

Hypnose in der ärztlichen Psychotherapiepraxis

Zusammenfassung:

Als Ärzte sind wir zu einer dauernden Gratwanderung herausgefordert: einerseits gilt es, jede geklagte Symptomatik ernst zu nehmen und daraufhin zu untersuchen, ob sie als Folge einer objektiv nachweisbaren Störung zu verstehen und ggf. ursächlich zu behandeln ist; andererseits müssen wir uns oft, um unsere Patienten sinnvoll behandeln zu können, auf ein „dahinter“ liegendes Eigentliches (Gefühle, Konflikte, Erschöpfung u.a.) konzentrieren – also den Kontext und das Beziehungssystem und gerade nicht die Symptomebene fokussieren.

Dieser Aspekt der ärztlichen (Psychotherapie-)Praxis ist zentral für alle Patienten mit psychosomatischen Störungen sowie bei chronischen Erkrankungen – schätzungsweise etwa die Hälfte aller Patienten in einer allgemeinärztlichen Praxis. Hypnose und Selbsthypnose können hier – differenziert eingesetzt - gute Dienste leisten: sowohl für therapeutische Ziele als auch zur diagnostischen Abklärung. Insbesondere können sie dazu dienen, die Betroffenen selbst als individuelle und einzigartige Personen bzw. ihre „Ressourcen“ in ein multimodales und interdisziplinäres Gesamt-Therapiekonzept einzubeziehen. Langfristig ist dies ein wesentlicher Beitrag zu einer möglichst weitgehenden Emanzipation von Abhängigkeiten durch die Erkrankung (Hypnose und Selbsthypnose zur *Symptomkontrolle*) als auch im Behandlungssystem (optimales „Coping“ bzw. Selbstmanagement durch *Förderung der persönlichen Entwicklung*).

Sowohl für uns Ärzte (als „Spezialisten für die objektive Dimension“) als auch für unsere Patienten (als „Spezialisten für die subjektive Dimension“) ist dabei ein bio-psycho-soziales Störungsverständnis eine ‚conditio sine qua non‘.

Schlüsselwörter: Hypnose, Selbsthypnose, ärztliche Psychotherapie, Psychosomatik

Patienten suchen einen Psychotherapeuten seltener direkt auf (z.B. wegen Existenzängsten, Konflikten, suizidaler Gefährdung o.ä.), sondern gehen meist zu Haus- oder Fachärzten mit vielfältigen Klagen über körperlich erlebte Beschwerden. Diese sog. „**funktionellen**“ und „**somatoformen**“ **Beschwerdesyndrome**, die sich nicht durch Organbefunde erklären lassen, sind Ausdruck von Ängsten und Leiden, von Verzweiflung und Konflikten (u.v.a.m.) und liegen wahrscheinlich bei schätzungsweise mindestens der Hälfte aller hausärztlich bzw. allgemeinärztlich versorgten Patienten vor (1,2). **Der objektive Befund erklärt nicht oder nur teilweise das Befinden.**

Hinzu kommt ein hoher und stark ansteigender Anteil von Patienten, die über Jahre bis Jahrzehnte wegen **chronischer Erkrankungsverläufe** behandelt werden müssen (z.B. Krebserkrankungen, rheumatische Erkrankungen, chronifizierte Schmerzsyndrome usw.) (3,4). Bei diesen führen viele persönliche bzw. seelische Belastungen und Störungen zu einer Verschlechterung der bestehenden Symptomatik bzw. Mehrbedarf an (psycho-)therapeutischen Interventionen – ohne, dass sich die Grunderkrankung verändert haben muss bzw. das Therapiekonzept grundlegend abgeändert werden müsste.

Die vorgestellten klinischen Schlussfolgerungen zum Stellenwert der Hypnose sind aus meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit erwachsen: zwei Jahre allgemeinärztliche Tätigkeit, vier Jahre Anästhesie, drei Jahre Intensivmedizin, neun Jahre universitäre Schmerzambulanz (davon drei Jahre psychotherapeutische Tätigkeit im Rahmen eines klinischen Forschungsprojektes zur Wirksamkeit von Selbsthypnose bei Tumorkranken mit starken Schmerzen^{*}) und neun Jahre als „kassenärztlicher“ Psychotherapeut in eigener Praxis mit Schwerpunkt auf der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen und chronischen Erkrankungen. Die Beschäftigung mit Hypnose und Selbsthypnose hat mich seit 25 Jahren, seit Beginn meiner anästhesiologischen Tätigkeit, fasziniert und ist mit meiner beruflichen und persönlichen Entwicklung mitgewachsen. Sie ist Teil meiner Bemühungen geworden – um eine Analogie zu verwenden - für die Tätigkeit auf dem komplexen „*Gelände*“ der Psychosomatik bzw. des Überschneidungsbereiches von Medizin und Psychotherapie *biopsychosoziale „Landkarten“* zu meiner Orientierung zu verwenden bzw. selbst zu entwickeln.

^{*} gefördert aus Mitteln der Deutschen Krebshilfe – Mildred Scheel Stiftung

Diese Analogie dient in den folgenden Ausführungen als didaktischer Leitfaden. Zur Orientierung werden fünf psychosomatische „Landkarten“ vorgeschlagen. Ein klinisches Fallbeispiel dient zur Veranschaulichung.

„Landkarte 1“

Ärztliches Interventionsdenken:

Objektivierung zur Ermittlung möglicher **Behandlungsmaßnahmen** mit dem Ziel einer **ursächlichen Behandlung** oder zur **Symptomkontrolle**.

„Experten“-Wissen liegt bei den (Fach-)Ärzten bzw. beauftragten Spezialisten.

Ergebnis: (Ausschluss-) **Diagnostik**

Wenn wir in unserer ärztlichen Praxis psychotherapeutisch tätig sind oder als ärztliche Psychotherapeuten mit akut und chronisch Kranken arbeiten, sind wir zu einer dauernden **Gratwanderung zwischen Interventions- und Beziehungsdenken** herausgefordert: einerseits gilt es, jede geklagte Symptomatik ernst zu nehmen und daraufhin zu überprüfen, ob sie (auch) als Folge einer objektiv nachweisbaren Störung zu verstehen ist und ggf. ursächlich behandelt werden sollte; andererseits liegt unsere Hauptaufgabe darin, ein „dahinter“ liegendes Eigentliches (Emotionen wie Ängste und unterdrückte Wut oder eine gravierende Erschöpfung, eine Depression und/oder Konflikte im Beziehungssystem von Partnerschaft, Familie und Arbeitsplatz u.v.a.m.) zu fokussieren, um unsere Patienten sinnvoll behandeln zu können (5,6).

„Landkarte 2“

Beziehungsdenken:

Subjektivierung zur Klärung, **worum es „eigentlich“ geht**, um eine **persönliche Entwicklung zu fördern**

„Experten“-Wissen liegt bei den Betroffenen selbst

(Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen, Konflikte usw.)

Voraussetzung für eine (Psycho-) **Therapie**

Hypnose und Selbsthypnose können – differenziert eingesetzt – bei psychosomatisch und chronisch Kranken gute Dienste leisten: sowohl für therapeutische Ziele als auch zur diagnostischen Abklärung. Insbesondere können sie dazu dienen, die bisherigen Erfahrungswerte und das individuelle und einzigartige Wissen der Betroffenen selbst als „Ressourcen“ in ein multimodales und interdisziplinäres Gesamt-Therapiekonzept einzubeziehen.

Für die Indikationsstellung von Hypnose und Selbsthypnose haben sich für mich die beiden nächsten Perspektiven („Landkarten“) bewährt:

„Landkarte 3“**Arbeit mit Hypnose (Therapeutenperspektive) als supportivem Instrument für Diagnostik und Therapie:**

- Wie kann die **Macht von Sprache und nonverbaler Kommunikation (direkte und indirekte Suggestionen)** für **symptombezogene Interventionen** genutzt werden?

Medizinische Hypnose: Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, Notfall- und Krisensituationen, Linderung von Nebenwirkungen durch Therapien (z.B. Übelkeit und Erbrechen bei Chemotherapie u.v.a.m.).

- Wie können **„Coping“ und persönliche Entwicklungsprozesse gefördert werden?**

Therapeutenperspektive: Inwiefern sind Hypnose (Selbsthypnose) oder hypnotische Kommunikationsprinzipien (die Verwendung von direkten und indirekten Suggestionen) als Interventionen geeignet, um Symptome zu lindern und/oder persönliche Entwicklungen anzuregen bzw. zu fördern, die den Umgang mit der vorliegenden Erkrankung und ihrer Symptomatik ermöglichen und/oder erleichtern?

„Landkarte 4“**Erfahrungen in Hypnose und Selbsthypnose (Patientenperspektive):**

Wie erhalten wir **Zugang zu wesentlichen Erfahrungen** des persönlichen, **„heilsamen“ psychophysiologischen Potentials** sowie **nicht bewusster „Ressourcen“** und **„Hindernisse“** für die Therapie?

Patientenperspektive: In Hypnose und Selbsthypnose können die Patienten überraschende Erfahrungen machen. Wenn sie lernen können, darauf zu vertrauen, dass eine optimale (nicht bewusste) psychophysiologische Steuerung die Kontrolle so übernehmen kann, dass Linderung und Hoffnung möglich sind, dann werden die bisherigen Grenzen, an die sie gestoßen sind und das Ausmaß ihres Leidens veränderbar. Zusätzlich können - im Rahmen einer vertrauensvollen und belastungsfähigen Arzt-Patient-Beziehung bzw. in einer längerfristigen psychotherapeutischen Zusammenarbeit - ein tieferes Verständnis bisheriger Schwierigkeiten entstehen und persönliche Fähigkeiten („Ressourcen“) erschlossen werden.

Die wertvolle Unterstützungsfunktion, die die Anwendung von Hypnose (aus der Therapeutenperspektive als „Technik“) bzw. das Erleben von Hypnose und Selbsthypnose (aus der Patientenperspektive als „Erfahrung“) haben kann, soll im Folgenden durch ein **Fallbeispiel** veranschaulicht werden: Frau K. litt an einer primären pulmonalen Hypertonie ungeklärter Ätiologie, als sie sich zum ersten mal wegen psychotherapeutischer Unterstützung an mich wandte. Die vereinbarte Psychotherapiemaßnahme (Verhaltenstherapie von insgesamt 50 Stunden, ergänzt durch Hypnose und Selbsthypnose) erstreckte sich niedrig frequent über insgesamt 4 Jahre (Juli 1997 bis September 2001).

Kasuistik

Frau K. (32 Jahre)

Diagnosen: Jahrelang bestehende und kontinuierlich zunehmende **primär pulmonale Hypertonie mit schwerer Gasaustauschstörung und Trikuspidalinsuffizienz.** (Beidseitige Lungentransplantation im Januar 2000), **Anpassungsstörung auf schwere Belastung** (ICD10 F 43.22).

Hypnose und Selbsthypnose leisten im Rahmen einer Psychotherapie (VT) einen konstruktiven Beitrag **zur Copingunterstützung** (Förderung von Symptomkontrolle und notwendigen persönlichen Entwicklungsschritten).

Objektive Ebene

Beginn der Therapie **7/97**

Sauerstoffpflicht

Diagnostik **3/98**

Eintrag Transpl.-Liste **3/99**

„Erster Anlauf“ **10/99**

Bds. Lungentransplantation **1/00**

PTBS

Rentenantrag **11/00**

Verschiedene Symptome

Beendigung der Therapie **9/01**

Subjektive Ebene

Hypnose/Selbsthypnose zur Symptomkontrolle:

- Lunge
- Atemnot
- „anforderungsfreier Raum“

Entscheidungen treffen:

- Cortison absetzen
- Zustimmung zur Transpl.

Offene Imaginationen

„Zwickmühle“

Ruhe-Hypnose (keine Bilder)

Humor und Ernsthaftigkeit

„Krankheit ist ein Scheiß-Job, aber was soll's!“

Die Motivation der Patientin für eine Psychotherapiemaßnahme entstand aus der Suche nach Unterstützung für ihre persönlichen Coping-Bemühungen. Sie zeigte von Anfang an großes Interesse an Hypnose und Selbsthypnose. Zu Beginn der Therapie (Anfangsdiagnose: interstitielle Pneumonie) wurde vor allem die Unterstützung gegen den progressiven Leistungsabfall bzw. dessen Ursache (fibrotischer Umbau der Lunge) durch Heilungs- bzw. Reparatur-Imaginationen des Lungengewebes sowie die Linderung von Ängsten bzw. Atemnot thematisiert. In Anbetracht der vielen Untersuchungs- und Behandlungstermine (und den damit verbundenen vielfältigen negativen Fremd- und Autosuggestionen!) ging es dann darum, einen „inneren anforderungsfreien Raum voll Ruhe, Gelassenheit und Zuversicht“ zu schaffen, um diese Einflüsse zu sichten und ggf. zu „neutralisieren“. Nachdem durch eine starke Ruhedyspnoe bzw. in der Folge Sauerstoffpflicht die Frage des ‚Für und Wider‘ einer Lungentransplantation unabweislich auf der Tagesordnung stand, diente die „innere Bühne“ oft auch zur Klärung des weiteren Vorgehens: z.B. ob sie die Cortisonmedikation, die von erheblichen Nebenwirkungen geprägt war, beenden sollte, da die ärztlichen Spezialisten sie bei dieser Frage im Stich ließen. (Diese argumentierten, dass Cortison zwar „wahrscheinlich nichts helfe, aber auch nicht ausgeschlossen sei, dass es etwas bringe“; durch die spätere exakte Diagnose einer primär pulmonalen Hypertonie wurde ihre Entscheidung im nachhinein als richtig bestätigt.)

Nach ihrem Entschluss zur Transplantation (wobei diesbezüglich Gespräche mit einem engagierten Klinikseelsorger wesentlich waren) bestimmten „offene Imaginationen“ zu verschiedenen aktuellen Themen (Ängste, Erschöpfung u.ä.) die Zusammenarbeit. Der erste Anlauf zur Lungentransplantation im Oktober 1999 misslang: Die Patientin befand sich schon in der Schleuse zum Operationssaal als alles abgeblasen wurde, und sie erfuhr, dass das vorgesehene Organ doch zu lange unterwegs gewesen sei, um noch mit Aussicht auf Erfolg transplantiert zu werden. Danach befand sich die Patientin in einer ethisch-moralischen „Zwickmühle“: „Wie kann ich mir denn wünschen bzw. mich dafür bedanken, dass möglichst bald wieder ein Organ zur Verfügung steht, wenn das bedeutet, dass jemand für dieses Danke gestorben ist?“ Anfang Januar 2000 gelang dann eine beidseitige Lungentransplantation. Postoperativ war auf der Intensivstation eine Reintubation mit assistierter Beatmung erforderlich. Im Rahmen eines Durchgangssyndroms traten grauenerregende (vor allem visuelle) Halluzinationen auf. Frau K. entwickelte in der Folgezeit typische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Deswegen wurde in der ambulanten Therapiephase, die auf die sechswöchige Rehabilitationsmaßnahme bzw. Anschlussheilbehandlung (AHB) folgte, auf innere Bilder verzichtet und stattdessen „Ruhe“-Hypnosen verwendet. Im weiteren Verlauf des ersten postoperativen Jahres spielte die innere Auseinandersetzung zu Möglichkeiten und Risiken ihrer weiteren – vor allem beruflichen - Perspektive eine große Rolle. Diese führte zu der Entscheidung, die Rente zu beantragen, da die Fortsetzung ihrer Tätigkeit als Lehrerin (alleine schon wegen des Infektionsrisikos unter der lebenslang notwendigen Gabe von Immunsuppressiva) nicht mehr möglich schien. Der Humor von Frau K. war eine große Ressource, vor allem in Anbetracht der Erkenntnis, dass sie mit ihrer Ernsthaftigkeit bzw. mit dem, was sie erfahren musste, sich von Gleichaltrigen (incl. eines sehr engagierten und involvierten Freundeskreises) stark entfremdet fühlte, da diese sich weder eine Vorstellung davon machen könnten, was sie durchgemacht habe, noch erfassen, was es bedeutet, solche Erfahrungen gemacht zu haben. Zuletzt (2001) spielten verschiedene medizinische Probleme die Hauptrolle: z.B. unklare Fieberzustände (natürlich immer verbunden mit der Sorge, dass es sich um eine Abstoßungsreaktion handeln könnte - was zum Glück nicht der Fall war) und starke, unregelmäßige Menstruationsblutungen. Es wirkte auf sie wie eine „Retraumatisierung“ als eine Operation (Abrasio) mit Narkose und kurzem anschließenden Aufenthalt auf einer Intensivstation erforderlich wurde. Abschließend fasste die Patientin ihre Entwicklung bzw. ihren aktuellen Standpunkt so zusammen: „Krankheit ist ein Scheiß-Job, aber was soll's!“ *(An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich und ganz herzlich bei Frau K. für Ihr Interesse und Ihre Mitarbeit bei der Vorbereitung des Vortrages und der Veröffentlichung bedanken!)*

Supportive, therapeutische Aspekte von Hypnose und Selbsthypnose im Kontext der psychotherapeutischen Begleitung von Frau K.:

- Erfahrung von Anderem/Neuem
- Kraft schöpfen
- Einfach „nur“ verstehen
- Hilflosigkeit anerkennen
- Selbstvertrauen in eigene Strategien stärken
- Entscheidungshilfe (z.B. Transplantation ja/nein)
- Umgang mit den Auswirkungen der Therapie (insbes. Halluzinationen nach Transplantation)
- Bilder für Gefühle finden
- Loslassen können bzw. Verantwortung völlig abgeben
- Vertrauen schöpfen
- Anerkennen was ist

In einer gemeinsam erarbeiteten abschließenden Bilanz betonte die Patientin, dass es sehr wichtig war, die jeweiligen Therapieziele immer wieder abzuändern – entsprechend dem Verlauf der Erkrankung und den „objektiven“ Herausforderungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen bzw. ihrer damit verbundenen „subjektiven“ Befindlichkeit. Wertvoll waren ihr auch die Relativierung bzw. Emanzipation von vielfältigen negativen Fremd- und Auto-Suggestionen im Verlauf der Behandlung. Eine zentrale Entwicklungslinie, den „roten Faden“, sah sie rückblickend vor allem darin, dass sie von ihrem zielgerichteten „Ich muss!“ (gerichtet auf Heilung bzw. Wiederherstellung ihrer erkrankten Lunge) zu Beginn der Therapie über die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit bzw. Begleitung hinauf zu einem „Geschehen lassen“ und „Anerkennen, was ist“.

Im Hinblick auf die in der Einleitung genannten Ausgangsvoraussetzungen für die Mehrheit der Patienten in der allgemeinärztlichen Versorgung (d.h. für Millionen von psychosomatisch und chronisch kranken Patienten) sehe ich **zwei zentrale Aufgaben der ärztlichen Psychotherapie**: Erstens, die mittel- und langfristige **Begleitung von chronisch Kranken** (Krisenintervention und Coping-Unterstützung) sowie zweitens, die psychosomatische **Abklärung und Therapie „somatoformer Störungen“**.

Im Rahmen dieses Vortrags wurden die Aspekte der Begleitung bei chronischer Erkrankung in den Vordergrund gestellt. Ausführungen und Fallbeispiele zum Stellenwert von Hypnose und Selbsthypnose im Hinblick auf den zweiten Schwerpunkt der ärztlichen Psychotherapie, die psychosomatische Abklärung und Therapie von Patienten, bei denen der objektiv zu erhebende Befund das Befinden nicht erklären kann, würden den Rahmen dieser Darstellung sprengen.

Hypnose (und Selbsthypnose) bewähren sich in der ärztlichen Psychotherapiepraxis insbesondere, um mit den Patienten gemeinsam als „Partner“ ein interdisziplinäres und multimodales Gesamt-Therapie-Konzept zu erarbeiten. In einer solchen Kooperation sind Hypnose und Selbsthypnose wertvolle Instrumente, das Wissen der Ärzte (als Spezialisten für die „objektive“ Ebene und mögliche Interventionen) und der Patienten (als Spezialisten für die Hindernisse und Ressourcen auf der „subjektiven“ Ebene) zusammenzubringen, um ein pragmatisch kooperatives „Sowohl als auch“ zu gestalten, das weiter führt als jedes methodenpuristische „Entweder oder“.

Unter der Voraussetzung eines bio-psycho-sozialen Störungsverständnisses ergeben sich folgende Indikationen für Hypnose und Selbsthypnose als supportives Instrument in der ärztlichen Psychotherapiepraxis:

Hypnose in der ärztlichen Psychotherapiepraxis

- zur **Krisenintervention**
- zur **Förderung individuellen „Copings“**
(z.B. bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, aber vor allem bei chronisch Kranken)
- zur Unterstützung bei der **psychosomatisch fundierten Abklärung und Therapie** (vor allem bei „Befindlichkeitsstörungen“)
- zum **Aufbau** eines psychotherapeutischen „**Arbeitsbündnisses**“ bzw. einer belastungsfähigen und vertrauensvollen therapeutischen **Beziehung** (ggf. auch zur Förderung der Motivation der Patienten, sich auf Psychotherapie in einem kollegialen Überweisungskontext einzulassen), d.h. einer **psychotherapeutischen Zusammenarbeit i.e.S.**

Zum Abschluss und zur gegenwärtig noch notwendigen Demystifikation sei darauf hingewiesen: Hypnose ist selbstverständlich kein Allheilmittel. Wie bei jeder anderen ärztlichen Intervention (z.B der Verordnung von Digitalis und Diuretika oder Antiarrhythmica zur Behandlung einer cardialen Problematik) gilt es, das ‚Für und Wider‘ abzuwägen und die Verantwortung dafür zu übernehmen (7,8,9). Darum eine letzte „Landkarte“ zum Schluss, die die Ärzte, die sich für Hypnose interessieren und eine entsprechende Aus- bzw. Weiterbildung absolviert haben, verwenden (sollten), um das supportive Instrument Hypnose selbstkritisch zu prüfen bzw. seine Erprobung abzuwägen.

„Landkarte 5“

Welchen Stellenwert können Hypnose und/oder Selbsthypnose in einem interdisziplinären und multimodalen Gesamt-Therapie-Konzept haben?

Unter dem zeitgenössischen Begriff „Hypnose“ bzw. „Selbsthypnose“ verstehe ich den Zugang zu einem erstaunlichen (archaischen) psychophysiologischen Potential, das sich im Rahmen einer therapeutischen Beziehung aus der Zusammenarbeit von Arzt und Patient als jeweilige „Experten“ für objektive und subjektive Aspekte entwickeln und genutzt werden kann. Dies gilt sowohl im Hinblick auf therapeutisch erstaunlich effektive nicht bewusste psychophysiologische Regulationsvorgänge als auch für Möglichkeiten der diagnostischen Klärung.

Ärztlichen Psychotherapeuten kann es gelingen, die erforderliche andauernde Grat-Wanderung zu bewältigen: In Sinne der unabdingbar notwendigen und juristisch einklagbaren Ausschlussdiagnostik und dem damit verbundenen (an der ursächlichen Behandlung von Störung orientierten) **Interventionsdenken** können wir eine geklagte Symptomatik beachten und fokussieren. Bei Anwendung von Selbsthypnose können wir gemeinsam mit den Patienten an einer Veränderung arbeiten. Auf dem Hintergrund von medizinischem Wissen und klinischer Erfahrung kann im Idealfall parallel dazu (im Sinne des gleichfalls erforderlichen **psychosomatisch-psychotherapeutischen Beziehungsdenkens**) die Symptomatik daraufhin untersucht und bearbeitet werden, ob sie (auch) als Ersatz bzw. Symbol für innere Zusammenhänge steht, die „eigentlich“ zu klären und zu behandeln sind. Ärzte und Patienten sind so viel besser in der Lage, eine gegebene Symptomatik „gelassen“ zu behandeln, um iatrogene Verschlimmerungen zu vermeiden bzw. eine angelaufene sog. „Chronifizierungsspirale“ nicht zu beschleunigen oder intensivieren.

Literaturverzeichnis:

1. Nickel, R., U.T. Egle: Therapie somatoformer Störungen. Schattauer, Stuttgart 1999
2. Rudolf, G., P. Henningsen: Somatoforme Störungen. Schattauer, Stuttgart 1998
3. Uexküll, Th. von: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer, Stuttgart 1994
4. Deter, H. Chr.: Angewandte Psychosomatik. Thieme, Stuttgart 1997
5. Meermann, R., Vandereycken W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis. Schattauer 1991
6. Strauß, B., A.E. Meyer: Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, Stuttgart 1994
7. Revenstorf, D., B. Peter (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Springer, Berlin 2001
8. Kossak, H.-Chr.: Hypnose. Ein Lehrbuch. Psychologie Verlags Union / Beltz 1997
9. Kaiser-Rekkas, A.: Die Fee, das Tier und der Freund. Hypnotherapie in der Psychosomatik. Carl Auer Systeme, Heidelberg 2001

Hypnosis in Medical Psychotherapy Practice

Abstract:

As doctors we are required to pursue symptom complaints and treat them, no matter whether they bear objectively verifiable evidence of specific disorders or not. In treatment we also take background feelings, conflicts or fatigue into account as contributing components. This fact pertaining to the practice of medical psychotherapy is central to the treatment of all patients suffering from psychosomatic disorders – i.e. approximately one half of all patients being treated by general practitioners. Here hypnosis and self-hypnosis can serve well in the formulation of therapeutic goals as well as in diagnostic clarification. Hypnosis is above all else useful in encouraging patients to contribute their very own individual resources to a multi-modal and interdisciplinary comprehensive therapy concept. This proves itself in the long run to be a factor that promotes a significant emancipation of the patient from those dependencies that are an outgrowth of illness (see hypnosis and self-hypnosis for symptom control) as well as the treatment system (optimal coping, self management) through the application of personal skills. A bio-psycho-social understanding of disorder is – both for ourselves as medical doctors (as ‘specialists of the objective dimension of the body’) and for our patients (as ‘specialists of the subjective dimension of person’) – a ‘conditio sine qua non’.

Keywords: Hypnosis, self-hypnosis, medical psychotherapy, psychosomatics

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Hansjörg Ebell, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Breisacherstr. 4 / Rückgebäude, D 81667 München

Telefon: 089 688 78 78 / Telefax: 089 688 71 71 / E-mail: Dr.H.Ebell@t-online.de