

„Hypnose“ und/oder „Hypnotische Kommunikation“ Kommentar des Herausgebers für Fallberichte

Hansjörg Ebell

Reichart (Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Jena) sowie Hansen und Zech (Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Regensburg) beschreiben ihre jeweilige ärztlich-supportive Rolle bei einer Tiefen Hirnstimulation. Durch aufmerksame Zuwendung und verbale Suggestionen werden dissoziative Phänomene induziert; dafür werden vor allem Bedingungen und Geschehnisse in der *äußeren Realität* (operatives Vorgehen) utlisiert, um in einer zugewandten Begleitung angemessene und hilfreiche (Auto-) Suggestionen zur Gestaltung der *inneren Erlebensrealität* der Patienten zu generieren. Hinzu kommt die nonverbale Verständigung, um über die ganze Zeit des Eingriffs eine angemessene Qualität und/oder ausreichende Tiefe der Trance (Dissoziation) zu ermöglichen. Für die Patienten ist die Präsenz der BegleiterInnen vor allem akustisch (Stimme, Intonation und suggestive Wortwahl) aber auch kinästhetisch (z.B. Händedruck) wahrnehmbar.

Worum geht es? Bei der sog. Wach-Kraniotomie zur Tiefen Hirnstimulation verursacht das Vorschieben der Sonden im Gehirn keine Schmerzen und der Patient sollte zudem bei der Teststimulation möglichst wach und kooperativ sein. Darum wird aus anästhesiologischer und neurochirurgischer Sicht von vornherein möglichst keine Narkose (Allgemeinanästhesie) verwendet. Unter der Bedingung einer örtlichen Betäubung des Kopfes besteht die klinische Herausforderung vor allem im professionellen Umgang mit den Ängsten und verschiedenen Belastungen der Patienten bei dem stundenlangen Eingriff; verwendet werden dazu Medikamente und/oder professionelle Zuwendung, wie hier anschaulich und überzeugend beschrieben.

Reichart bezeichnet sein Vorgehen als *Hypnose*. Er hat vorher die Suggestibilität getestet und den Patienten vor dem Eingriff selbständig Entspannung üben lassen; intraoperativ erfolgten Dehypnose und erneute Hypnose-Induktion. Hansen und Zech nennen ihr Vorgehen *hypnotische Kommunikation*; es wird an der Universitätsklinik Regensburg seit 2006 als bewährte Routine verwendet.

Kommentar zu den Fallberichten

Die Pressestelle der Universitätsklinik Jena titelte in einer Erklärung mit Foto aus dem Operationsaal vom 9. Januar 2017: „*Hirn-OP unter Hypnose: Premiere in der Neurochirurgie am UKJ.*“ Daraus wurde noch am selben Tag im Nachrichtenportal Thüringen24: „*Hirn-OP ohne Narkose: Ärzten der Uniklinik Jena gelingt Weltpremiere.*“ Auch wenn die Verlegung der Sonden und des Schrittmachers unter der Haut – in dem geschilderten Fall in Jena – zum Abschluss der Operation in Vollnarkose durchgeführt wurde, hatte diese Sensationsberichterstattung eine Fülle von Anfragen von JournalistInnen regionaler und überregionaler Zeitschriften sowie von Radio- und Fernsehsendern an die Experten der Fachgesellschaften zur Folge mit dem Thema „*Hypnose statt Narkose*“. Diese Welle breitete sich aus bis in das Forum der Hypnose-Liste der M.E.G. und führte zu kontroversen Diskussionen, die denen ähnlich waren, die erst kurz zuvor durch eine gründlich recherchierte Reportage im arte-Fernsehprogramm zu den „*wunderbaren Kräften der Hypnose*“ ausgelöst worden waren. Diskutiert wurde vor allem, ob exotische Ausnahmeberichte einer wünschenswerten Verbreitung fundierter Erkenntnisse über das erstaunliche Potential von Hypnose und/oder einer hypnotischen Kommunikation in der Medizin dienlich sind oder ob sie sich eher schädlich auswirken, weil sie negative Vorurteile gegenüber der Narkose transportieren oder fördern.

Anstatt eines sensationell aufgebauchten Entweder/Oder muss doch die entscheidende Frage sein, ob ein Ersatz der Narkose bzw. der örtlichen Betäubung durch Hypnose Vorteile bietet – verglichen mit kundigem professionellem „*lege artis*“-Vorgehen. Das große therapeutische Potential der Hypnose für die Abermillionen chirurgischer Eingriffe der täglichen Routine in Kliniken und Praxen liegt sicherlich nicht in der Schmerzkontrolle, sondern in der segensreichen Anwendung zum Umgang mit ängstlichen Erwartungen, mit Stress, in der Kontrolle des Unangenehmen schwieriger Umstände (wie z.B. das lange Stillliegen über Stunden mit dem in einem Metallring unverrückbar eingespannten Kopf in den beiden Fallgeschichten) oder ähnlichen Herausforderungen. Unter den Bedingungen aktueller klinischer und wissenschaftlicher Standards der Anästhesiologie wurden diesbezüglich z.B. an der Universitätsklinik in Liège/Lüttich profunde Erkenntnisse erarbeitet und erforscht. Dort wird die Kombination einer sog. Analgosedierung (Gabe eines hoch wirksamen Opioids in einer Dosierung, die niedriger ist als bei einer Narkose) mit örtlicher Betäubung (durch die Chirurgen) und Hypnose (Aufgabe der AnästhesistInnen) verwendet. Die positiven Auswirkungen bzw. Ergebnisse sind sehr beeindruckend, messbar und wissenschaftlich belegt (z.B. Faymonville, 2010).

Jegliche Sensationsberichterstattung zu der erstaunlichen therapeutischen Wirksamkeit von Hypnose (nicht nur als Ersatz für eine Narkose, sondern insbesondere auch in der Psychotherapie bei spektakulären Veränderungen in besonders schwierigen Fällen – am besten nach nur einer Sitzung) hat auf jeden Fall den großen Nachteil, dass von PatientInnen und in der Regel auch von ÄrztInnen und TherapeutInnen angenommen wird, dass die jeweils verwendete Hypnosetechnik besonders

mächtig sei und solche Effekte zuverlässig gewährleisten könne. Dies ist ganz sicher nicht der Fall, auch wenn dieser Aspekt in einer Fachdiskussion unter Hypnose-ExpertInnen vor dem Hintergrund von wissenschaftlicher Literatur und klinischer Erfahrung diskutiert werden sollte – wie z.B. in dieser Ausgabe der Hypnose-ZHH in Ergänzung der konkreten Fallschilderung. Geblendet durch spektakuläre Einzelfälle ist es nicht so einfach, den eigentlichen Kern des Faszinosums „Hypnose“ zu erkennen: *Viele unserer PatientInnen verfügen über erstaunliche und ungeahnte Fähigkeiten und Möglichkeiten, wenn sie professionell und hypnotherapeutisch kundig begleitet werden* (z.B. um mit den Herausforderungen invasiver, medizinischer Eingriffe wie einer Tiefen Hirnstimulation umzugehen).

„Unsere Großväter und Ahnen sind durch Mittel geheilt worden, über die unsere Medizin von heute mitleidig lächelt, ebendieselbe Medizin, deren Behandlungsarten wiederum die Wissenschaft der nächsten fünfzig Jahre mit dem gleichen Lächeln als unwirksam und vielleicht sogar gefährlich abtun wird. Denn wo immer überraschende Heilung sich vollzieht, hat die Suggestion ungeahnt mächtigen Anteil.“ So formulierte es Stefan Zweig (1931) in seinen inhaltlich und sprachlich großartigen Gedanken zu einer „Heilung durch den Geist“.

Ist also die Suggestion der gemeinsame Nenner von Hypnose und/oder hypnotischer Kommunikation?

Sigmund Freud hat in dem historischen Streit zwischen Charcot, dem führenden Neurologen Ende des 19. Jahrhunderts, an der Salpêtrière in Paris (mit theatralischen Hypnose-Vorführungen von Patientinnen gemäß seinem Hysterie-Erklärungsmodell) und ärztlichen Praktikern in der Provinzstadt Nancy für die „Suggestion und ihre Heilwirkung“ Partei ergriffen. Er übersetzte Bernheims (1888) gleichnamiges Buch ins Deutsche und behandelte seine PatientInnen entsprechend mit Hypnose. Ein Suggestionserklärungsmodell bzw. ein zu Grunde liegendes, naturwissenschaftlich geprägtes Ursache-Wirkungsdenken hat methodisch die klinische Forschung bestimmt bzw. zu den messbaren Effektstärken geführt, die den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006) überzeugt haben, Hypnose als wirksame Methode bei bestimmten Indikationen anzuerkennen (Revenstorf, 2006). Heute kann die Wirksamkeit von Suggestionen, d.h. was gesagt wird und wie es gesagt wird, im medizinischen Kontext als gesichert gelten – mit oder ohne formale Tranceinduktion (z.B. Cyna, 2011; Häuser et al., 2016, 2012; Kekecs & Varga, 2013; Varga 2011). Hansen und Zech verweisen diesbezüglich in ihrer Darstellung auf Arbeiten von Cheek, der schon früh betont hat, dass die Wirksamkeit von Suggestionen bzw. der Zugang zu dem erstaunlichen seelischen und körperlichen therapeutischen Potenzial der Patienten im klinischen Kontext unabhängig davon ist, ob formelle Hypnosetechniken verwendet werden oder nicht.

Man kann die Hypnose heute sowohl als wirksame, suggestive Intervention verstehen und untersuchen als auch ein komplexeres Beziehungsmodell zu Grunde legen. Betty Alice Erickson (2013) zitiert ihren Vater, Milton H. Erickson, wie folgt: „Hyp-

Kommentar zu den Fallberichten

nosis isn't something done to someone, rather therapist and client together enter a relational field, where the conscious awareness and the unconscious of two persons are connected.“ Entsprechend wird Hypnose in hypno-systemischen Modellen, vor allem im psychotherapeutischen Kontext (Haley, 2015; Bonshtein, 2012), verstanden als ein *interpersoneller* bzw. *intersubjektiver Austausch*, der für therapeutische Ziele genutzt werden kann. Es hätte erhebliche Konsequenzen für die gesamte Medizin, wenn sich die Erkenntnis durchsetzen würde, dass therapierelevante Effekte, die vordergründig „mächtigen“ Hypnose-Techniken zugeordnet werden, auch durch eine ganz unspektakuläre, aber hypnosystemisch kundige Art und Weise, verbal und nonverbal mit unseren PatientInnen *therapeutisch zu kommunizieren* (Ebell, 2017), ausgelöst werden können. Unter der Bedingung der Kooperation von TherapeutInnen und PatientInnen auf der Beziehungsebene werden aus Suggestionen *Vorschläge* – gemäß der ursprünglichen Bedeutung des Wortes im Englischen und Französischen.

Aber wie erklärt sich dann die erstaunliche Wirksamkeit von Suggestionen?

Konstruktivistisch-systemisch geht man von der Annahme aus, dass bei Menschen als komplexen, selbstregulierenden Systemen, jedes präsentierte *Problem* auch als eine *optimale Lösung unter den gegebenen Bedingungen* verstanden werden kann. Dies impliziert, dass *geeignete Vorschläge* zu entscheidenden Impulsen werden und relevante Veränderungen nach sich ziehen können. Geeignet heißt z.B., dass die Suggestionen zum richtigen Zeitpunkt kommen, dem Kontext angemessen sind sowie bewusst und unbewusst angenommen bzw. übernommen werden. Da jede Veränderung zum Besseren (wie natürlich auch zum Schlechteren) nicht vollständig kontrolliert werden kann, wird eine Besserung (Lösung, Heilung) verstanden als *Emergenz* des Systems; sie kann nur in dem Fall eintreten, dass sie in diesem System möglich ist – ganz gleich wie sehr sie gewünscht oder benötigt wird (Willke, 2005). Im Klartext: Therapieerfolge können nicht erzwungen werden – auch nicht durch die Macht der Hypnose und/oder von Suggestionen. Aus dieser Perspektive werden Hypnose und Selbsthypnose zu einer besonderen Variante eines professionell-zwischenmenschlichen Austauschs im therapeutischen Kontext (*Resonanz*) in einer vertrauensvollen Atmosphäre. Hypnose und Selbsthypnose dienen einer gemeinsamen Ressourcensuche bzw. der Zusammenarbeit von TherapeutInnen und PatientInnen, um in einem objektiv angemessenen Gesamt-Therapiekonzept individuelle Möglichkeitsräume zu erschließen. Übersetzt in eine didaktische Darstellung (Ebell, 2017, S. 191) repräsentieren Hypnose und Selbsthypnose keine exotischen Extras, sondern formen die Spitze einer Pyramide mit aufeinander aufbauenden Elementen bzw. Ebenen der *therapeutischen Kommunikation*.

Zurück zu den beiden Fallgeschichten und der professionellen Fachdiskussion:

Wenn PatientInnen das Glück haben, mit solch engagiertem, therapeutischem Handeln wie in den Fallgeschichten in Kontakt zu kommen, gilt „*Wer heilt hat Recht*“ oder „*Viele Wege führen nach Rom*“ – ganz gleich wie man es etikettiert. In der professionellen, kritischen Reflexion unseres beruflichen Handelns geht es aber sehr wohl auch um unsere Erklärungsmodelle und die verwendeten Begriffe und um Fragen wie: Worin bestehen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von *Suggestion* und *Hypnose*, von *hypnotischer* und/oder *therapeutischer Kommunikation* sowohl im Vorgehen als auch in den Begründungen? Was ist für welchen Kontext angemessen und was wirkt wie? Gibt es Schnittmengen oder schließt es sich gegenseitig aus? Vor allem auch die Frage der Lehre ist wichtig: Was kann am ehesten so überzeugend vermittelt und gelehrt werden, dass immer mehr ÄrztInnen und TherapeutInnen „Hypnose“ immer häufiger und professioneller zum Segen ihrer PatientInnen verwenden und wissenschaftlich erforschen?

Ich glaube, dass jede detailliert beschriebene, klinische Kasuistik für wissenschaftlich konzeptuelle Diskussionen höchst interessant ist, auch wenn sie „nur“ einen einzelnen Fall beschreibt. Gute Fallgeschichten sind gewissermaßen zeitlos gültig – insbesondere auch dann, wenn benützte historische Erklärungen für spätere Leser nicht mehr nachvollziehbar sein oder gar befremden sollten; James Braids Namensschöpfung *Hypnose* sei hier ausdrücklich mit eingeschlossen.

Für die therapeutische Kreativität und Haltung wirkt es sich meines Erachtens eher befreiend aus, wenn die sog. Macht der Hypnose und/oder des Hypnotiseurs nicht mehr als Ausschlag gebend erachtet werden, sondern die Ressourcen, Fähigkeiten und Möglichkeiten unserer Patienten. Diese Perspektive ermöglicht sowohl die nüchterne Kühle einer skeptisch-wissenschaftlichen Forscherhaltung (als notwendigem Antidot zu Wunschenken, Missionarismus und Allmachtsphantasien) als auch die empathische Wärme klinisch-therapeutischen Beziehungsdenkens i.S. einer *Resonance based Medicine* (Ebell, 2017).

Es würde mich freuen, wenn die Beiträge von Reichart sowie Hansen und Zech und mein Kommentar eine kollegiale Diskussion auslösen würden, die weiterführt – am liebsten verbunden mit der Übersendung anschaulicher Fallberichte aus welchem Therapiekontext auch immer (ggf. bitte an die verbindliche *Gliederungsvorgabe* denken; siehe die diesem Kommentar vorausgehenden *Hinweise* auf S. 230).

Literatur

- Bernheim, H. (1888). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Sigmund Freud (Faksimile). Tübingen: edition diskord.
- Bonshtein, U. (2012). Relational Hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 60(4), 397-415.
- Cyna, A. M., Andrew, M.I., Tan, S. G. M., & Smith, A. F. (2011). *Handbook of communication in anesthesia and critical care: A practical guide to exploring the art*. New York, NY: Oxford University Press.

Kommentar zu den Fallberichten

- Ebell, H. (2017). Hypno-therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin ("Resonance Based Medicine"). *Hypnose-ZHH*, 12(1+2), 173-202.
- Erickson, B.A. (2013). Zitat von M.H. Erickson. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie in Bad Lippspringe (Mitschrift H. Ebell).
- Häuser, W., Hansen, E., & Enck, P. (2012). Nocebophänomene in der Medizin. Bedeutung im klinischen Alltag. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(26), 459-65.
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendungsmöglichkeiten medizinischer Hypnose. Eine systematische Übersicht von Metaanalysen. *Deutsches Ärzteblatt*, 113 (17), 289-96 (plus Zusatzmaterial: DOI: 10.3238/arztebl.2016.0289).
- Haley, J. (2015). An interactional explanation of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(4), 422-443. (Erstveröffentlichung 1958 im *American Journal of Clinical Hypnosis* 1(2), 41-57).
- Kececs, Z., & Varga, K. (2013). Positive suggestion techniques in somatic medicine: A review of the empirical studies. *Interventional Medicine & Applied Science*, 5, 101-111.
- Revenstorf, D. (2006). Editorial. *Hypnose-ZHH* 1(1+2), 4-6.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* 1(1+2), 7-164.
- Varga, K. (2011). *Beyond the words: Communication and suggestion in medical practice*. New York, NY: Nova Science Publishers.
- Willke, H. (2005). *Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge der Intervention in komplexe Systeme*. Stuttgart: Lucius & Lucius. (4. Auflage)
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 165-172.
- Zweig, S. (1931). *Die Heilung durch den Geist. Mesmer – Mary Baker-Eddy – Freud* (zit. nach *Gesammelte Werke in Einzelbänden*, 4. Auflage 2007; S. 50). Frankfurt a.M.: Fischer Verlag.

Grüß Gott MEG-Österreich

Nach der *ghyps* im letzten Jahr möchte ich dieses Jahr auch die *MEG-Österreich* als neue herausgebende Gesellschaft unserer Zeitschrift begrüßen. Ihre Mitglieder werden von nun an auch reguläre Abonnenten und erhalten jedes Jahr im Herbst ein Doppel-Heft von *Hypnose-ZHH* – dieses Jahr sind es zwei Einzelhefte, denn zum 40. Geburtstag der M.E.G. haben wir ein eigenes Heft gestaltet, welches aber gleichzeitig mit dem vorliegenden Themenheft ausgeliefert wird

München, April 2018

Burkhard Peter