

Christoph Kraiker / Burkhard Peter / Dirk Revenstorf

Hypnose und Verhaltenstherapie

1991, etwa 240 Seiten, Abbildungen, Tabellen, kartoniert
etwa Fr. 34.— / etwa DM 39.80

Im ersten Teil des Buches wird beschrieben, was Hypnose und Verhaltenstherapie ist und wie sich ihr gegenseitiges Verhältnis entwickelt hat. Im zweiten Teil wird anhand zahlreicher Fallbeispiele demonstriert, daß diese Techniken in der therapeutischen Praxis auf vielfältige Weise miteinander kombiniert werden können. Dabei werden nicht nur ganz unterschiedliche Störungsbilder betrachtet, sondern auch die große Variationsbreite möglicher therapeutischer «Stile» gezeigt. Im dritten Teil werden die wissenschaftlichen Probleme des Verhältnisses von Hypnose und Verhaltenstherapie aus verschiedenen Blickwinkeln aufgegriffen und dem gegenwärtigen Forschungsstand entsprechend diskutiert. Das Buch vermittelt fundierte Kenntnisse im Bereich der praktischen Möglichkeiten einer Kombination hypnotischer mit verhaltenstherapeutischen Verfahrensweisen.

Hanscarl Leuner / Eberhard Schroeter

Die klassische Hypnose in neuer Version

(Arbeitstitel)

2., überarbeitete Auflage von «Indikationen und spezifische Applikationen der Hypnosebehandlung». 1991, etwa 220 Seiten, kartoniert
etwa Fr. 44.— / etwa DM 49.80

Die klassische Hypnose basiert auf der direkten Induktion eines Trance-Zustandes im Gegensatz zur indirekten Induktion bei Milton H. Erickson. Im deutschsprachigen Raum wurde die klassische Hypnose vor allem durch J. H. Schultz, D. Langen und B. Stokvis vertreten. H. Leuner erweitert ihre Thematik aufgrund seiner jahrzehntelangen klinischen Erfahrung mit Elementen des von ihm entwickelten Katathymen Bilderlebens und des Respiratorischen Feedbacks. Diese neue Technik fördert eine Regression der therapeutischen Beziehung und des hypnotischen Erlebens auf frühkindliche und perinatale Ebenen.



Verlag Hans Huber
Bern Stuttgart Toronto

Hypnose und Kognition
Band 8, Heft 1, April 1991

Komplikationen bei der Hypnose: Das Risiko verringern

Frank MacHovec¹

Zusammenfassung: In der Literatur aus dem klinischen und experimentellen Bereich wird das Auftreten von unerwarteten antitherapeutischen Komplikationen bei der Anwendung von Hypnose beschrieben. Obwohl selten auftretend und unbeabsichtigt, waren einige dieser Komplikationen schwerwiegend und störend. Die Risikofaktoren lassen sich dem Hypnotiseur und der Induktionsmethode zuordnen, liegen in unbearbeiteten verdrängten Erlebnissen des Patienten oder im Kontext des Behandlungssettings. Komplikationen können reduziert werden durch eine umfassendere Erhebung der Lebensgeschichte, eine genauere Beobachtung und ein promptes Eingreifen bei ihrem Auftreten, durch standardisierte Induktion, Dehypnotisierung, Nachuntersuchungen, verbessertes Hypnosetraining und Supervision. Dieser Artikel beschreibt die am häufigsten berichteten Komplikationen, ihre Ursache und empfohlene präventive Maßnahmen.

Komplikationen im Zusammenhang mit Hypnose sind unerwartete oder der Therapie entgegenwirkende Nebeneffekte, die im Zusammenhang mit der Anwendung der Hypnose auftreten. Seit über hundert Jahren wird weltweit in der klinischen und Forschungsliteratur darüber berichtet (MacHovec, 1986). Quellen sind Fallstudien, empirische Forschungsberichte, Aussagen von Patienten und Befragungen praktizierender Therapeuten. Obwohl sie selten auftreten, schwanken sie stark in der Intensität, beginnen während oder nach der Trance und sind von kürzerer oder längerer Dauer. Ernsthafte Komplikationen entsprechen gegenwärtigen DSM- und ICD-Kriterien. Übliche leichte Nachwirkungen sind Unruhe, Benommenheit, Schläfrigkeit oder Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Genickstarre und Steifheit der Arme. Risikofaktoren liegen im Patienten, im Hypnotiseur und in der Behandlungsumgebung.

Empirische Forschungen

Zwischen 1962 und 1986 gab es sechs wichtige Untersuchungen zum Thema unerwarteter und unerwünschter Nebeneffekte bei Hypnose. Sie unterscheiden sich zwar in Vorgehensweise, Population und Setting, aber alle berichten über das Auftreten von Komplikationen.

Averback (1962) bekam von 828 an amerikanische Psychiater versandten Fragebögen 414 zurück. 120 davon berichten aus eigener Erfahrung über 210 Nebeneffekte,

¹ Übersetzung aus dem Amerikanischen von Viki Racic

die in folgende zehn Kategorien eingeteilt werden können: psychotische Dekompensation ($n = 119$), Symptomverschiebung, extreme Angst, Hörigkeit, Depression, Selbstmord(-versuch), ausagierendes Verhalten, Verführung, Konversionssymptome und Verschleierung organischer Erkrankungen. Spätere Untersuchungen berichten häufiger über Angst als über psychotische Dekompensation oder Symptomverschiebung (Echterling & Emmerling, 1987; Hilgard, 1974; Judd, Burrows & Dennerstein, 1986). In diesen Untersuchungen wird das Auftreten von Komplikationen dann für wahrscheinlich gehalten, wenn der Patient Erlebnisse verdrängt hat und der Hypnotiseur dies nicht bemerkt oder sich nicht die Zeit nimmt, an sie heranzukommen, sie zu bearbeiten und zu neutralisieren.

Echterling & Emmerling (1987) interviewten 94 Collegestudenten, die an einer dreistündigen Bühnenhypnose teilgenommen hatten. 18 erklärten sich zu Einzelgesprächen bereit. Man fand heraus, daß der Trancezustand wenige Minuten bis "beinahe das ganze Programm hindurch" andauerte. Sieben Studenten waren "total begeistert" über ihre Erfahrungen, sieben weitere hatten sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht und vier empfanden es "im wesentlichen als negativ". Eine Studentin berichtete, wie sie "aus dem Auditorium heraus die Halle runtergelaufen ist und gerade den Campus überqueren wollte, als ein Sicherheitsbeamter sie aufhielt" (S. 151). Ein anderer sagte: "Ich habe zwei Tage lang nicht geschlafen. Ich habe mich zurückgezogen und mich vor anderen versteckt. Ich bin noch immer ganz durcheinander. Ich werde die Schule abbrechen. Es hat alles durcheinandergebracht. Ich habe die Kontrolle verloren. Ich muß über Dinge nachdenken, über die ich gar nicht nachdenken will." Der dritte "verhielt sich sechs Stunden lang manisch". Die vierte fiel mehrere Tage nach der Hypnose in Trance, als sie eine Mundharmonika im Radio spielen hörte. Sie wachte spontan wieder auf, als die Musik aufhörte und die Wettervorhersage begann. Anhaltende oder plötzliche, spontane Trancezustände werden häufig berichtet und lassen auf unvollständige Rückführung aus der Hypnose schließen.

Echterling & Emmerling beobachteten, daß Bühnenhypnotiseure, die das ganze Publikum auf Hypnotisierbarkeit testen, bei einigen, die nicht auf die Bühne gehen, eine teilweise oder vollständige Trance induzieren können, und es wahrscheinlich auch tun. Bei den meisten Vorführungen auf der Bühne werden die Zuschauer nicht richtig oder unvollständig über mögliche ungünstige Effekte aufgeklärt, es wird nicht hinreichend geprüft, wer für solche Nebeneffekte empfänglich ist, und es gibt keine Nachbehandlung durch erfahrene Praktiker. Sie schlossen daraus, daß "aufgrund von erheblichen Risikofaktoren die Showhypnose nur schwer vertreten werden kann [...] Hypnose ist eine machtvollste Technik, die unser Bewußtsein, Verhalten und unsere Erfahrungen dramatisch beeinflussen kann, im positiven wie im negativen Sinne" (S. 154).²

Josephine Hilgard (1974) berichtete, daß von 120 Collegestudenten, die freiwillig an einer Studie über Hypnose teilnahmen, 31% "Nachwirkungen" hatten, die fünf Minuten bis drei Stunden nach der Hypnose dauerten. Davon waren 19 "Kurzzeiteffekte", die höchstens eine Stunde dauerten und hauptsächlich aus Ängstlichkeit, Schläfrigkeit, Denkstörungen und Träumen bestanden. Hilgard vermutete, daß es sich hier

eher um das Andauern der Trance handeln dürfte als um eine Auswirkung derselben. Sie berichtete auch über "Langzeiteffekte", die bis zu drei Stunden dauerten und den Kurzzeiteffekten ähnlich waren, nur daß sich hier auch Kopfschmerzen, Benommenheit, Übelkeit, Genickstarre und Steifheit der Arme zeigten (S. 288). In Selbstberichten beschrieben die Studenten ihre negativen Erfahrungen mit eigenen Worten. Einer schrieb, daß "sein Herz schnell schlug" und er "große Angst hatte". Ein anderer berichtete über Dissoziationserlebnisse: "Meine Hände waren sechs Meter von meinem Körper entfernt und ich war etwa eine Stunde lang müde." Andere fühlten sich "auf dem Weg in ihr Klassenzimmer irgendwie komisch ... wie betäubt, die Umwelt nicht richtig wahrnehmend ... erschöpft ... müde ... nicht ganz bei der Sache oder unfähig zu denken" (S. 286-288). Einer fühlte sich "verwirrt, ängstlich und ihm war übel" während er "wie in Nebel gehüllt herumging". Er "versuchte sich vergeblich an Dinge zu erinnern". Diese Symptome dauerten die ganze Nacht an und er "träumte öfters sehr lebhaft über Fehler, die ihn verlegen machten" (S. 289-290). Ein anderer Student berichtete: "Dreieinhalb Stunden war ich benommen und mir war ein bißchen schlecht" (S. 294), er habe nach der Hypnose und "später im Klassenzimmer geschlafen, obwohl ich letzte Nacht gut geschlafen habe" und "selten tagsüber müde bin" (S. 290), "ich hatte eineinhalb Stunden Kopfschmerzen, dann habe ich drei Stunden geschlafen" (S. 291), "hatte während und zwei Stunden nach der Hypnose Kopfschmerzen, bis ich ein Nickerchen gemacht habe, dann waren sie vorbei" (ebda.). Hilgard schlug vor, daß Ambivalenz gegenüber dem Hypnotisiertwerden verantwortlich sein könnte für die Kopfschmerzen. Daraus schließe ich, daß Kopfschmerzen Widerstand gegen Kontrollverlust oder eine zu schnelle Induktion bedeuten. 16 Studenten brachten Nebeneffekte der Hypnose mit unangenehmen Anästhesieerfahrungen in der Vergangenheit in Verbindung. Hingegen hatte die Hypnose bei 51 Studenten mit ähnlich unangenehmen Erinnerungen keine negativen Auswirkungen.

Judd, Burrows und Dennerstein (1986) erhielten 202 von 1086 an Ärzte (133), Psychologen (53) und Zahnärzte (16) versandte Fragebögen zurück. 88 von diesen berichteten Fälle von Komplikationen bei der Hypnose. Am häufigsten waren Panik, extreme Angst, exzessive Abhängigkeit und Schwierigkeiten, die Trance zu beenden. Weniger häufig kamen schlimmer werdende oder plötzliche Depressionen, Symptomverschiebung, ausagierendes Verhalten, fantasierte Verführungserlebnisse, Psychose und Suizidgedanken oder -versuche bei zuvor schon Depressiven vor.

Levin und Herschman (1962) erhielten 866 von 2500 an Mitglieder der *American Society for Clinical Hypnosis (ASCH)* und der *Society for Clinical and Experimental Hypnosis (SCEH)* versandte Fragebögen zurück. Davon haben 301 "eine ungewöhnliche, unerwartete und vermutlich alarmierende Reaktion entweder während der Hypnose oder unmittelbar danach beobachtet" (S. 59). Die berichteten Komplikationen in der Reihenfolge der Häufigkeit des Auftretens: Ängstlichkeit, Panik, Depression, Kopfschmerzen, Erbrechen, Ohnmacht, Benommenheit, Weinen, Beziehungsverlust, offene Psychosen, Schwierigkeit beim Geschlechtsverkehr, exzessive Abhängigkeit und Schwierigkeiten durch unachtsam gegebene Ratschläge.

Coe und Ryken (1979) testeten 209 freiwillige Collegestudenten, um Nachwirkungen der Hypnose zu vergleichen mit nichthyponotischen Variablen eines kurzen verbalen

2 vgl. auch den entsprechenden Artikel von Echterling in dieser Ausgabe

Lernexperiments, einer Prüfungssituation, des Unterrichts und des Collegelebens im allgemeinen. Die Häufigkeit negativer Effekte der Hypnose wie Kopfschmerzen, Genickstarre, Benommenheit, Schläfrigkeit und das Verlangen nach Schlaf betrug 48,6% (S. 678). *Aber diese unterschieden sich nicht wesentlich von nichthypnotischen Variablen.* Die Autoren empfahlen daher, daß Versuchspersonen "nicht darauf hingewiesen werden sollten, auf Hypnose negativere Reaktionen zu erwarten als auf ihr alltägliches Studentenleben" (S. 678). Sie warnten vor sehr detaillierter suggestiver Aufklärung, die das Komplikationsrisiko nur erhöhen könnte. Sie schlugen einen Mittelweg zwischen einer extrem konservativen und einer extrem liberalen Sichtweise vor, das sei "vernünftig, zweckmäßig und im Interesse aller Beteiligten" (S. 680).

Klinische Hinweise

Schon über hundert Jahre sind sich in der Hypnose erfahrene Kliniker der möglichen Komplikationen bewußt und weisen darauf hin, wie wichtig es sei, vorsichtig zu sein, und zu wissen, wie man sie verhindert. 1887 beobachtete Bjornstrom, daß "Suggestionen so geartet sein können, daß sie, egal ob vom Hypnotiseur beabsichtigt oder nicht beabsichtigt, Schäden anrichten und sogar zum Tode führen können". 1925 empfahl Janet, "daß das Aufwachen hinausgezögert werden sollte, wenn sich im hypnotischen Zustand ein wie auch immer geartetes krankhaftes Symptom zeigen sollte". Nach Williams (1953) "ist Hypnose so andersartig und subtil, daß sie theoretisch die unterschiedlichsten Verhaltensweisen auslösen kann". Meldman (1960) beschrieb Hypnose als "nicht völlig harmlos", weil "die Dinge eine seltsame symbolische Bedeutung zu haben scheinen". Barber (1961) definierte Hypnose als "eine komplexe Matrix interagierender Variablen". Kleinhauz und Beran (1984) warnten davor, daß Hypnose sich bei jenen rächen könne, "die auf einen intensiven zwischenmenschlichen Kontakt stark ansprechen." Fromm und Pope (1990) halten Hypnose für "eine tiefe, zwischenmenschliche, dyadische Beziehung, die intensiver ist als in einer normalen Psychotherapie", so daß "auch Gegenübertragungsphänomene stärker sein können." Gravitz (1990) meint, daß man "gelegentliche übertriebene Reaktionen erwarten soll", weil "sie eine wirkungsvolle Methode sein kann, um Zugang zu tieferliegenden dynamischen Faktoren zu bekommen und die Abwehr mancher Personen zu lockern."

Kleinhauz und Beran berichteten 1981 über die bisher ernsthafteste Komplikation - einen lebensbedrohenden Notfall. Ein Teenager fühlte sich nach einer Bühnenshow "unwohl". Innerhalb der darauffolgenden Stunden "erstickte sie fast an ihrer eigenen Zunge" und "verdrehte die Augen" (S. 150). Im Krankenhaus verfiel sie in einen Stupor und mußte beatmet und künstlich ernährt werden. EKG-, EEG- und Laborbefunde waren normal. Der Hypnotiseur wurde beauftragt, sie zu rehypnotisieren, was ihm jedoch nicht gelang. Eine Woche später gelang es einem Psychiater nach einer vierstündigen Hypnosesitzung, ihre Wahrnehmung wieder in Gang zu setzen, und nach weiteren vier Stunden war auch die Amnesie überwunden. Ihr ging es danach immer besser und sie konnte wieder zur Schule gehen. Drei Monate später dekompenzierte sie, wurde daraufhin rehypnotisiert und kehrte wieder zum normalen Leben zurück.

Kleinhauz, Dreyfuss, Beran, Goldberg und Azikri (1984) berichteten über eine Frau in Frankreich, die sich mit sechs Jahren vor den Nazis versteckte. Im Erwachsenenalter wurde sie auf der Bühne hypnotisiert, "spürte in Trance, daß irgendetwas nicht stimmt" und litt hinterher unter "Dissoziations-, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen sowie kindischem Verhalten", das Stunden, ja Tage dauerte; ferner tauchten Kopfweh, Angst, Schwindelgefühle, Müdigkeit, Depressionen und spontane Trance auf (S. 220). Nach einer professionell durchgeführten Hypnotherapiesitzung durch einen erfahrenen, innerlich gefestigten Therapeuten verschwanden diese Symptome.

Kleinhauz und Beran (1984)³ beschreiben den Fall eines Mannes, der sich bis dahin nichts hatte zuschulden kommen lassen und auch psychisch unauffällig gewesen war, wie er in einem Sportartikelgeschäft ein Gewehr gestohlen hat und eine Bank ausrauben wollte. Dies geschah nach einer Showhypnose, in der man ihm sagte, er sei "der beste Cowboy im Wilden Westen" (S. 286). Kleinhauz und Eli (1987) führen vier Fälle "nachteiliger Effekte" der zahnärztlichen Hypnose an, die von Überabhängigkeit, spontanem Abreagieren, spontaner Trance bis zu unvollständiger Dehypnose reichen. In Haberman (1987) wird der Fall eines schizophrenen Mannes beschrieben, der 16 Jahre lang unter einer sexuellen Funktionsstörung litt. Ein Laienhypnotiseur suggerierte ihm eine starke Erektion beim Gedanken an oralen Geschlechtsverkehr. Er entwickelte zwanghafte Ängste vor Homosexualität und dekompenzierte mit paranoiden Ideen, die von einem Psychiater in zwei Sitzungen erfolgreich behandelt wurden, so daß sich bei einer Katamnese nach einem Jahr kein Rückfall mehr gezeigt hatte.

Risikofaktoren

Forschungsdaten aus dem klinischen und experimentellen Bereich weisen auf drei große Risikobereiche hin: Hypnotiseur, hypnotisierte Person und Setting.

Variablen im Zusammenhang mit dem Hypnotiseur

Weitzenhoffer (1957) behauptet, daß nicht so sehr die Hypnose an sich, sondern eher "die Kompetenz und Integrität des Hypnotiseurs" für Nebenwirkungen verantwortlich sind. Miller (1979) beschreibt hypnotisierte Personen als "in hohem Maße verletzlich und Objekt großer Angst, Schuld und emotionaler Verwirrung". "Man muß große Sorgfalt walten lassen, um sie nicht übermäßig zu stören", riet Miller, indem man "Konflikte und Symptome vermeidet, die sich später als schwer zu beseitigen erweisen könnten". Signifikante Risikofaktoren in Bezug auf den Hypnotiseur liegen sowohl in seiner Person als auch in seiner Vorgehensweise. Die Person betreffende Faktoren sind Charakterzüge und Eigenschaften, Triebkräfte, verbales/nonverbales Verhalten und das Geschlecht. Die Vorgehensweise betreffende Risikofaktoren beziehen sich auf Fehler oder Unzulänglichkeiten in folgenden Punkten: Explorieren der Krankengeschichte; Screening; Information und Einverständnis; Beobachtung; Diagnose; Behandlungsziele und Verlauf; unklare, ambivalente oder verwirrende

³ vgl. auch den entsprechenden Artikel von Kleinhauz in dieser Ausgabe

Instruktionen; Zeit und Timing; Wort- und Bildwahl; fehlende oder mißverständliche Interventionen; Nachbesprechung; Dehypnotisierung und Follow-up.

Mays und Franks (1985) zitieren in ihrem Buch über negative Aspekte der Psychotherapie Faktoren aus Hans Strupps *Vanderbilt Forschungsprojekt zur Psychotherapie* (1977): Verschlimmerung vorhandener und Entstehen neuer Symptome, falscher Gebrauch oder Mißbrauch der Therapie oder Technik, falsche Diagnose oder Beurteilung, falsche Interpretation oder mangelndes Verständnis, mangelhafte Ausbildung und Fachkenntnis, Persönlichkeitsfaktoren, technische oder theoretische Rigidität, unangebracht intensive Therapie und Förderung der Überabhängigkeit.

Variablen im Zusammenhang mit der hypnotisierten Person

Nach Williams (1953) ist Hypnose verbunden mit "bedeutsamer persönlicher Teilnahme, eingebettet in Wünsche und Ziele, die bei jedem Individuum anders sind". Signifikante Risikofaktoren sind verdrängte Erlebnisse oder unbewußte Wünsche, dynamische Kräfte (Widerstand, Krankheitsgewinn und Regression), mißverständene Instruktion, Einstellung und unrealistische Erwartungen.

Behandlungssetting

Im Behandlungssetting können sich affektreiche Stimuli befinden, die die Person (bewußt oder unbewußt) negativ beeinflussen. Sensible Personen können eine Reihe physikalischer Stimuli mißverstehen oder überbewerten wie Hintergrundmusik, eine mitgehörte Unterhaltung, Spannungsmusik, die aber ablenkt oder verwirrt, überkreuzte Arme oder Beine, so daß die Durchblutung beeinträchtigt ist, verbunden mit einem Gefühl des Festgehaltenwerdens und Angebunden- oder Paralyisiertseins, einen abgedunkelten Raum, eine sanfte Stimme und eine beruhigende Berührung. Telefonläuten, Klingeln oder Klopfen können nicht nur störend sein, sondern auch in den hypnotischen Prozess integriert werden oder eine besondere Bedeutung bekommen.

Präventionsmaßnahmen

Komplikationen sind umso wahrscheinlicher, je exzessiver die drei Hauptvariablen sind und je mehr sie konvergieren. Folgende Präventionsmaßnahmen sollten für alle Interventionsverfahren gelten: Ausbildung und supervidierte Praxis, sorgfältiges Screening der Person, Explorieren der Krankengeschichte, Information und Einverständnis, richtige Diagnose, klar formulierte Instruktion, Dehypnose und Debriefing und Behandlung in einem angenehmen, unterstützenden und unauffälligen Setting. Für die Hypnose spezifische Präventionsmaßnahmen, die das Risiko weiter verringern, sind:

Erfahrungsstand: Nach Coe und Ryken (1979) "zieht die Hypnose nicht unbedingt größere Komplikationen nach sich als Stressoren des täglichen Lebens", aber die unglückliche Tatsache ist, daß alle hier berichteten Komplikationen nach der Hypnose auftraten und sich im alltäglichen Leben der Betroffenen nicht zeigten. Für Hypnotherapeuten ist es genauso eine gesetzliche und ethische Pflicht, Sorgfalt zu üben und

in bestimmter Art und Weise vorzugehen, wie für jeden anderen Psychotherapeuten. Die hier berichteten Fälle legen nahe, daß klinische und Forschungsstandards nicht auf einem wirkungsvollen präventiven Niveau sind.

Genauere Beobachtung: Hilgard (1974) berichtet von Komplikationen, die während des Trancezustandes auftreten. Ihrer Meinung nach kann unvollständige Dehypnotisierung für Symptome, die nach der Trance weiterbestehen, verantwortlich sein - die Person befindet sich immer noch in Trance. Die wirkungsvolle präventive Praxis besteht darin, die häufigsten Komplikationen zu kennen, schnell einzugreifen, wenn sie auftreten, und nach der Trance unauffällig zu überprüfen, ob alles in Ordnung ist. Sollte irgendein Zweifel darüber bestehen, muß man rehypnotisieren und dann wieder dehypnotisieren, um die Komplikationen zu neutralisieren.

Zu schnelle Induktion vermeiden: Meares (1961) beobachtete, daß "ein sekunden-schneller Wechsel vom hypnotischen zum Wachzustand auf das Zählen einer bestimmten Zahl hin offenkundig nicht funktioniert". Gravitz, Mallet, Munyon und Gerton (1982) fordern, daß "Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden sollten, um das zu frühe Nachhausegehen des Patienten nach der Hypnose zu vermeiden". Wenn der Patient nach der Hypnose noch ein paar Minuten im Wartezimmer verbringt, bleibt noch Zeit, daß sich die Müdigkeit legt, daß man nach anderen Komplikationen schaut und es zeigt Fürsorge und Wohlwollen.

Vorsichtiger Umgang mit der Altersregression: Weitzenhoffer (1957) hält die Altersregression als das "potentiell risikoreichste Hypnosephänomen", weil "der Patient in der Regression - ohne daß der Therapeut dies beabsichtigt - ein Trauma wiedererleben kann". Meine Erfahrung ist, daß verdrängte Erlebnisse von Personen in der Hypnose wahrscheinlicher zu Tage treten können. Dies kann ein therapeutischer Durchbruch sein, wenn man dafür bereit ist, oder aber eine verwirrende Überraschung und ein weiteres Trauma für den Patienten, wenn weder Therapeut noch Patient darauf vorbereitet sind. Nach Biddle (1967) ist "unkontrollierte freie Assoziation in der Trance nicht gut", weil "es dem Patienten erlaubt, verdrängtes Material zu schnell aufzudecken".

Symptombeseitigung oder -verschiebung: Rosen (1960) beobachtete, daß "Schmerz eher aus emotionalen als physischen Gründen fortbestehen kann und es gefährlich ist, ein Symptom wegzusuggerieren, so lange es noch Symptome gibt, auf die zurückgegriffen werden kann". 1962 fügte Rosen hinzu: "Bevor Symptome wegsuggeriert werden, sollten einige ihrer Funktionen herausgefunden werden."

Das Siegel anbringen: Obwohl es noch nicht empirisch bewiesen ist, daß es etwas nützt, ist es im Interesse des Patienten, routinemäßig "das Siegel anzubringen" (Teitelbaum, 1965). Dies ist eine posthypnotische Suggestion in der Form "nie wird jemand in der Lage sein, Sie gegen Ihren Willen zu hypnotisieren, außer Sie wollen und brauchen es, und außer Sie kennen die Person und vertrauen ihr, weil es um Ihre innersten Gedanken und Gefühle geht, um ernste Dinge, die ernsthaft angegangen werden müssen" (MacHovec, 1986). Ich gebrauche diese Technik routinemäßig seit zwanzig Jahren. Sie gibt einen gewissen Schutz, denn viele Menschen sprechen sofort an, wenn jemand, wie z.B. Vertreter, Politiker, religiöse Fanatiker oder zu enthusiastische Freunde versuchen, sie zu manipulieren.

Verbesserung der Ausbildungsstandards: Anzahl der Trainingsstunden, Kursinhalte und erforderliche supervidierte Praxis variieren stark. Ferner ist der Maßstab, der in schriftlichen und mündlichen Prüfungen und bei der Supervision bezüglich des Könnens angelegt wird, auch sehr unterschiedlich. Die meisten Kurse geben wenig Informationen über Komplikationen, d.h. ihren Typ, wie man sie feststellt und wie man interveniert.

Schlußbemerkung

Es gibt eine Menge klinischer und experimenteller Daten, die die Möglichkeit unbeabsichtigter, ungewollter oder antitherapeutischer Komplikationen dokumentieren. Bis es bessere Daten über Natur, Häufigkeit, Beginn, Dauer und Schwere der Komplikationen gibt, sollte die Hypnose den gleichen gesetzlichen, ethischen und professionellen Richtlinien folgen wie jede andere Behandlungs- oder Forschungsmethode. Kliniker und Forscher sollten in der Lage sein, Komplikationen zu erkennen, schnell zu intervenieren und sie zu behandeln oder an jemand anderen zu überweisen.

Literatur

- Averbach, A. (1962). Attitudes of psychiatrists in the use of hypnosis. *Journal of the American Medical Association*, 180, 917-921.
- Barber, T. X. (1961). Antisocial and criminal acts induced by hypnosis. *Archives of General Psychiatry*, 5, 301-302.
- Biddle, W. E. (1967). *Hypnosis and psychosis*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Bjornstrom, F. (1970). Preface to hypnotism, its history and present development (1887). In M. M. Tintorow (Hrsg.), *Foundations of hypnosis*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Coe, W. C. & Ryken, K. (1979). Hypnosis and risks to human subjects. *American Psychologist*, 34, 673-681.
- Echterling, L. G. & Emmerling, D. A. (1987). Impact of stage hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 149-154.
- Faw, V., Sellers, D. J. & Wilcox, W. W. (1968). Psychopathological effects of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 26-37.
- Fromm, E. & Pope, K. S. (1990). Countertransference in hypnotherapy. *The Independent Practitioner*, 10, 48-50.
- Gravitz, M. A. (1990). Adverse behavior associated with the eye-roll test of hypnotizability: Clinical and theoretical considerations. *Psychotherapy*, 27, 267-270.
- Gravitz, M. A., Mallet, J. E., Munyon, P. & Gerton, M. I. (1982). Ethical considerations in the professional applications of hypnosis. In M. Rosenbaum (Hrsg.), *Ethics and values in psychotherapy*. New York: Free Press.
- Habermann, M. A. (1987). Complications following hypnosis in a psychotic patient with sexual dysfunction treated by a lay hypnotist. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 166-170.
- Hilgard, J. R. (1961). Sequelae to hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 282-298.
- Hilgard, J. R., Hilgard, E. R. & Newman, M. R. (1961). Sequelae to hypnotic induction with special reference to earlier chemical anesthesia. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 133, 461-478.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing* (2 Vols.). New York: MacMillan.
- Judd, F. K., Burrows, G. D. & Dennerstein, L. (1986). Clinicians' perceptions of adverse effects of hypnosis: A preliminary survey. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 49-60.
- Kleinhauz, M. & Beran, B. (1981). Misuses of hypnosis: A medical emergency and its treatment. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 148-161.
- Kleinhauz, M. & Beran, B. (1984). Misuse of hypnosis: A factor in psychopathology. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 283-290.

- Kleinhauz, M., Dreyfuss, D. A., Beran, B., Goldberg, T. & Azikri, D. (1979). Some after-effects of stage hypnosis: A case study of psychopathological manifestations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 219-226.
- Kleinhauz, M. & Eli, I. (1987). Potential deleterious effects on hypnosis in the clinical setting. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 155-159.
- Kline, M. V. (1976). Dangerous aspects of the practice of hypnosis and the need for legislative regulation. *Clinical Psychologist*, 29, 3-6.
- Levitt, E. E. & Hershman, C. (1962). The clinical practice of hypnosis in the United States: A preliminary survey. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 55-65.
- MacHovec, F. (1986). *Hypnosis complications: Prevention and risk management*. Springfield, Illinois: C.L. Thomas.
- MacHovec, F. (1988). Hypnosis complications, risk factors, and prevention. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 40-49.
- MacHovec, F. J. (1989). Minimizing hypnosis risks. *Psychotherapy in Private Practice*, 6, 59-67.
- Mays, D. T. & Franks, C. M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- Meares, A. (1961). An evaluation of the dangers of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 90-97.
- Meldmann, N. J. (1960). Personality decompensation after hypnosis. *Journal of the American Medical Association*, 173, 359-364.
- Miller, M. M. (1979). *Therapeutic Hypnosis*. New York: Human Sciences Press.
- Milne, G. (1986). Hypnotic compliance and other hazards. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 15-29.
- Orne, M. T. (1962). Undesirable effects of hypnosis: The determinants and management. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 226-237.
- Rosen, H. (1960). Hypnosis: Applications and misapplications. *Journal of the American Medical Association*, 172, 683-687.
- Rosen, H. (1962). Technical modification: Therapeutic considerations. *Medical Uses of Hypnosis* (Symposium 8). (New York: Group for the Advancement of Psychiatry)
- Sakata, K. I. (1968). Report on a case failure to dehypnotize and subsequent reported aftereffects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 221-228.
- Teitelbaum, M. (1965). *Hypnotic induction techniques*. Springfield, Illinois: Thomas.
- Weitzenhoffer, A. M. (1957). *General techniques of hypnotism*. New York: Grunc & Stratton.
- West, L. J. & Deckert, G. H. (1965). Dangers of hypnotism. *Journal of the American Medical Association*, 192, 9-12.
- Williams, G. W. (1953). Difficulties in dehypnotizing. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 3-12.

Keywords: hypnosis, risks, complications

Abstract: Clinical and experimental literature substantiates the occurrence of unexpected antitherapeutic complications coincident with the use of hypnosis. Though infrequent and unintended, some have been severe and disruptive. Risk factors are variables in the hypnotist and the induction method, unprocessed repressed material in the subject, and stimuli in the treatment setting. Complications can be minimized by a more complete history, closer observation and prompt intervention when complications occur, standardized induction, dehypnosis, followup, improved hypnosis training, and supervised practice. This paper describes most frequently reported complications, their cause, and recommended preventive practices.

Anschrift des Autors:
Frank MacHovec, Ph.D.
3804 Hawthorne Avenue
Richmond, VA 23222
USA