

Hypnose und Kognition
Band 7, Heft 1, April 1990

Entspannung und mentales Vorstellungstraining in der pädiatrischen Sprechstunde

Selbsthypnose in der Behandlung von 505 Kindern und Jugendlichen

Daniel P. Kohen, Karen N. Olness, Sarah O. Colwell und Albert Heimel¹

Zusammenfassung: Der Artikel stellt Ergebnisse hypnotherapeutischer Interventionen bei 505 Kindern und Jugendlichen dar, die von vier Kinderärzten während eines Jahres behandelt wurden; der Zeitraum der Nachuntersuchung betrug 4 bis 24 Monate. Behandelt wurden Enuresis und Encopresis, akute und chronische Schmerzen, Asthma, Verhaltensstörungen, Fettsucht und Angst. Bei Anwendung strenger Kriterien zur Überprüfung der Fortschritte und im Bewußtsein, daß einige der Zustände chronisch sind, hält die Forschungsgruppe fest, daß 51% der behandelten Kinder und Jugendlichen ihre Probleme vollständig bewältigten, daß darüber hinaus 32% erhebliche Verbesserungen aufwiesen, daß 9% anfangs/oder graduelle, positive Veränderungen erreichten - und daß 7% ohne sichtbare Änderung oder Verbesserung blieben. Bereits dreijährige Kinder wandten erfolgreich Selbsthypnosetechniken an. Mit zunehmendem Alter der Kinder wuchs die Routine im Umgang mit der Selbsthypnose. Bemerkenswert war eine gegenläufige Korrelation ($p < .001$) zwischen der Anzahl von Besuchen und dem klinischen Erfolg, was den Schluß nahelegt, daß eine Vorhersage der Erfolgsbereitschaft des Klienten nach vier oder weniger Sitzungen möglich ist.

Hypnose und therapeutische Techniken, die mit ihr zusammenhängen, waren und sind Teil alter und moderner Zivilisationen (Olness 1981, Tinterow 1970, Tart 1972). Hypnotische Phänomene, welche auch Kinder einschlossen, waren wahrscheinlich integraler Bestandteil vorwestlicher Kultzeremonien und Stammesriten und lassen sich durch Aktivitäten wie rituale Tänze, Gesänge, meditative Übungen, Sandzeichnungen usw. kennzeichnen; Zeugnisse dieser Vorgänge sind in der Literatur, in Skulpturen und Malereien überliefert (Olness 1981, Tinterow 1970, Tart 1972). Die frühe Verwendung hypnotischer Phänomene zur Behandlung von Kindern begegnet uns in der Arbeit von Franz Mesmer gegen Ende des 18. Jahrhunderts, der Arbeit von John Elliotson mit Hypnoanalgesie um 1840 (Elliotson 1843) und vieler anderer. Die Arbeit von Milton Erickson - in den fünfziger und sechziger Jahren - betont die natürlichen Fähigkeiten von Kindern zur Aktivierung spontaner Tranceressourcen (Erickson 1958). In der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts lebte das Interesse an Hypnose und den damit verbundenen alternativen Therapien deutlich auf. Dies ist ablesbar an der höheren Anzahl von Berichten über unterschiedliche klinische An-

wendungen von Hypnose (Olness & Gardner 1978, Martin 1983). Diese Berichte geben Zeugnis von einer sinnvollen Anwendung auf vielen Gebieten der medizinischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Es betrifft die allgemeine Pädiatrie, die Schmerzkontrolle (Adolsek & Novik 1980, Olness 1981, Zeltzer et al. 1979), die Verhaltensstörungen sowie neurotische Symptome, Enuresis und Encopresis (Johnson 1981), Migräne und unbestimmte Kopfschmerzen (Olness & McDonald 1981), Drogenmißbrauch (Baumann 1970), pädiatrische Notfallmedizin (Kohen 1986), Unterleibsuntersuchungen (Kohen 1980), Hämophilie sowie chronische bzw. unheilbare Krankheiten (LeBaw 1970, Gardner 1976).

Generell besteht ein Mangel an langfristigen Nach-Untersuchungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen, was die individuelle Psychotherapie, die Familientherapie, die Gruppentherapie, das Bio-Feedback und die Hypnotherapie betrifft. Die zahlreichen klinischen Krankheitsberichte zu verschiedenen therapeutischen Interventionen konzentrieren sich auf die Interpretation und theoretische Aufbereitung, die die Wahl einer Therapie begründen; Followup-Untersuchungen zu den möglichen Ergebnissen fehlen.² Kindertherapeuten und anderen Experten aus diesem Bereich mangelt es an indikatorischen Richtlinien, um empfehlende Aussagen über Art und Dauer therapeutischer Behandlungen für Kinder und Jugendliche machen zu können.

Hypnose ist definiert worden als ein veränderter Bewußtseinszustand, der normalerweise (aber nicht immer) Entspannung einschließt und in dem ein Individuum seine Konzentration auf eine bestimmte Idee oder ein bestimmtes Bild richtet, um ein Ziel zu erreichen oder ein persönliches Potential zu maximieren (Olness & Gardner 1978, Gardner & Olness 1981). Viele klinische Beobachter haben die Bedeutung der sinnlichen Vorstellungskraft (Imagination) und ihrer grundlegenden Rolle bei der Hypnose - insbesondere bei Kindern - bemerkt (Olness 1981, Tinterow 1970, Elliotson 1843, Braid 1889/1960). Selbsthypnose (bei Kindern) wird als Entspannungs-Imaginations-Übungen³ definiert, in denen sowohl die Fähigkeit zur (körperlichen) Entspannung als auch die Fähigkeit zum Gebrauch und zur Steigerung der sinnlichen Vorstellungskräfte geübt und vertieft wird. Entwicklungspsychologische Daten und klinische Beobachtungen legen den Schluß nahe, daß die Produktion internaler Sinneseindrücke eine natürliche Ressource von Kindern und Jugendlichen ist. Die Untersuchungsergebnisse lassen die allgemeine Schlußfolgerung zu, daß genau diese Fähigkeiten mit der Geschwindigkeit und dem Erfolg verbunden sind, mit denen Kinder Selbsthypnose anwenden und zur Verbesserung ihrer Situation benutzen (Olness 1981). Die 505 behandelten Kinder wurden in jedem einzelnen Falle dazu angeleitet, sich körperlich zu entspannen und ihre imaginativen Fähigkeiten in ihre eigene Behandlung einzubringen.

1 Erstveröffentlichung in *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5(1), 21-25, 1984; deutsche Übersetzung von S. Mrochen und C. Meiller mit freundlicher Erlaubnis der Autoren und Hrsg.

2 siehe Haber et al. 1979, Jacob et al. 1972, Koch 1973, Atkeson & Forehand 1978, Masten 1979, Davis & Salvatore 1976, Lewis et al. 1980, Dikel & Olness 1980.

3 Im Original: Relaxation-Mental Imagery exercises (RMI)

Methode

Von vier Kinderärzten wurde ein einheitliches Datensammelblatt für Patienten entwickelt, die in Selbsthypnose instruiert wurden. Die vier beteiligten Kinderärzte beziehen hypnotherapeutische Techniken regelmäßig in ihre Arbeit ein. Die gesammelten Daten betrafen folgende Punkte: 1) Art des vorgestellten Problems; 2) bisherige therapeutische Maßnahmen; 3) angewandte hypnotische Induktionstechniken; 4) vom Patienten beschriebene Imagination; 5) Anzahl der Termine beim Therapeuten; 6) Ergebnis der Behandlung; 7) Dauer der Nachuntersuchung. Die Patienten wurden mit "0" eingestuft, wenn keinerlei Veränderung des klinischen Zustands beobachtet oder berichtet wurde, mit "1", wenn sie zu Anfang der Behandlung Verbesserung zeigten, das Selbsthypnosetraining zu Hause jedoch nicht durchführten, mit "2", wenn sich die Probleme mindestens um 50% reduziert hatten und mit "3", wenn das Problem vollständig gelöst war. Zwei Jahre später wurden die Daten aller 505 Patienten noch einmal komplett vom Hauptautor überprüft.

Ergebnisse

Es gibt ein breites Spektrum vom Problemen, für welche die an der Untersuchung beteiligten Kinderärzte Hypnotherapie vorschlugen (Tab. 1). Die größte Problemgruppe bestand aus 257 Kindern mit nächtlichem Bettnässen; die kleinste Gruppe bestand aus 5 übergewichtigen Kindern. 115 Patienten wurden während der Behandlungsphase nur einmal gesehen (Tab. 2). Bei ihnen ging es um akute Probleme wie Schmerzen durch Wundnähte oder Angst, verbunden mit bevorstehenden Unterleibsuntersuchungen. 73 Kinder hatten eine oder mehrere Sitzungen mit Nachuntersuchungen nach 6 bis 12 Monaten. 126 Kinder kamen mehrere Male und die Nachprüfung erfolgte in einem Zeitraum von 12 Monaten oder mehr. Bei 191 Kindern erfolgte das Follow-Up über einen Zeitraum von 1-6 Monaten. Patienten, die ihr Problem gelöst hatten und die, die sich dazu entschieden hatten, nicht mehr in die Praxis zu kommen, wurden telefonisch befragt.

Tab. 1: Reaktion von 505 pädiatrischen Patienten auf die Entspannungs-Imaginations-Übungen (Selbsthypnose)

Problem	Anzahl Patienten je Sympt.	Ergebnisse: Anzahl Pat. Prozentsatz			
		0	1	2	3*
Übergewicht	5	4 80%	0	0	1 20%
Encopresis	19	3 15,8%	4 21,1%	6 31,6%	6 31,6%
Bettnässen	257	27 10,5%	34 13,2%	81 31,5%	115 44,7%
Verhaltensprobleme	23	0	4 17,4%	8 34,8%	11 47,8%
Schmerzen	36	1 2,8%	0	16 44,4%	19 52,8%
Angstreaktionen	12	0	0	9 41,7%	7 58,3%
Asthma	40	0	4 10%	28 70%	8 20%
Kopfschmerzen	27	0	0	8 29,6%	19 70,4%
gynäkolog. Unters.	86	2 2,3%	0	11 12,8%	73 84,9%
Total	505	37 7,3%	46 9,1%	163 32,3%	259 51,3%

* 0 = keine Änderung; 1 = zeigten anfänglich Verbesserung, führten die Übungen jedoch nicht durch
2 = über 50prozentige Verminderung der Symptome; 3 = vollständige Bewältigung des Problems

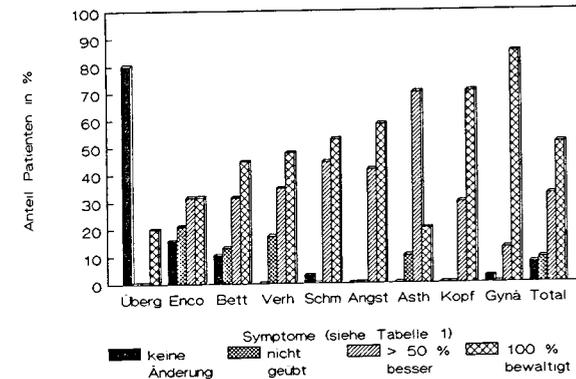


Abb. 1: Reaktion von 505 pädiatrischen Patienten auf die Entspannungs-Imaginations-Übungen (siehe Tab. 1; Ergänzung durch Hrsg.)

Über 83%, bzw. 422 von 505 Patienten, zeigten eine mehr als 50-prozentige Verbesserung durch die Anwendung von Selbsthypnose und 51% aller Patienten meldeten eine vollständige Lösung ihrer Probleme (Tab. 1 bzw. Abb. 1).

Tab. 2: Reaktion von 505 pädiatrischen Patienten auf die Entspannungs-Imaginations-Übungen (RMI) (Selbsthypnose): Dauer der Nachuntersuchungen

Ergebnisse der RMI *	Anzahl der Patienten	eine Untersuchung	1-6 Monate	über 6 Monate
0	37	7	23	7
1	46	1	29	16
2	163	30	74	59
3	259	77	65	117
Total	505	115	191	199

* 0 = keine Änderung
1 = zeigten anfänglich Verbesserung, führten die Übungen jedoch nicht durch
2 = über 50prozentige Verminderung der Symptome
3 = vollständige Bewältigung des Problems

37 Kinder bzw. 7,3% der Patienten in Kategorie 1 praktizierten die Selbsthypnose in der kinderärztlichen Praxis, nicht jedoch zu Hause. 46 Kinder lernten die Selbsthypnose relativ rasch und zeigten Besserung, brachen das Training jedoch aus folgenden Gründen ab: 1. Ungenügende Motivation, z.B. trocken zu werden oder an Gewicht zu verlieren; 2. Spürbarer Nutzen durch die Beibehaltung der Symptome (sekundärer Gewinn) und 3. Störung durch die Eltern oder andere Familienmitglieder beim häuslichen Selbsthypnosetraining.

Im Kontext des letzten Punktes hörten die Kinder oft dann auf, Entspannung und Imagination (Selbsthypnose) zu praktizieren, wenn die Eltern häufig danach fragten bzw., auf dem Üben bestanden. Vermutlich wurden hierdurch die Kinder in der Erfahrung bestärkt, daß das Selbsthypnosetraining doch nicht "ihrer" Kontrolle unterliegt.

Der ansteigende Ergebniserfolg stand in einer Wechselbeziehung zum ansteigenden Alter, ausgenommen eine Abweichung zwischen dem 7. und 8. Lebensjahr (Tab. 3 bzw. Abb. 2).

Tab. 3: Reaktion nach Altersgruppen bei 505 pädiatrischen Patienten auf die Entspannungs-Imaginations Übung (Selbsthypnose)

Alter	Anzahl Patienten	Ergebnisse				2 + 3 / Total Prozentsatz
		0	1	2	3 *	
3-5	7	0	2	2	1	3/7 42.8%
5-7	66	7	7	29	23	52/66 78.8%
7-9	85	12	16	27	30	57/85 67.1%
9-11	89	6	14	32	37	69/89 77.5%
11-13	75	6	4	24	41	65/75 86.7%
13-15	49	3	1	14	31	45/49 91.8%
15-17	61	2	2	17	40	57/61 93.4%
17-19	54	0	0	10	44	54/54 100%
19-20	21	1	0	8	12	20/21 95.2%
Alle Alter	505	27	46	163	259	422/505 83.5%

* 0 = keine Änderung

1 = zeigten anfänglich Verbesserung, führten die Übungen jedoch nicht durch

2 = über 50prozentige Verminderung der Symptome

3 = vollständige Bewältigung des Problems

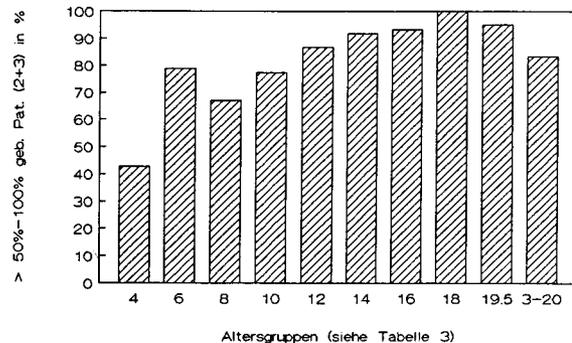


Abb. 2: Reaktion bezogen auf Altersgruppen von 505 pädiatrischen Patienten auf die Entspannungs-Imaginations-Übung (siehe Tab. 3)

Mehr als die Hälfte der Patienten, die ihre Probleme bewältigten, wurden nur ein oder zweimal in der Praxis gesehen und die Nachkontrolle erfolgte anschließend über das Telefon (Tab. 4). Von den Patienten, die anfänglich Verbesserungen erzielten, ihr Selbsthypnosetraining (RMI) jedoch zu Hause nicht

fortführten, waren 62% viermal oder häufiger in der ärztlichen Praxis erschienen. Andererseits benötigten von den Patienten, die einen vollständigen Erfolg bei der Bewältigung ihrer Probleme erreichten, nur 24% vier oder mehr Praxisbesuche ($p < .001$).

Tab. 4: Reaktion von 505 Patienten auf das Entspannungs-Imaginations-Training (Selbsthypnose): Anzahl der Besuche in der Praxis

Ergebnisse der RMI *	Anzahl der Patienten	Anzahl der Besuche				
		1	2	3	4	>5
0	37	7	6	7	7	10
1	46	1	7	10	5	23
2	163	30	23	23	26	21
3	259	90	49	58	31	31

* 0 = keine Änderung

1 = zeigten anfänglich Verbesserung, führten die Übungen jedoch nicht durch

2 = über 50prozentige Verminderung der Symptome

3 = vollständige Bewältigung des Problems

Zu den spezifischen Symptomen

Bettträsen

Das nächtliche Einnässen ist ein Problem, das dem Kinderarzt und Kinderpsychologen häufig vorgetragen wird (Gardner & Olness 1981). Im allgemeinen ist keine ausgedehnte Untersuchung oder Behandlung angezeigt, es sei denn, Krankengeschichte und körperliche Untersuchung offenbaren organische Probleme. Die Mehrzahl von Bettträsen - über das 5. Lebensjahr hinaus - kann nicht mit definierbaren organischen oder psychologischen Ursachen in Verbindung gebracht werden. Untersuchungen legen nahe, daß solche Behandlungsmethoden am erfolgversprechendsten sind, welche die Eigenverantwortung des Kindes in bezug auf den Erfolg verstärken (Gardner & Olness 1981, Marshall et al. 1973). Es gibt eine Reihe von Berichten über die erfolgreiche Anwendung von Hypnotherapie bei bettnässenden Kindern (Zeltzer et al. 1979, Olness 1975, Collison 1975, Baumann & Hinman 1974). 45% von 257 Patienten überwinden ihr Bettträsenproblem, wobei ein trockenes Bett an 30 aufeinanderfolgenden Tagen und eine Nachuntersuchung nach 12 Monaten ohne Rückfall als Erfolg definiert wurde. 32% der Patienten mit nächtlichem Bettträsen waren mehr als 50% der Zeit trocken. Die Ärzte haben in diesem Zusammenhang vermerkt, daß Patienten der Kategorie 1 und 2 wegen des elterlichen Drucks ihre Selbsthypnoseübungen nicht praktizierten.

Asthma

Die Veränderung von Lungenfunktionen durch Hypnose bei Erwachsenen ist anhand von Messungen beschrieben worden (Luparello et al. 1970, Phillipps et al. 1972). Von ähnlichen Asthma-Studien bei Kindern ist nichts bekannt. Über Husten, Räuspern und Keuchen bei Kindern als Folge von Suggestion ist berichtet worden (Collison 1975). Es gibt Untersuchungen über die Einstellung des Hustens als Reaktion auf Suggestion in Hypnose, jedoch ohne die damit verbundenen Messungen von Lungenfunktionen. Die RMI-Selbsthypnose wurde erfolgreich bei sechs jugendlichen Asthmatikern angewandt (Zeltzer et al. 1981). 70% von 40 Asthma-Patienten befanden sich in der Kategorie 2 und 20% in der Kategorie 3. Die Patienten in der Kategorie 2 hatten eine verringerte Morbidität mit weniger Ausfällen in der Schule, Aufnahmen in Notfallstationen oder Arztbesuchen. Die Patienten der Kategorie 3 berichteten über keine weiteren Symptome.

Unterleibsuntersuchungen

Die Mehrzahl der Patientinnen, die gynäkologisch untersucht wurden, hatten bereits eine Untersuchung in einer Teenager-Klinik (Kohen 1980). Der Anlaß für die Untersuchung reichte von jährlichen Untersuchungen des Abstriches bis hin zur Überprüfung von Schwangerschaftsdiagnosen. 30 Patientinnen hatten sich vorher noch keiner Unterleibsuntersuchung unterzogen und 56 hatten bereits mindestens eine hinter sich. 97% oder 84 von 86 Patientinnen wurden in Kategorie 2 oder 3 eingeordnet, und zwar in bezug auf eine verringerte Anspannung während der Unterleibsuntersuchung. Patientinnen mit früheren Unterleibsuntersuchungen berichteten spontan, daß sie Entspannungs-Imaginations-Übungen während der Unterleibsuntersuchungen den Vorzug geben würden. 16% der Patientinnen mußten zu einer weiteren oder mehreren Untersuchungen kommen und jede von ihnen fragte nach der RMI und fühlte sich mit den RMI-Übungen bei den weiteren Unterleibsuntersuchungen wohl. Die durchschnittliche Anzahl der Praxisbesuche für die Patienten der Kategorie 0 war 3,6; bei Kategorie 1 waren es 4,9, bei Kategorie 2 waren es 4,3 und bei Kategorie 3 waren es 2,6, wobei mehr als die Hälfte aller Patienten der Kategorie 3 nur ein oder zwei Praxisbesuche in Anspruch nehmen mußten.

Kopfschmerzen

70% von 27 Patienten mit wiederkehrenden Kopfschmerzen bewältigten ihre Symptome vollständig und 30% erzielten eine Reduktion in der Häufigkeit von 50% oder darüber. Diese Ergebnisse befinden sich in Übereinstimmung mit anderen klinischen Berichten über die Anwendung von RMI bei Kopfschmerzen und besonders bei Migräne (Olness & McDonald 1981). Diese Resultate bestätigen klinische Erfahrungen und die Empfehlung der Anwendung von RMI, wenn die medizinische Untersuchung eine organische Erklärung für wiederkehrende Kopfschmerzen ausgeschlossen hat.

Verhaltensstörungen

Hierunter wurden folgende Symptome erfaßt: Ticks, Schlafwandeln, stockendes Sprechen, Fingernägelkauen, nächtliches Schaukeln und Daumenlutschen. 82% erlernten und wendeten die Selbsthypnose RMI gut an und reduzierten dabei die Häufigkeit ihres Symptoms erheblich oder eliminierten es vollständig (48%).

Encopresis (Einkoten)

Bei Kindern mit Encopresis wurde die Selbsthypnose als begleitende Therapie eingebracht, um in erster Linie die Fähigkeit des Kindes zu fördern, den gesamten Behandlungsplan aktiv zu bewältigen⁴, der zuweilen Einläufe und Diätänderungen beinhaltete. 12 von 19 dieser Kinder wiesen während des folgenden Untersuchungszeitraumes eine signifikante Besserung auf.

Angst

Angst geht mit vielen anderen pädiatrischen Krankheiten und Maßnahmen einher. Besonders ausgeprägt war der Ausdruck allgemeiner psychogener Angst auch bei zwei Teenagern mit Spritzenphobien, die zur Vermeidung schrien und weinten und Spritzen in die Venen aufgrund negativer Erfahrungen abwehrten. Weniger häufig waren Jugendliche mit Krebsphobien, die sich in einer zwanghaften Aufmerksamkeit oder verbalen Ausbrüchen über unbedeutende oder nicht vorhandene körperliche Veränderungen manifestierten. Zwei dieser Patienten hatten kürzlich den Tod eines nahen Familienangehörigen miterlebt. Die Personifizierung der Krebsfurcht kumulierte mit der üblichen Konzentration auf körperliche Veränderungen in der frühen Jugendzeit und dem Prozeß des Trauerns. Unterschiedliche medizinische Vorgänge stellten weitere angstauslösende Situationen dar. Alle Patienten zeigten eine signifikante Verringerung ihrer Symptome durch Selbsthypnose (RMI).

Schmerz

Die Quantifizierung der Schmerzverringerung ist generell schwierig (Hilgard & Hilgard 1975, Kroger 1971, Crasilneck & Hall 1975). 19 von 36 Patienten (53%) mit einem primären Schmerzsymptom

berichtetem vom vollständigen Verschwinden des Schmerzes, wobei das Ausbleiben des Schmerzes subjektiv (Bericht) oder objektiv (Beobachtung) bestimmt wurde. Weitere 16% konnten die Schmerzintensität beeinflussen (modulieren).

Übergewicht / Fettleibigkeit

Nur einer von fünf Patienten war in der Lage, den gewünschten Gewichtsverlust unter Anwendung des RMI zu halten.

Diskussion

Die Analyse von 505 Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Verhaltensstörungen zeigte die Bedeutung einer repräsentativen, langfristig angelegten Untersuchung sowie die inhärenten Schwierigkeiten, selbst für Kliniker mit großer Initiative, auf.

Die langfristige Nachuntersuchung von Patienten wird erschwert durch die mangelnde Bereitschaft von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen, Zeit zu investieren und noch wichtiger, aus einigen ihrer unvermeidlichen Fehler zu lernen. Langfristige Nachuntersuchungen von Patienten, die sich mit experimentellen Interventionen einverstanden erklärten, sind nicht repräsentativ. Patienten, die sich selbst selektieren, kooperieren vielleicht besser als die allgemeine Population oder müssen vielleicht für ihre Besuche in der Praxis nichts bezahlen.

Diese Studie läßt keine Verallgemeinerung auf die Gesamtheit der Population zu. Selbsthypnose, Entspannungs-Imagination (RMI), wird noch nicht gut genug verstanden oder als routinemäßige therapeutische Möglichkeit angenommen. Diese Studie unterstreicht das Bedürfnis, Verhaltenstherapeuten darin zu ermutigen, festzustellen, wieviele ihrer Patienten eine therapeutische Behandlung abschließen. Man vermutet, daß die Zahl der Ausfälle hoch ist. Sollte es ein gegenseitiges Einstimmen professioneller Therapeuten auf die Kinder und deren Familie vor der Therapie geben? Selbsthypnose (RMI) unterstreicht die Kommunikation auf dem Interessens- und Entwicklungsniveau des Kindes, ist empfänglich für die Wünsche des Kindes und konzentriert sich auf seine persönlichen Bewältigungsfähigkeiten und Kompetenzen. Das verträgt sich weder mit der Persönlichkeit noch mit den Wünschen aller Eltern und Kliniker.

Dieser Artikel berichtet über die Therapie-Ergebnisse bei 505 pädiatrischen Patienten, denen aufgrund ihrer Verhaltensprobleme Selbsthypnose (RMI) vermittelt wurde. Die Beobachtungen unterstützen folgende Annahmen:

1. Selbsthypnose - Entspannungs-Imaginations-Übungen - ist ein nützliches Instrument zur Bewältigung einer großen Anzahl klinischer pädiatrischer Probleme.
2. RMI bedarf weder langer Besuche in der Praxis noch einer lang anhaltenden Behandlung. Der Erfolg ist oft schon nach vier oder weniger Sitzungen sichtbar. Falls nach vier Kontakten keine positive Veränderung eintritt, liegt es nahe, daß wahrscheinlich diese therapeutische Technik nicht geeignet ist.

4 siehe Levine 1981, Olness 1976, Olness et al. 1980, Silber 1968, Goldsmith 1962

3. Die Erfolgsrate bestätigt die Anwendung von Selbsthypnose (RMI) als sinnvolle Zusatzbehandlung und als eine primäre therapeutische Möglichkeit bei Störungen wie Bettnässen, Kopfschmerzen, gynäkologischen Untersuchungen und Angst.
4. Der Erfolg in der Problembewältigung der Patienten scheint mit dem Alter zu korrelieren und nimmt mit diesem zu. Während sich dies als günstig für die Probleme erwies, die in dieser Studie untersucht wurden, wurde außerdem berichtet, daß einzelne kleine Kinder Selbsthypnose erfolgreich einsetzen können (Gardner & Olness 1981).
5. Vermehrter elterlicher Druck zu üben führte bei den Kindern meist zum Einstellen der RMI-Übungen. Bei diesem therapeutischen Vorgehen liegt jedoch die Betonung auf der eigenen Kontrolle und Bewältigung seitens des Kindes und elterliche Hinweise stehen damit nicht im Einklang.
6. Patienten und Eltern berichten, daß sich der therapeutische Erfolg generalisierend auf andere Gebiete im Leben des Kindes ausweitete.

Kenntnisse und Training zur Anwendung von RMI könnten sich als eine nützliche und willkommene Ergänzung des therapeutischen Instrumentariums vieler Kliniker in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erweisen.

Mit wachsender Beachtung und Erfahrung in der therapeutischen Anwendung und ihren Ergebnissen sowie mit wachsendem Interesse an kreativen Prospektivstudien auf diesem Gebiet wird sich die RMI (Hypnosetherapie) zu einem klarer definierten Gebiet entwickeln, sowohl im Bereich wissenschaftlicher Untersuchungen als auch in der klinischen Praxis.

Literatur

- Andolsek, K. & Novik, B. (1980). Use of hypnosis with children. *Journal of Family Practice*, 10, 503
- Atkeson, B.M. & Forehand, R. (1978). Parent behavior training for problem children: An examination of studies using multiple outcome measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 449-460
- Braid, J. (1889/1960). *Neurohypnology: Or the Rational of Nervous Sleep* (revised as Braid on Hypnotism). New York: Julian Press.
- Bramwell, M.M. (1956). *Hypnotism: Its History, Practice and Theory* (reissued with new introduction). New York: Julian Press
- Baumann, F.W. (1970). Hypnosis and the adolescent drug abuser. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 17-21
- Baumann, F.W. & Hinman, F. (1974). Treatment of incontinent boys with nonobstructive disease. *Journal of Urology*, 111, 114-116
- Collison, D.R. (1970). Hypnotherapy in the management of nocturnal enuresis. *Medical Journal of Australia*, 1, 52-54
- Collison, D.R. (1975). Which asthmatic patients should be treated by hypnotherapy? *Medical Journal of Australia*, 1, 776
- Crasilneck, H.G. & Hall, J.A. (1975). *Clinical Hypnosis: Principles and Application*. New York: Grune & Stratton
- Dikel, W. & Olness, K.N. (1980). Self-hypnosis, biofeedback, and voluntary peripheral temperature control in children. *Pediatrics*, 66, 335
- Davids, A. & Salvatore, P. (1976). Residential treatment of disturbed children and adequacy of their adjustment: A followup study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 62-73
- Elliotson, J. (1843). Numerous Cases of Surgical Operations without Pain in the Mesmeric State. Philadelphia: Lea and Blanchard.
- Erickson, M.H. (1958). Pediatric hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 25-29

- Erickson, M.H. (1980). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*, Vol IV. (ed by E.L. Rossi). New York: Irvington Publishers
- Gardner, G.G. (1976). Childhood, death, and human dignity: Hypnotherapy for David. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 122-139
- Gardner, G.G. & Olness, K.N. (1981). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York: Grune & Stratton
- Goldsmith, H. (1962). Chronic loss of bowel control in a nine-year-old child. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 191-193
- Haber, C.H., Nitkin, R. & Sheneker, L.R. (1979). Adverse reactions to hypnotherapy in obese adolescents. A developmental viewpoint. *Psychiatric Quarterly*, 51, 55-63
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the Relief of Pain*. Los Altos, Calif.: William Kaufman
- Hogan, M., Olness, K.N. & MacDonald, J. (1985). Voluntary Control of Auditory Evoked Potentials by Children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 91-94
- Jacob, T., Magnusson, M.G. & Kemper, N.M. (1972). A followup of treatment terminators and remainders with long-term and short-term symptom duration. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 139-142
- Johnson, R.L. (1981). Use of hypnosis with enuretic adolescents. *Journal of Current Adolescent Medicine*, May
- Koch, E. (1973). Observation on followup contacts with former child analytic patients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 12, 223-246
- Kohen, D.P. (1980). Relaxation / mental imagery (self-hypnosis) and pelvic examinations in adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1(4)
- Kohen, D.P. (1986). Applications of relaxation mental imagery (self hypnosis) in pediatric emergencies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34(4), 283-294
- Kroger, W.S. (1971). *Clinical and Experimental Hypnosis*. Philadelphia: Lippincott
- LaBaw, W.L. (1975). Autohypnosis in hemophilia. *Haematologia*, 9, 103
- Levine, M. (1981). The schoolchild with encopresis. *Pediatric Review*, 2, 285-290
- Lewis, M., et al. (1980). The undoing of residential treatment: A followup study of 51 adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 160-71
- Luparello, R., Leist, N., Lourie, C.H., et al: Interaction of psychological stimuli and pharmacologic agents on airway reactivity in asthmatics. *Psychosomatic Medicine*, 32, 509
- Martin, J. (1983). Hypnosis gains legitimacy, respect in diverse clinical specialties. *JAMA*, 249, 319-321
- Marshall, S., Marshall, H.J.H. & Richards, P.L. (1973). Enuresis: An analysis of various therapeutic approaches. *Pediatrics*, 52, 813-817
- Mason, R.O. (1897). Educational uses of hypnotism: A reply to Prof. Lightner Witmer's Editorial in *Pediatrics* for January 1, 1897. *Pediatrics*, 3, 97-105
- Masten, A. (1979). Family therapy as a treatment for children: A critical review of outcome research. *Family Process*, 18, 323-35
- Olness, K.N. (1975). The use of self-hypnosis in the treatment of childhood nocturnal enuresis. *Clinical Pediatrics*, 14, 273
- Olness, K.N. (1976). Autohypnosis in functional megacolon in children. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 28-32
- Olness, K.N. (1981). Hypnosis in pediatric practice. *Current Problems in Pediatrics* 12, 8
- Olness, K.N. (1981). Imagery (self hypnosis) as adjunct therapy in childhood cancer. *American Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 3, 313-321
- Olness, K.N. & Conroy, M. (1985). A pilot study of voluntary control of transcutaneous oxygen by children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(1), 1-5
- Olness, K.N. & Gardner, G.G. (1978). Some guidelines for uses of hypnotherapy in pediatrics. *Pediatrics*, 62, 228-233
- Olness, K.N. & MacDonald, J. (1981). Self-hypnosis and biofeedback in the management of juvenile migraine. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2(4),
- Olness, K.N., McParland, F.A. & Piper, J. (1980). Biofeedback: A new modality in the management of children with fecal soiling. *Journal of Pediatrics*, 96, 505-509
- Phillipps, R.L., Wilde, J.S. & Day, J.H. (1972). Suggestion and relaxation in asthmatics. *Journal of Psychosomatic Research*, 16, 193
- Silber, S. (1968). Encopresis: Rectal rebellion and anal anarchy? *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, 15, 97-106
- Tart, C. (Ed.) (1972). *Altered States of Consciousness*. Garden City, NY: Anchor Books.
- Tinterow, M.M. (1970). *Foundations of Hypnosis from Mesmer to Freud*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas.
- Zeltzer, L., Dash, J. & Holland, J.P. (1979). Hypnotically induced pain control in sickle cell anemia. *Pediatrics*, 64, 533-535

Zeltzer, L., LeBaron, S. & Barbour, J. (1981). Hypnosis, asthma control, and compliance in adolescents, *Journal of Allergy and Clinical Immunology*

Keywords: hypnosis, self-hypnosis, mental imagery, relaxation, children, pediatrics

Abstract: This report assessed outcomes of hypnotherapeutic interventions for 505 children and adolescents seen by four pediatricians over a period for one year and followed from four months to two years. Presenting problems included enuresis, acute pain, chronic pain, asthma, habit disorders, obesity, encopresis, and anxiety. Using strict criteria for determination of problem resolution (e.g. all beds dry) and recognizing that some conditions were intrinsically chronic, the authors found that 51% of these children and adolescents achieved complete resolution of the presenting problem; an additional 32% achieved significant improvement, 9% showed initial or some improvement; and 7% demonstrated no apparent change or improvement. Children as young as three years of age effectively applied self-hypnosis techniques. In general, facility in self-hypnosis increased with age. There was an inverse correlation ($p < .001$) between clinical success and number of visits, suggesting that prediction of responsivity is possible after four visits or less.

Adresse des ersten Autors:

Daniel P. Kohen, M.D.
Minneapolis Children's Medical Center
2525 Chicago Av.
Minneapolis, MN 55404, USA

EVOLUTION OF PSYCHOTHERAPY CONFERENCE

12. - 16. Dezember 1990

Anaheim/California

Organisation und Information:

The Milton H. Erickson Foundation
3606 North, 24th Str., Phoenix, Arizona 85016, USA

Zum Stand der Forschung in der Kinderhypnose

Siegfried Mrochen

Zusammenfassung: Der Beitrag referiert Forschungsergebnisse zur Hypnotisierbarkeit und zu den Voraussetzungen der hypnotherapeutischen Behandlung von Kindern. Erörtert werden hypnotische Phänomene im Kindes- und Jugendalter sowie die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Überprüfung. Es gibt genug klinisches Material zur Rechtfertigung des Einsatzes von Hypnose im Kindes- und Jugendalter; es gibt jedoch bislang keine schlüssige Theorie der Kinderhypnose.

Variablen kindlicher Suggestibilität

Morgan (1973, S. 60 ff.) geht davon aus, daß Hypnotisierbarkeit ein Produkt genetischer Vorgaben und familiärer Interaktionen darstellt. An den Anfang soll daher die Frage gestellt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Erbanlage gibt. Hierzu liegen zwei Untersuchungen vor (Morgan, E.R. Hilgard & Davert 1970; Morgan 1973); sie bedienten sich der Forschungsmuster mit eineiigen und zweieiigen Zwillingen. Die Korrelationen für die eineiigen Zwillinge (männl. $r = .54$, weibl. $r = .49$) waren bedeutend. Eineiige Zwillinge korrelierten deutlich höher ($r = .52$) als zweieiige gleichgeschlechtliche Zwillinge ($r = .18$). Übereinstimmungen gab es auch in der Beziehung zwischen den Kindern und den jeweils gleichgeschlechtlichen Elternteilen. Psychoanalytisch orientierte Autoren (Boswell 1962, Ambrose 1963, 1968, Call 1976, Krojanker 1969) richteten ihre Aufmerksamkeit auf Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung. Call (1976) folgert, daß Kinder mit dem Erleben eines starken, gut definierten Elternteils in stärkerem Maße hypnotisierbar sind als solche Kinder, deren Erfahrungen mit Elternteilen fragmentarisch oder indifferent waren. Andere Untersuchungen (Hilgard & Hilgard 1962, J.R. Hilgard 1970) zeigten, daß Personen, die sich nur schlecht mit bestimmten Gewohnheiten bzw. Einstellungen ihrer Eltern identifizieren konnten, eine geringere hypnotische Reaktionsbereitschaft hatten. Ähnliches gilt für die Identifikation mit dem elterlichen Temperament.

Das Familienklima gut hypnotisierbarer Personen bestand häufig aus einer Mischung von Wärme und Disziplin. Die Eltern von gut hypnotisierbaren Testpersonen neigten dazu, sich selber als strenger, ängstlicher und ungeduldiger einzustufen als dies bei Eltern weniger gut hypnotisierbarer Personen der Fall war (Cooper & London 1976).

Der Zusammenhang zwischen Hypnotisierbarkeit und Intelligenzentwicklung wird relativ einheitlich diskutiert. Kinder mit niedrigen und durchschnittlichen IQ-Werten