahrbuch der Psychoonkologie 1994* (S.3-14). Wien: Springer.
- Erickson, M.H. (1980). Hypnotic investigation of psychosomatic phenomena: A controlled experimental use of hypnotic regression of an acquired food intolerance. In *The collected papers of Milton H. Erickson*. (E.L. Rossi ed.; Vol. II, 169-174). New York: Irvington (deutsch bei Carl Auer, Heidelberg).
- Leroi, A., Bernier, C., Awatier, C. et al. (1995). Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *International Journal of Colorectal Diseases*, 10, 200-206.
- Mc Daniel, S., Campbell, T., & Seaburn, D. (1989). *Family-oriented primary care. A manual for medical providers*. New York: Springer.
- Pescatori, M., Ettore, G., & Renzi, C. (1993). Operation in constipation - Functional, psychological and hormonal results. *Coloproctology*, 15, 92-99.
- Reiser, J., Peter, B., Olbrich, E., Sprinkart, K.P., Leiberich, P. & Müller, M. (1993). Hypnotherapie bei HIV- und AIDS-Patienten. *Hypnose und Kognition*, 10, 70-85.
- Rösch, W. (1994). Prämedikation in der Routineendoskopie - die unendliche Geschichte. *Endopraxis*, 3, 12-14.
- Rosen, S. (1993). *Die Lehrgeschichten Milton H. Ericksons*. Salzhäusen: Iskoproess.
- Rossi, E., & Cheek, D. (1988). *Mind-Body-Therapy. Methods of ideodynamic healing in hypnosis*. New York: W.W. Norton.

- Scott, C. (1974). Modern hospital hypnosis. Especially for anaesthetists. London: Lloyd-Luke.
- Thiede, A., Kraemer, M., & Fucks, K. (1995). Diagnostik der chronischen Obstipation. Deutsche Medizinische Wochenschrift 120, 449-453.
- Whorwell, P., Prior A., & Faragher, E. (1984). Hypnotherapy in the irritable bowel syndrome. Lancet, 2, 1232-1234.
- Yapko, M. (1995). Depression und Hypnose. Strategien der Veränderung von depressiven Lebensmustern. München: Pfeiffer.

Hypnosis in gastroenterology

Reporting my experiences with hypnosis in gastroenterology I focus more on the presentation of results and the reflection of possibilities and limitations of hypnotherapy than on the description of techniques in successful single cases. Advantages and disadvantages of hypnotherapeutic communication instead of sedation by tranquilizers carrying out 1650 upper gastrointestinal endoscopies are discussed. Additionally, the role of hypnotherapy in medical context is reflected on the occasion of the psychosomatic treatment of 12 patients with severe constipation.

Keywords: Hypnotherapy, upper gastrointestinal endoscopy, constipation

Winfried Häuser, Dr. med.
Medizinische Klinik II
SHG-Klinik Völklingen
66333 Völklingen

Ideomotorische Pupillenreaktion bei akutem Schmerz vor und während hypnotischer Analgesie

Henriette Walter,
Josef Grünberger,
Karin Gutierrez,
Christian Höfer,
Otto Michel Lesch und
Leopold Linzmayer

■ Die Pupillenweite hängt von der harmonischen Zusammenarbeit der Augenmuskeln ab. Reize unterschiedlicher Art führen zu Aktivierungen bzw. Deaktivierungen einzelner Augenmuskeln und äußern sich so in einer Veränderung des Durchmessers, aber auch der minimalen Nachschwankungen (sog. Oszillationen) nach Erweiterung bzw. Verengung der Pupille. Bei Schmerz erweitert sich die Pupille. Diese schmerzinduzierte Pupillenerweiterung ist in Trance mit hypnotisch induzierter Analgesie signifikant geringer. Auch die Oszillationen zeigen bei Schmerzdarbietung in hypnotischer Analgesie geringere Amplituden als bei Schmerzdarbietung ohne hypnotische Analgesie.

Nach der von Melzack und Wall (1965) entwickelten Gate-Control Theorie wird die Schmerzinformation aufgrund der neuronalen Verschaltungen der schmerzleitenden Bahnen sowohl im Rückenmark als auch in höheren Hirnzentren durch emotionale und kognitive Prozesse beeinflusst. Die Schmerzleitung führt über eine Aktivierung der Formatio reticularis, des limbischen Systems und des Cortex zu emotionalen und kognitiven Reaktionen, die wiederum über absteigende Bahnen auf die Schmerzleitung und somit auf die Schmerzwahrnehmung einwirken.

Es liegt in der Natur der experimentellen Forschung, dass sich deren Untersuchungen meist auf akute Schmerzen beschränken müssen, da eine Schmerzinduktion, wie sie in typischen Studien verwendet wird, einen kurzzeitigen Schmerz auslöst. Daran knüpfen sich auch einige durchaus berechnete Kritikpunkte. Wichtig ist vor allem der Einwand, dass die Vp weiß, dass ihr im Labor kein „wirklich gefährlicher“ Schmerz zugefügt wird, dass also im Labor die emotionale Komponente, die den Schmerz außerhalb des Labors begleitet, d.h. die Bedrohung, die vom Schmerz ausgeht, wegfällt. Weiters spielen persönliche Faktoren und Coping Mechanismen für Schmerz, wie sie Chaves (1992) aufzeigt, in der Laborsituation keine Rolle. Daraus lässt sich ableiten, dass in der experimentellen Situation, wie sie in dieser Studie vorliegt, nur eine rein symptombezogene hypnotische Analgesie untersucht wird.