

**AIHE Academic Institute for Higher Education GmbH
London Metropolitan University**

MSc Klinische Psychologie

**Wie hochwirksam ist Hypnose bei Angsterkrankungen?
Eine systematische Literaturübersicht**

Masterarbeit

Verfasst von: Julia Bleser
Matrikelnummer: 23052985
Datum: 31.10.2024

Abstract

Hypnose wurde zwar bereits im Jahr 2006 vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als therapeutisches Verfahren im Sinne der Hypnotherapie anerkannt, doch eine explizite Zulassung der Hypnose als Mono-Therapieverfahren bei bestimmten Störungsbildern ist bislang nicht erfolgt. Dabei belegen empirische Studien, dass sich isoliert angewendete hypnotherapeutische Ansätze bei einer Vielzahl an psychischen Störungen als wirkungsvoll erweisen. Basierend auf der Annahme, dass Hypnose für PatientInnen mit Angststörungen ein hochwirksames Therapieverfahren ist, besteht das Ziel dieser Arbeit deshalb darin, mehr über die Art und Weise dieser hohen Wirksamkeit herauszufinden und die konkreten Vorteile gegenüber anderen Therapieverfahren herauszuarbeiten sowie mehr über die Verringerung der Behandlungsdauer und des Behandlungsumfangs zu erfahren. Um diese Fragestellungen zu beantworten, wird eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE über PubMed sowie PSYINDEX durchgeführt. Insgesamt wurden acht Studien eingeschlossen, darunter zwei Fallberichte, wobei ein recht breites Störungsbild besteht: spezifische Phobien (2 x Zahnbehandlungsphobie, 2 x Prüfungsangst, 1 x Gitarre spielen vor anderen Personen), Angststörungen in der Postmenopause, selektiver Mutismus. Die Studien belegen die hohe Wirksamkeit der Hypnose, was dadurch erfolgt, dass die neuronale Aktivität im limbischen System verringert wird und dass sich das Herz-Kreislauf-System beruhigt, weil die im Unterbewusstsein abgespeicherte Angst unmittelbar gelöst wird. Die Angstkonfrontation erfolgt unter Hypnose deutlich einfacher und angenehmer. Dementsprechend besteht ein zentraler Vorteil gegenüber anderen Therapieverfahren darin, dass nicht nur Symptome verringert, sondern diese zum Teil vollständig aufgelöst werden und dass keine unerwünschten Nebenwirkungen auftreten. Hinzu kommt, dass sich PatientInnen mittels Selbsthypnose in einen hypnotischen Zustand bringen und positive Suggestionen einbringen können, sodass TherapeutInnen entlastet werden und die Ressourcen sowie letztlich die Eigenverantwortung der PatientInnen gestärkt werden. Nicht zu vergessen ist die langfristige Wirksamkeit der Hypnotherapie auch mehrere Wochen nach dem Posttest. Daraus lässt sich die Notwendigkeit nach verstärkten Anstrengungen ableiten, um die Anerkennung der Hypnotherapie als Monotherapieverfahren für Angststörungen zu erreichen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1. Einleitung	1
1.1 Hintergrund und Bedeutung des Themas	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	2
1.3 Fragestellung	3
1.4 Aufbau der Arbeit	3
2. Theoretischer Hintergrund: Hypnose in der Psychotherapie	4
2.1 Was ist Hypnose und wie funktioniert sie?	4
2.1.1 Bewusstseinszustände	8
2.1.2 Unterbewusstsein und limbisches System	9
2.2 Angststörungen und ihr Erscheinungsbild nach ICD-11	11
3. Methode	13
3.1 Datenbanken und Suchbegriffe	13
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	14
4. Vorstellung der Ergebnisse und Qualitätsbewertung	16
5. Diskussion	23
5.1 Beschreibung der Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche sowie Einordnung der Literatur in das Forschungsfeld	23
5.2 Beantwortung der Forschungsfragen und Zusammenfassung der Ergebnisse	26
5.3 Kritik der Suchstrategie und Limitationen	30
5.4 Praktische Empfehlungen und zukünftige Forschung	31
6. Fazit	31
Literaturverzeichnis	32
Anhang	36

Abkürzungsverzeichnis

ATP	Autogene Psychotherapie
HY	Hypnosepsychotherapie
ICD-11	11. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme
KIP	Katathym Imaginative Psychotherapie
MRT	Magnetresonanztomografie
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSNRI	Selektive Noradrenalin- und Serotoninwiederaufnahmehemmer

1. Einleitung

In diesem Kapitel wird zunächst das Thema in seiner Bedeutung vorgestellt. Im Anschluss daran werden die Zielsetzung der Arbeit dargelegt, die Fragestellungen formuliert und der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Hintergrund und Bedeutung des Themas

Als Hypnose wird sowohl ein veränderter Bewusstseinszustand bezeichnet als auch die Methode selbst, um diesen Bewusstseinszustand herzustellen (Kanitschar, 2007a; Derra, 2006). In diesem Trancezustand kann unter professioneller Anleitung eine Veränderung auf emotionaler, körperlicher und mentaler Ebene erreicht werden (Häuser et al., 2016; Kanitschar, 2007a; Derra, 2006). Indem eine Person über Trancetechniken gezielt in einen Entspannungszustand geführt wird, ist es möglich, auf innere Bilder und Gefühle „zuzugreifen“ sowie positive Gefühlszustände durch Suggestionstechniken zu etablieren (Kanitschar, 2007a; Derra, 2006).

Die häufig fehlinterpretierte Wirkung einer Suggestion als Manipulation kann als eine der Gründe aufgeführt werden, warum Hypnose möglicherweise immer noch bei vielen Menschen mit großer Skepsis betrachtet wird, aus Angst, unter einer Hypnose die eigene Kontrolle zu verlieren. Dabei existieren unterschiedliche Hypnoseansätze – autoritärer, standardisierter und Kooperationsansatz –, wobei letzterer von einem wechselseitigen Einfluss des Hypnotherapeuten, des Patienten und ihrer Beziehung ausgeht und den Patienten keineswegs (wie im autoritären Ansatz) als passiv und jederzeit empfänglich betrachtet (Ryba, 2018). Deshalb muss Suggestion laut Häuser et al. (2016) vielmehr als Angebot verstanden werden, welches neue, innere Perspektiven eröffnen kann, aber nicht muss, das heißt „Hypnose stellt entgegen verbreiteter Vorurteile keine autoritäre, passive und therapeutenzentrierte, sondern eine ressourcen- und lösungsorientierte Methode dar, bei der die patienteneigenen Potenziale im Mittelpunkt stehen“ (Häuser et al., 2016, S. 290). Weitere Vorteile bestehen im Hinblick auf die mit maximal neun Sitzungen recht kurze Behandlungsdauer und die günstigen Kosten (Scholz, 2005).

Empirische Studien belegen, dass hypnotherapeutische Ansätze eine sehr effektive Intervention für eine Vielzahl an Problemen und Symptomen darstellen, darunter Schmerz, Übelkeit und Erbrechen als Reaktion auf eine Chemotherapie, psychosomatische Störungen, Entwöhnung vom Rauchen, Fettleibigkeit und Depressionen (Valentine et al., 2019). Auch PatientInnen mit Angststörungen profitieren laut einer Meta-Analyse von Scholz (2005) von der Hypnotherapie, wobei in den Studien in erster Linie Prüfungsängste, Panikstörungen und Phobien behandelt wurden. Konkret besserten sich bei 71 % der Behandelten die klinisch

relevanten Symptome, was aus der unbehandelten Kontrollgruppe lediglich 29 % angaben (Scholz, 2005).

Dementsprechend sind die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP), die Hypnosepsychotherapie (HY) und die Autogene Psychotherapie (ATP) in Österreich staatlich anerkannte wissenschaftlich-psychotherapeutische Methoden und können neben anderen Ländern auch in Deutschland als ergänzende Methode im Kontext von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien eingesetzt werden (Sell et al., 2017).

Hypnose wurde daher bereits im Jahr 2006 vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als therapeutisches Verfahren im Sinne der Hypnotherapie anerkannt (Rudolf & Schulte, 2006). Ihre Anwendung kann demnach in folgenden Bereichen stattfinden: „Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten sowie Abhängigkeit und Missbrauch“ (Rudolf & Schulte, 2006, S. 287). Eine explizite Zulassung der Hypnose als Mono-Therapieverfahren bei bestimmten Störungsbildern ist bislang indes nicht erfolgt. Kontraindiziert sind zudem laut des Gutachtens „akute Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen sowie mangelnde Hypnotisierbarkeit“ (Rudolf & Schulte, 2006, S. 286) und auch bei durch Traumata bedingten Belastungen sei Vorsicht geboten (Rudolf & Schulte, 2006). Für PatientInnen mit instabiler Ich-Funktion und/oder mit rigiden Zwangssystemen ist die Hypnotherapie kontraindiziert (Janouch, 2015). Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass Hypnose „nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden“ (Rudolf & Steiner, 2006, S. 287) kann. Hinzu kommt, dass – wie bereits erwähnt – in den empirischen Studien nur sehr spezifische Angststörungen wie die Prüfungsangst untersucht werden und methodische Mängel existieren, sodass die positiven Auswirkungen der Hypnotherapie auf klinisch relevante (!) Angststörungen laut Hagl (2015) nicht ausreichend bewertet werden können.

Es ist festzustellen, dass das Gutachten des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie der Hypnose ein eher überschaubares Therapiepotenzial attestiert und dass auf der Basis der empirischen Studienlage sowohl Chancen als auch Grenzen in Bezug auf Angststörungen konstatiert werden können.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Um kritisch diskutieren zu können, ob Hypnose für PatientInnen mit Angststörungen ein vielversprechendes Therapiepotenzial besitzt oder nicht und zu bewerten, ob sie noch nicht ausreichend als Behandlungsmethode eingesetzt wird, wird eine intensivere Auseinandersetzung mit der empirischen Studienlage benötigt. Aus diesem Grund widmet sich diese Arbeit auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche den aktuellen

Forschungsergebnissen zur Hypnose bzw. Hypnotherapie und ihrer Wirksamkeit bei Angststörungen. Das Ziel besteht darin, die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Angststörungen durch empirische Studien zu belegen und die spezifischen Vorteile dieses Therapieverfahrens gegenüber anderen Therapieverfahren zu beleuchten.

1.3 Fragestellung

Die zu beantwortende Hauptforschungsfrage lautet:

Wie hochwirksam ist Hypnose bei Angststörungen (im Vergleich zu anderen Therapieverfahren)?

Dafür werden im Hauptteil zunächst Angsterkrankungen und ihre Symptome nach der elften Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-11) beschrieben und die Funktion von Hypnose bzw. ihre Wirkweise hinsichtlich des Bewusstseins und Unterbewusstseins wird erläutert. Im weiteren Verlauf stellt der Hauptteil ausgewählte Studien von Hypnose und ihrer Wirksamkeit bei Angsterkrankungen vor, um die Hauptforschungsfrage zu beantworten und Limitierungen aufzuzeigen.

Weitere Subforschungsfragen lauten:

Worin bestehen die konkreten Vorteile der Hypnotherapie gegenüber anderen Therapieverfahren?

Inwiefern lassen sich durch Hypnose Behandlungsdauer und Behandlungsumfang von Angststörungen verringern?

1.4 Aufbau der Arbeit

Zur Beantwortung der Fragestellung wird im nachfolgenden Kapitel 2 zunächst die Hypnose definiert sowie die Funktionsweise der Hypnose grob beschrieben. Schwerpunktmäßig wird hierbei auf die Bedeutung der Bewusstseinszustände und des Unterbewusstseins eingegangen. Zudem werden die Angststörungen und ihr Erscheinungsbild nach ICD-11 vorgestellt. In Kapitel 3 werden die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche verwendeten Datenbanken und Suchbegriffe sowie die Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben. Die Vorstellung der gefundenen Studien einschließlich einer Qualitätsbewertung erfolgt im Anschluss in Kapitel 4. Daran schließt ihre Diskussion in Kapitel 5 an, wobei zunächst auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche eingegangen wird sowie eine Einordnung in das Forschungsfeld erfolgt. Ebenso werden die Forschungsfragen beantwortet, die Suchstrategie kritisiert und Limitationen aufgezeigt. Kapitel 6 schließt die Arbeit mit einem Fazit.

2. Theoretischer Hintergrund: Hypnose in der Psychotherapie

In diesem Kapitel wird zunächst die Hypnose definiert, um ein genaueres Verständnis von der Funktionsweise der Hypnotherapie zu erhalten. Insbesondere werden die während der Hypnose auftretenden physiologischen Reaktionen vorgestellt. Hierbei können der Aufbau und die Funktionsweise des Gehirns nicht umfassend beschrieben werden, sondern es kann nur auf einige ausgewählte Aspekte eingegangen werden, welche für das Verständnis der Wirksamkeit der Hypnose sowie ihres Alleinstellungsmerkmals relevant sind. Für nähere Ausführungen wird auf Panksepp (1998) und an anderer Stelle Ryba (2018) verwiesen. Aufbauend auf der Erklärung der Funktionsweise der Hypnose wird auf das klinische Erscheinungsbild der Angststörungen gemäß der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (ICD-11) eingegangen, sodass eine fundierte theoretische Basis vorhanden ist, um im Anschluss daran mit den im Rahmen der systematischen Literaturrecherche gefundenen Studien zu arbeiten.

2.1 Was ist Hypnose und wie funktioniert sie?

Hypnose bedeutet, dass ein veränderter Bewusstseinszustand (Trance) besteht, welcher durch fremdgesteuerte Tranceinduktion oder Selbstinduktion systematisch herbeigeführt wird. Von Hypnose ist also die Rede bei Trancezuständen mit unterschiedlicher Ausformulierung und „Tiefe“, wodurch sich die Sensorik und Motorik verändern sowie die Kategorien Zeit und Raum anders wahrgenommen werden und zudem mögliche weitere Trancephänomene auftreten können (Derra, 2006; Kanitschar, 2007a). Außerdem wird als Hypnose der Vorgang bezeichnet, eine Person mittels systematischer Anwendung von direkten und indirekten fremdsuggestiven Techniken in die soeben beschriebene Trance hineinzuführen, sie dort zu belassen und diesen Vorgang wieder zu beenden (Derra, 2006; Kanitschar, 2007a).

Hypnose lässt sich in vielfältiger Form nutzen, zum einen als eigenständiges Psychotherapieverfahren, zum anderen in Verbindung mit anderen Methoden der Psychotherapie (Kanitschar, 2007a). Im Rahmen der Hypnosetherapie oder Hypnotherapie wird die Suggestion reflektiert eingesetzt, um mit PatientInnen therapeutisch zu arbeiten, während sie sich im veränderten Bewusstseinszustand der Trance befinden (Derra, 2006; Kanitschar, 2007b). Hypnose zählt daher zu den imaginativen Verfahren (Ebert & Kowalsky, 2012).

Da im hypnotischen Zustand Teile der Wahrnehmung, des Denkens, der Gefühle und des Verhaltens der PatientInnen beeinflusst werden können, kann dies therapeutisch genutzt werden, um Symptome und Probleme zu verändern (Derra, 2006). Hypnose erzeugt somit eine Haltung des minimalen Widerstands bzw. umgekehrt der maximalen Akzeptanz, um kognitive Neubewertungen durchzuführen oder die Kopplung von Vorstellungen und

physiologischen Reaktionsmustern zu verändern (Ebert & Kowalsky, 2012). Dadurch kann die mentale Verarbeitung effektiv umgeschaltet werden, sodass PatientInnen in die Lage versetzt werden, Ressourcen zu mobilisieren, die sie sonst im Rahmen des Alltagsdenkens nicht entdecken würden (Revenstorf, 2015).

Zudem bietet sich Hypnose außerhalb des psychotherapeutischen Kontexts als unterstützende Technik im gesundheitlichen Bereich an, um Entspannungszustände herzustellen, einen Beitrag zur Schmerzkontrolle zu leisten oder um Personen schlichtweg zu beruhigen (Ebert & Kowalsky, 2012; Kanitschar, 2007a). Trancephänomene werden somit allgemein in der Hypnose und gezielt im therapeutischen Prozess genutzt (Kanitschar, 2007b).

Um einen hypnotischen Zustand zu erreichen, werden unterschiedliche Techniken der Tranceinduktion verwendet, zum Beispiel Augenfixation über das Pendel oder verbale Anweisungen (direkte und indirekte Suggestion). Diese Techniken sind von einer speziellen Ritualität gekennzeichnet und engen die Wahrnehmung der hypnotisierten Person immer weiter ein, wodurch deren Aufmerksamkeit sowohl gegenüber internalen (zum Beispiel Körperempfindungen oder Gedanken) als auch externalen Reizen (beispielsweise Geräuschen) abnimmt, weshalb darauf in höherer Weise Einfluss genommen werden kann. Die hypnotisierte Person weist somit eine besonders hohe Empfänglichkeit für therapeutische Suggestionen auf (Ebert & Kowalsky, 2012). Revenstorf (2015) nennt mehrere Ziele der Hypnotherapie:

- Inneres Milieu harmonisieren, das heißt, die somatischen und mentalen Prozesse werden im Sinne einer Parallelisierung harmonisiert: Aufgrund der Entspannungsreaktion oder durch Suggestion entstehen physiologische Veränderungen wie Immobilität und Umstellung der Vegetation (in Form einer Erhöhung der Herzratenvariabilität), was somatische Heilungsprozesse fördert und Stressreaktionen reduziert. Auch die Immunkompetenz wird direkt gesteigert, das heißt Wunden heilen schneller ab, das Ein- und Durchschlafverhalten verbessert sich, gegenüber viralen und anderen Infektionen besteht eine größere Widerstandsfähigkeit.
- Erhöhte Suggestibilität: Aufgrund des bereits erwähnten minimierten Widerstands sind Personen in hypnotischer Trance grundsätzlich eher geneigt, eine Aussage als zutreffend oder sinnvoll hinzunehmen. Hinzu kommt, dass sie aufmerksamer sind und dass Bilder und Metaphern besser aufgenommen werden. Somit ergibt sich für TherapeutInnen die Möglichkeit, mithilfe von direkten Suggestionen beispielsweise gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu nennen.

- **Veränderte Wahrnehmung:** Aufgrund der hypnosebedingten aufgelösten Zeitstruktur findet eine Distanzierung vom Alltagsbewusstsein statt und es wird sich auf das momentane Erleben fokussiert, wodurch Vergangenheit und Zukunft nicht abstrakt, sondern als gegenwärtig wahrgenommen werden. Erinnerungen werden deshalb hinsichtlich ihres emotionalen Gehalts intensiver wahrgenommen, wohingegen bei der sensorischen Wahrnehmung (vor allem die taktile, kinästhetische Wahrnehmung und die Schmerzrezeption) bestimmte Sinnesqualitäten oder Affekte abgespalten werden.
- **Aktiviert Vorstellung:** Visualisierungen und Vorstellungen von Organen oder körperlichen Prozessen, zum Beispiel sich weitende Wasserschläuche (Metapher für die Durchblutungssteigerung), Kühle (um Hautjucken und Magenreizung zu vermindern) oder sich weitende Bronchien (Abwehr von Asthmaattacken), helfen dabei, die Heilung zu beschleunigen. Weil, wie bereits beschrieben, die Aufmerksamkeit in der hypnotischen Trance fokussiert ist, sind die Visualisierungen intensiver und haben eine gesteigerte Wirksamkeit.
- **Umstrukturierung:** Um neue Lösungen zu finden, ist es notwendig, auf Logik basierende gewohnheitsmäßige Wertungen und Bedeutungen von Begriffen zu überwinden. Die übliche Funktion von Objekten wird dadurch umstrukturiert, sodass die gewohnten Einschränkungen des logikbasierten Denkens unterlaufen werden. PatientInnen werden daher Bilder angeboten, welche die derzeitige Problemsituation in eine Darstellung sozusagen übersetzen, welche nicht eindeutig ist, wodurch die Umstrukturierung erleichtert wird. Beispielsweise wird eine unbewusste Instanz bildhaft vorgestellt, welche den Heilungsprozess anregt oder eine Tür gezeigt, damit ein Zugang für Erinnerungen besteht.
- **Unwillkürlichkeit:** Anstatt willkürlich zu planen, werden PatientInnen in hypnotischer Trance zu unwillkürlichen Suchprozessen und Körperreaktionen angeregt, weil ihre Grübeleien und Gespräche auf der Ebene des bewussten Verstands bislang nichts zur Lösung beigetragen haben. In der Trance können sie sich durch Abspaltung von ihren Ängsten distanzieren, sodass während der hypnotischen Bearbeitung keine leidensdruckbedingte und kreativitätseinschränkende Panik oder Hoffnungslosigkeit existiert. Neue Sichtweisen entstehen somit spontan während der Trance.
- **Stilles Wissen nutzen:** Stilles Wissen sind Inhalte, welche als persönliche Erfahrung sowohl dem Bewusstsein zugänglich waren, bevor sie vergessen

oder verdrängt wurden, als auch jene, die präverbal sind oder aus einem kollektiven Unbewussten (zum Beispiel Symbole, die wiederum dem Allgemeinwissen entstammen) entnommen sind.

- Regression: Vor allem in der fremdgeleiteten Trance können externe Reize abgespalten und nach innen gewendet werden, weil durch die Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten die Kontrollfunktion abgegeben wird, welche normalerweise Bestandteil der Aufgaben des Alltagsbewusstseins ist. Dies ermöglicht einerseits die Bewusstwerdung von traumatischen Erfahrungen oder abgespaltenen Bewältigungsressourcen, die ansonsten aufgrund ihrer Inkompatibilität mit dem Alltagsdenken abgewehrt werden. Andererseits werden die Rollen stark asymmetrisch verteilt, sodass PatientInnen eine kindlich-regressive Haltung einnehmen. Der Vorteil dabei liegt in einer erhöhten Suggestibilität, Flexibilität und Lernfähigkeit. Auch verwischt die Grenze zwischen Realität und Fantasie, sodass eine Rekonstruktion von biografischen Episoden vorgenommen werden kann, die mittels Suggestion um fehlende Aspekte wie unterlassene Gedanken oder Handlungen ergänzt werden können.

Die Darstellung der Ziele der Hypnotherapie hat deutlich gemacht, dass sie von einem entwicklungs- und lerngeschichtlichen, tiefenpsychologischen sowie systemisch-konstruktivistischen und zukunftsorientierten Verständnis vom Menschen ausgeht, um Störungen und Leidenszustände zum einen zu verstehen und zum anderen adäquat therapeutisch zu intervenieren (Kanitschar, 2007b). Eine zentrale Annahme besteht zum Beispiel darin, „dass Menschen in den meisten Fällen über einen ausreichenden Fundus an Erfahrungen verfügen, um ihre Probleme zu lösen, aber häufig an den Fixierungen des Alltagsdenkens scheitern“ (Revenstorf, 2015, S. 26).

Die Mehrheit der Menschen (60 bis 70 %) gilt als mittelmäßig hypnotisierbar, 10 % gelten als nicht hypnotisierbar und 10 bis 20 % gelten als gut bis sehr gut hypnotisierbar, sodass Hypnotisierbarkeit als recht stabiles Persönlichkeitsmerkmal zu bewerten ist (Ebert & Kowalsky, 2012). Zu den Erfolgsfaktoren der Hypnose gehören sowohl die Situation als auch die Beziehungsqualität zwischen PatientIn und TherapeutIn, wobei im Vorhinein wenigstens Indikationen und Kontraindikationen abzuklären sowie Tests oder eine Probehypnose hilfreich sind, um die Suggestibilität festzustellen. Zu den Kontraindikationen gehören schwere Störungen des Realitätsbezugs, produktiv psychotische Symptomatiken, wahnhafte Störungen und eine mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung. Schwere Persönlichkeitsstörungen mit pathologischer Regression oder einer Neigung zur paranoiden

Verarbeitung sind relative Kontraindikationen. Auch müssen PatientInnen vorab einwilligen (Derra, 2006).

Hypnose ist bei PatientInnen mit chronischen Störungen dann wirksam, wenn diese in der Lage sind, die während der Trance erarbeiteten Strategien und Erkenntnisse in ihren individuellen Alltag zu transferieren, das heißt, sie müssen den Übergang von der Hetero- zur Selbsthypnose schaffen. Hierfür lernen sie, sich im Bedarfsfall schnell und unmittelbar in eine kurze oder auch längere Trance zu begeben, damit sie die während der Hypnose erlebten und erarbeiteten Vorstellungsbilder, Problemlösungen und Möglichkeiten unter anderem der Symptomveränderung und Selbstkontrolle selber anwenden. Andernfalls bleibt eine regressive Abhängigkeit zur Hypnotherapeutin oder zum Hypnotherapeuten bestehen (Derra, 2006). Reddemann (2011) schätzt daher die Nutzung der Alltagstrance und suggestiver Interventionen als relevanter ein als die formelle traditionelle Hypnose, weil insbesondere suggestive Interventionen resilienz- und ressourcenorientiert sind.

Zum Beispiel hat das autogene Training als konzentrierte Selbstentspannung seinen Ursprung in der Hypnose. ÜbungsleiterInnen sprechen Entspannungsformen formelhaft vor, die dann im weiteren Verlauf von den PatientInnen übernommen und im autosuggestiven Sinne als positive Selbstinstruktion genutzt werden, weshalb das autogene Training insbesondere auf kognitiver Ebene wirksam ist. Demgegenüber ist die Hypnose, wie bereits deutlich wurde, heteroinstruktiv (Ruhl et al., 2011).

2.1.1 Bewusstseinszustände

Für den Begriff des Bewusstseins existiert keine allgemein anerkannte Definition, wobei im Hinblick auf das subjektive Erleben die Fähigkeit zum verbalen Berichten ein wichtiges Kriterium darstellt, jedoch das Bewusstsein auch aus beobachtbaren Verhaltensweisen erschließbar ist. Hierbei spielt das Arbeitsgedächtnis eine wichtige Rolle, um einen Bewusstseinsstrom zu ermöglichen, da dort Teile der Wahrnehmung und der damit verbundenen Gedächtnisinhalte für wenige Sekunden im Bewusstsein gehalten werden. Verschiedene Inhalte können daher mit aktuellen Bewusstseinszuständen verknüpft werden. Eine wichtige Unterscheidung ist zu treffen zwischen dem Aktualbewusstsein (befasst sich mit ständig wechselnden Inhalten) auf der einen und dem Hintergrundbewusstsein (fällt nur auf im Falle einer Hirnverletzung) auf der anderen Seite (Ryba, 2018):

- Die bewussten Erlebnisinhalte des Aktualbewusstseins umfassen die Sinneswahrnehmungen von Umweltereignissen und des Körpers, mentale Zustände (beispielsweise Denken, Vorstellen und Erinnern) sowie Emotionen, Affekte und Bedürfniszustände
- Die bewussten Erlebnisinhalte des Hintergrundbewusstseins umfassen das Erleben der eigenen Identität und Kontinuität, das Gefühl, dass der eigene

Körper sowie dass die eigenen mentalen Zustände und Handlungen zur eigenen Person gehören, dass das Selbst und der Körper in Raum und Zeit verortet sind und dass zwischen der Realität und der Vorstellung eine Unterscheidung getroffen wird (Ryba, 2018).

Für das Verständnis der Hypnose spielt die im vergangenen Kapitel bereits erwähnte Trance eine wichtige Rolle. Ursprünglich wurde mit Trance der Übergang der Bewusstseinsform vom Leben in den Tod bezeichnet (Sterbeprozess), später wurde der Trancebegriff zur Beschreibung verschiedenster Arten des Außeralltagsbewusstseins gebraucht (Scharfetter, 2008). Es existiert keine eindeutige phänomenologische Abgrenzung zur Ekstase, weil beide Begriffe die kategorialen Grenzen zwischen dem Normalen, Abnormalen und Pathologischen überschreiten (Scharfetter, 2008).

Die Besonderheit eines Trancezustands besteht darin, dass er physiologisch weder identisch ist mit dem Wachzustand noch mit dem Schlaf und somit eine ganz eigene Wirkung hat (Derra, 2006; Kanitschar, 2007a). Weil es sich bei der Trance ebenso wie beim Alltagsdenken um einen Bewusstseinszustand handelt, wird sie auch als Trancebewusstsein bezeichnet (Revenstorf, 2015). Peter (2008) verweist auf die Relevanz der Trance, weil dadurch der Evidenz- und Wirklichkeitscharakter der Vorstellung der PatientInnen deutlich gesteigert wird, da sich deren Wirklichkeitskonstruktion substanziell verändert. Die Aufmerksamkeit und Imaginationsfähigkeit sind im Trancezustand stärker auf das innere Erleben fokussiert, wodurch das Alltags-Ich geschwächt wird, wobei häufig zusätzlich die Sublimalebene genutzt wird, um durch Einstreuungen, Einbettungen oder doppelsinnige Bemerkungen die bewusste Aufmerksamkeit zu umgehen zwecks Steigerung der Empfänglichkeit für die Informationsaufnahme (Rauscher, 2016; Revenstorf, 2015). Zwar wird der Trancezustand grundsätzlich als (tiefen-)entspannend empfunden, doch er kann auch genutzt werden, um eine kraftvolle und entschlossene Energie zu induzieren (Rauscher, 2016). Die Kommunikationsmöglichkeit ist somit in Trance zwar eingeengt und vermindert, doch der therapeutische Kontakt besteht weiterhin (Scharfetter, 2008). Der Vorteil der Hypnose besteht somit darin, dass TherapeutInnen das Erleben und Verhalten ihrer PatientInnen besser steuern können als im Wachzustand (Ryba, 2018).

2.1.2 Unterbewusstsein und limbisches System

Weil das menschliche Erleben und Verhalten gemäß neurowissenschaftlichen Erkenntnissen vor allem von unbewussten Prozessen determiniert wird, muss das Unbewusste zum Beispiel im therapeutischen Kontext oder im Coaching viel stärker berücksichtigt werden, damit sich Menschen durch Selbstreflexion verstehen und entwickeln können (Ryba, 2019).

Im wissenschaftlichen Diskurs wird eher von „unbewussten Prozessen“ anstatt vom „Unbewussten“ gesprochen, was aber in der Forschung nicht einheitlich verwendet wird. Unterscheiden lässt sich das primäre Unbewusste (Inhalte waren niemals bewusst) vom sekundären Unbewussten (Inhalte waren vermutlich bewusst, sind aber nicht erinnerungsfähig, zum Beispiel aufgrund der infantilen Amnesie). Eine wichtige Bedeutung kommt der subliminalen Wahrnehmung zu, demnach Sinneseindrücke verarbeitet werden, die dem Bewusstsein nur knapp nicht zugänglich sind, weil sie zum Beispiel zu schwach oder zu unwichtig sind. Dennoch werden sie verarbeitet und wirken sich auf Gedanken, Emotionen, das Verhalten, das Lernen oder das Gedächtnis aus (Ryba, 2018). Somit „kann das Unbewusste autonom gegenüber dem bewussten Verstand reagieren“ (Ryba, 2018, S. 235), sodass PsychotherapeutInnen mit der Schwierigkeit konfrontiert sind, dass bei vielen Störungen das Unterbewusstsein von Relevanz ist, welches aber nicht so einfach isoliert zu verstehen ist, weil unbewusste, vorbewusst-intuitive und bewusste Prozesse sehr stark ineinander übergreifen (Ryba, 2019).

Bildgebende Verfahren belegen, dass durch Hypnose Veränderungen im Gehirn entstehen, das heißt gut hypnotisierbare PatientInnen nehmen hypnotische Phänomene wie sensorische, emotionale, kognitive und motorische Veränderungen nicht bloß als Einbildung wahr, sondern als wirkliche Ereignisse. Hierfür ist im Wesentlichen der dem limbischen System zuzuordnende anteriore cinguläre Cortex von Bedeutung, weil er Affekte, Kognitionen und Verhalten bündelt, die Aufmerksamkeit reguliert und Emotionen moduliert (Peter, 2008). Dem limbischen System werden mehrere Hirnregionen zugeordnet, da es sich hierbei nicht um ein anatomisch oder funktional abgegrenztes System handelt (Kirschbaum & Heinrichs, 2011). Neben dem deklarativen (explizites Wissen: Gedächtnisinhalte, die verbalisiert wiedergegeben werden und bewusst erinnerbar sind) und prozeduralen Gedächtnis (implizites Wissen: Gedächtnisinhalte, die nicht bewusst erinnerbar und wiedergegeben werden können) ist es Bestandteil des bewussten Wissens (Ryba, 2018). Aus tierexperimentellen Studien wurde abgeleitet, dass im limbischen System das emotionale Gedächtnis vorhanden ist, weshalb es für die Emotionsverarbeitung eine wichtige Rolle spielt und somit auch für das Erlernen von Angstreaktionen sowie die Manifestierung von Angststörungen relevant ist (Goschke & Dreisbach, 2011; Kirschbaum & Heinrichs, 2011). Häufig wird das limbische System daher als emotionales Gedächtnis bezeichnet, was aber eine erhebliche Verkürzung darstellt. Zuständig ist es zum Beispiel für das Kämpfen, die Nahrungsaufnahme, die Flucht und das Sexualverhalten (Kirschbaum & Heinrichs, 2011).

Das limbische System arbeitet sowohl unbewusst als auch bewusst, um Ereignisse daraufhin zu bewerten, ob sie positiv oder negativ sind, was im Anschluss daran im Langzeitgedächtnis mit dem sachlichen Inhalt verknüpft wird. Hierbei ist von Bedeutung, dass sowohl selbst gemachte Erfahrungen als auch Beobachtungen oder Erzählungen mit

Emotionen verknüpft werden – zum Beispiel mit Ängsten –, die dann im limbischen System abgelegt werden. Sobald eine Situation spezifische Schlüsselreize enthält oder sie unbekannt ist, erfolgt eine interne Alarmierung auf limbischer Ebene einschließlich der sofortigen Einstellung von Körperreaktionen (Ryba, 2018; Sigmund, 2006).

Dagegen werden Informationen in der hypnotischen Trance anders verarbeitet, indem Außenreize abgekoppelt werden und stattdessen eine suggerierte Selbsteinschätzung erfolgt, die je nach Schwerpunkt anders formuliert ist, zum Beispiel wird bei der Anästhesiesuggestion suggeriert, dass der Schmerzreiz nicht wichtig ist (Revenstorf, 2015). Weil die Aufmerksamkeit gelenkt und eingeengt wird, verändert sich das Selbstbild, wodurch zum einen die bewusste Handlungskontrolle im Frontalhirn vermindert und zum anderen die üblicherweise bestehende reflexartige, durch Umweltreize ausgelöste Steuerung der Wahrnehmung und Handlung ersetzt wird (Derra, 2006; Revenstorf, 2015). Somit lassen sich zum Beispiel angstbesetzte Ereignisse in Trance aus einer emotionalen Distanz betrachten, sodass scheinbar festgefahrene Verknüpfungen (beispielsweise das Anschauen eines Zahnarztbohrers) gelöst und ihre Inhalte neutralisiert werden können (Rauscher, 2016). In der Konsequenz wird diese früher als Angst abgespeicherte Verknüpfung im Wachzustand als ‚unwahr‘ empfunden.

2.2 Angststörungen und ihr Erscheinungsbild nach ICD-11

Angst- und furchtbezogene Störungen zeichnen sich durch eine übermäßige Furcht und Angst sowie damit verknüpfte Verhaltensstörungen aus. Die Symptome sind so schwerwiegend, dass in wichtigen Funktionsbereichen wie dem Privat- und Familienleben, der Schule oder dem Beruf ein erhebliches Leid oder erhebliche Beeinträchtigungen entstehen. Anders als Furcht bezieht sich Angst auf die Zukunft, das heißt es wird eine Bedrohung erwartet bzw. etwas wird in der Zukunft als Bedrohung wahrgenommen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o. D.).

Anders als in der ICD-10 findet in der ICD-11 in dieser Kategorie ‚6B0*‘ (Angst- und furchtbezogene Störungen) weder eine Trennung zwischen Phobien und anderen Angststörungen statt noch gibt es hierarchische Diagnoseregeln, stattdessen muss zur Stellung einer Diagnose stets eine signifikante funktionelle Beeinträchtigung vorliegen (Walter et al., 2024).

Folgende Angststörungen können laut der ICD-11 diagnostiziert werden:

- Generalisierte Angststörung: Allgemeine Besorgnis im Hinblick auf Alltagsereignisse oder übermäßiges Besorgt-sein in Bezug auf die Familie, Gesundheit, Finanzen, Schule oder Beruf. Es entstehen nicht kontrollierbare Ketten an Sorgen und zukünftige Unglücke werden vorausgeahnt. In Form von Schlafstörungen kann sich eine generalisierte Angststörung manifestieren.

- Panikstörung: Unerwartete, nicht an eine Situation gebundene Panikattacken bei gleichzeitig bestehender Angst, dass diese erneut auftreten. Somit ist die Furcht vor einer Panikstörung ein notwendiges Diagnosekriterium. Einer Panikattacke geht das wechselseitige Sich-Hochschaukeln einer vegetativen Erregung mit Angst voraus.
- Agoraphobie: Angst und Vermeidung von Situationen, aus denen eventuell nur schwer geflohen oder in denen nicht auf Hilfe zurückgegriffen werden kann. Hierbei geht es um die Befürchtung von spezifisch negativen Konsequenzen, welche in den entsprechenden Situationen eine Überforderung bewirken oder peinlich sein können, sodass eine deutliche Ausweitung im Vergleich zur ICD-10 vorgenommen wurde, in der Agoraphobie in erster Linie Ängste in Bezug auf offene Plätze oder vergleichbare Situationen wie eine Menschenmenge meint.
- Spezifische Phobie: Vermeidungsverhalten, wobei der Kontakt mit dem gefürchteten Stimulus – bestimmten Objekten wie Spinnen oder Spritzen oder Situationen wie dem Fliegen mit dem Flugzeug – bei gleichzeitig auftretender Angst ausgehalten wird.
- Soziale Angststörung: Ausgeprägte und übermäßige Furcht oder Angst, welche in einer oder mehreren sozialen Situationen auftritt, zum Beispiel bei sozialen Interaktionen, bei Handlungen, bei denen man sich beobachtet fühlt oder bei Auftritten vor anderen. Die Furcht oder Angst bezieht sich darauf, von anderen Menschen negativ bewertet zu werden, während man im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht.
- Trennungsangststörung: Diagnose im Erwachsenenalter, sofern eine Person eine ausgeprägte Furcht oder Angst davor hat, sich von spezifischen Bezugspersonen zu trennen.
- Selektiver Mutismus: Das Sprechverhalten findet durchgängig nur in selektiver Form statt, sodass in bestimmten Situationen (zum Beispiel zu Hause) adäquat gesprochen wird, dagegen in anderen Situationen (beispielsweise in der Schule) ein sprachliches Unvermögen auftritt, was letztlich so schwerwiegend ist, dass der Bildungserfolg, die soziale Kommunikation oder andere wichtige Funktionsbereiche in bedeutsamer Form beeinträchtigt sind (Schwenck & Scharthl, 2024; Vloet & Romanos, 2021; Voigt, 2021; Walter et al., 2024).

Hinzu kommen substanzinduzierte Angststörungen, denen ein suchtrelevanter Substanzkonsum vorausgehen muss. Ebenso sind sekundäre Angststörungen zu nennen, das heißt auftretende Angststörungen als Begleitung anderer Erkrankungen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, o. D.; Vloet & Romanos, 2021).

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen, denn in den vergangenen zwölf Monaten erfüllten rund 15 % der Bevölkerung einmal die soeben aufgeführten Diagnosekriterien, wobei nahezu alle Angstdiagnosen bei Frauen etwa zwei- bis dreimal häufiger gestellt werden als bei Männern. Hinzu kommt, dass 50 bis 90 % der Personen mit diagnostizierter Angststörung weitere Komorbiditäten haben. Charakteristisch für eine Angststörung sind eine allgemein erhöhte emotionale Spannung bei gleichzeitig geringer Flexibilität sowie ein eingeschränkter „grüner Bereich“, also Reize und Situationen, die als angenehm oder aushaltbar empfunden werden (Voigt, 2021).

Insofern kann davon ausgegangen werden, dass Betroffene einen hohen Leidensdruck haben, der psychotherapeutisch behandelt werden sollte. Im weiteren Verlauf wird daher anhand einer systematischen Literaturrecherche untersucht, wie hochwirksam die Hypnose bei Angsterkrankungen ist.

3. Methode

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der systematischen Literaturrecherche beschrieben und begründet, das heißt, es werden die verwendeten Datenbanken und Suchbegriffe vorgestellt und es werden die Ein- und Ausschlusskriterien genannt. Dadurch wird der Notwendigkeit der Transparenz und intersubjektiven Nachvollziehbarkeit Rechnung getragen.

3.1 Datenbanken und Suchbegriffe

Für die systematische Literaturarbeit werden die nachfolgenden Datenbanken durchsucht:

- MEDLINE über PubMed: MEDLINE gehört zu den bekanntesten und meistgenutzten biomedizinischen Datenbanken und hat den Vorteil, dass sie kostenlos durchsuchbar ist. Sie ist eine Komponente von PubMed, die ungefähr 27 Millionen biomedizinische Literaturangaben, naturwissenschaftliche Zeitschriften sowie elektronische Bücher umfasst. Auf MEDLINE entfällt der größte Anteil der Literaturangaben. Entwickelt und gepflegt wird PubMed von der U. S. National Library of Medicine (Blümle et al., 2019).
- PSYINDEX: PSYINDEX ist im Gegensatz zu MEDLINE eine vom Leibniz-Institut für Psychologie in Trier seit 1977 entwickelte und gepflegte Referenzdatenbank für psychologische Publikationen einschließlich Testverfahren und Interventionsprogrammen aus deutschsprachigen Ländern wie Deutschland, Österreich

und der Schweiz. Erweiterungen werden jeden Monat hinzugefügt. Die Datenbank ist nicht nur in deutscher, sondern auch in englischer Sprache strukturiert (ZPID, 2024).

Um in diesen beiden Datenbanken geeignete Literatur zu finden, ist es erforderlich, die Fragestellungen in ihre inhaltlichen und methodischen Bestandteile zu zerlegen, um so die Suchkomponenten festzulegen (Hirt & Nordhausen, 2019). Wenn Suchbegriffe nicht gut überlegt werden, wird im Regelfall kein zuverlässiges Rechercheergebnis erzielt, sondern hohe Trefferzahlen erfordern einen hohen zeitlichen Aufwand zwecks Sichtung und Einschätzung der gefundenen Studien (Blümle et al., 2019).

Besonders häufig wird deshalb das PICO-Schema angewendet, um eine klinische Fragestellung zu den Auswirkungen einer bestimmten Intervention datenbanktauglich zu formulieren. PICO steht für Participants/Population – Intervention(s) – Comparison – Outcome (Blümle et al., 2019; Hirt & Nordhausen, 2019). Für die Fragestellung in dieser Arbeit bedeutet dies:

- TeilnehmerInnen bzw. PatientInnenpopulation: Personen bzw. PatientInnen mit Angststörungen
- Art der Intervention: Hypnose bzw. Hypnotherapie
- Kontrollintervention: Andere Therapieverfahren (wobei dies nicht zwingend nötig, aber durchaus wünschenswert ist)
- Zielkriterien: Wirksamkeit/Effektivität der Hypnose bzw. Hypnotherapie

Nachdem mehrere Suchterms ausprobiert wurden, fiel die Entscheidung schließlich auf den folgenden Suchterm, um sicherzustellen, dass die unterschiedlichen Formen und Ausprägungen der Angststörungen nicht außen vor gelassen werden:

- (hypnosis) AND (effectiveness) AND (anxiety OR panic disorder OR agoraphobia OR specific phobia OR social anxiety OR separation anxiety OR selective mutism): 409 Treffer

Lediglich für die Recherche in PSYINDEX wurde folgender Suchterm benutzt, weil ansonsten keine Treffer erzielt worden wären:

- (hypnosis OR hypnotherapy) AND (anxiety) AND (effectiveness OR efficacy)

In MEDLINE wurden 409 Treffer und in PSYINDEX lediglich 2 Treffer erzielt. Zum weiteren Vorgehen wird nachfolgend auf die Ein- und Ausschlusskriterien eingegangen.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

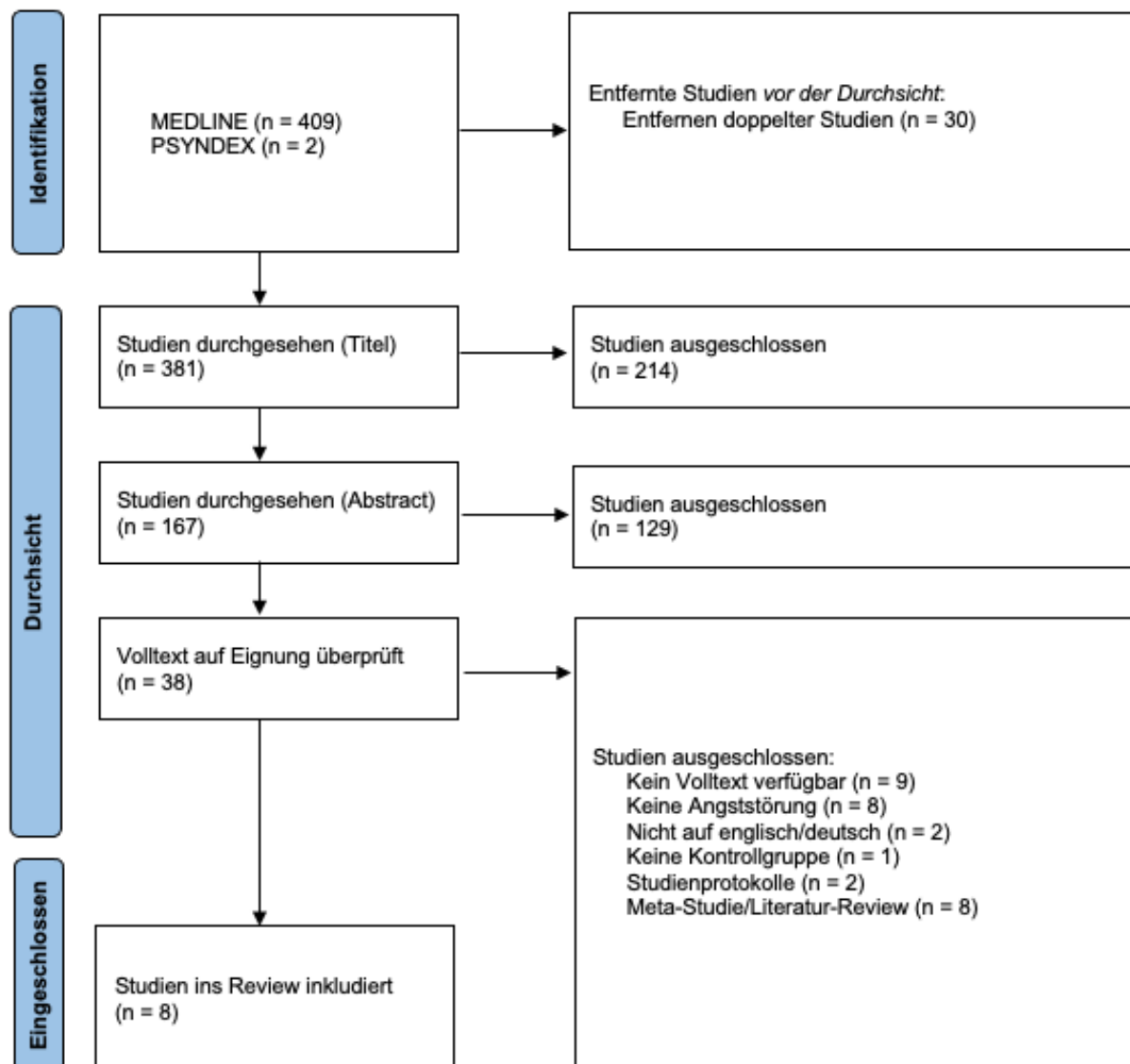
Als Einschlusskriterien werden die Sprache (englische und deutsche Studien) und auch das Durchlaufen eines Peer-Review-Verfahrens formuliert. Zudem müssen die ausgewählten Studien für die Aufnahme in das Literaturreview bereits abgeschlossen sein,

das heißt Studienprotokolle werden ausgeschlossen. Die Studien dürfen nicht älter als zehn Jahre (maximal im Jahr 2014 publiziert) und müssen kontrolliert und randomisiert durchgeführt worden sein, wobei ebenso Fallberichte einbezogen werden. Ausgeschlossen werden somit Studien, die älter als zehn Jahre sind und nicht den sogenannten „Goldstandard“ einer kontrollierten Randomisierung erfüllen und die Hypnose nicht explizit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Angsterkrankungen im Sinne der Kriterien der ICD-11 untersuchen. Somit wurden – mit Ausnahme von Fallberichten – alle Studien und Forschungsberichte ausgeschlossen, die sich rein auf die Wirksamkeit von Hypnose im Rahmen von medizinischen Operationen und Zahnbehandlungen zur Schmerzausschaltung beziehen oder die Hypnose in einem anderen, nicht wissenschaftlichen Kontext untersuchen. Sofern aber beispielsweise die Angst vor dem Besuch bei einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt aufgrund der Schwere der Symptomatik als spezifische Phobie einzustufen ist, wird die entsprechende Studie eingeschlossen. Eingeschlossen werden ebenfalls Studien, die Hypnose und Angsterkrankungen untersuchen, auch wenn die Untersuchung weitere Störungsbilder wie die Depression oder eine Posttraumatische Belastungsstörung beinhaltet.

Im Anschluss an die Suche nach Studien in den benannten Datenbanken werden die Ergebnisse zunächst auf doppelte Ergebnisse geprüft, um Dubletten auszuschließen.

Abbildung 1

Flussdiagramm zur Nachvollziehbarkeit des Rechercheprozesses



Anmerkung. Eigene Darstellung. Vorlage entnommen von *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*, von M. J. Page et al., 2020, *BMJ* 372:n71.

Aus dem obenstehenden Flussdiagramm lassen sich die einzelnen Schritte des Rechercheprozesses nachvollziehen, sodass am Ende lediglich acht Studien aufgrund der strengen Auswahlkriterien berücksichtigt werden konnten. Beispielsweise ein Verzicht auf randomisiert kontrollierte Studien hätte mindestens zu einer Verdopplung der Studien geführt, was aber letztlich zulasten der Ergebnisqualität gehen würde.

4. Vorstellung der Ergebnisse und Qualitätsbewertung

Nachdem im vergangenen Kapitel die Vorgehensweise bei der systematischen Literaturrecherche beschrieben wurde, werden in diesem Kapitel die entsprechenden Ergebnisse dargestellt. Dies erfolgt zunächst in rein deskriptiver Form ohne weiterführende

Diskussion, aber unter besonderer Berücksichtigung der Bewertung der Qualität der gefundenen Studien.

In Tabelle 1 im Anhang sind für jede der eingeschlossenen Studien die jeweilige Fragestellung oder Hypothese, die verwendete Methodik sowie die zentralen Ergebnisse aufgeführt. Den eingeschlossenen Studien ist im Literaturverzeichnis ein * vorangestellt. Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Studien einzeln vorgestellt, wobei insbesondere auf die Art der Hypnose eingegangen wird, sofern diese in der jeweiligen Studie genauer beschrieben wird.

Cavarra et al. (2016) belegen anhand eines 7-jährigen Mädchens mit langer Krankenvorgeschichte und Komorbiditäten, darunter das Fehlen von Gefühlsausdrücken, die Wirksamkeit der Hypnotherapie. Sie spricht mit niemandem außerhalb ihres inneren Familienzirkels, konkret die Mutter und die Großeltern, nicht aber mit ihrem Stiefvater, und wurde infolgedessen mit selektivem Mutismus diagnostiziert. Sie besucht noch den Kindergarten. Als Intervention wurde die indirekte Hypnose nach Erickson angewendet, bei der die hypnotische Trance durch eine extreme Fokussierung der Aufmerksamkeit mittels kooperativer, respektvoller und einladender Interaktion (Rapport) hergestellt wird, sodass ein körperlicher Zustand der Bewusstheit entsteht. Bereits nach der ersten Sitzung begann die Patientin, zu Hause mit dem Stiefvater zu sprechen, ab der zweiten Sitzung auch mit dem Therapeuten. Nach Abschluss der fünften Sitzung besuchte das Mädchen die Schule, ist ausgeglichen und lächelt andere Menschen an (Cavarra et al., 2016).

Gewiss ist die Qualität von Fallberichten wie von Cavarra et al. (2016) als geringer einzustufen im Vergleich zu kontrolliert randomisierten Studien. Studien wie von Cavarra et al. (2016) haben aber den Vorteil, dass sie spezifische Angststörungen thematisieren. Insofern ist es wichtig, solche Studien einzubeziehen, um die hohe Wirksamkeit der Hypnose für unterschiedliche Formen von Angststörungen nachzuweisen.

Chester et al. (2018) untersuchten bei 62 Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren, die wegen akuter Verbrennungen hospitalisiert waren, den Einfluss der Hypnose unter anderem auf ihre Angst vor der Prozedur des Verbandswechsel, der überaus schmerzhaft ist und dementsprechend sehr angstbesetzt ist. Psychische komorbide Folgeschäden sind daher bei einer Minderheit der jugendlichen PatientInnen die Folge. Bei der Interventionsgruppe (Standardbehandlung + Hypnose) wurde die Methode der direkten Suggestion angewendet, das heißt die Kinder und Jugendlichen wurden dazu eingeladen, sich ihren Lieblingsort oder ihre Lieblingslebenserfahrung vor und während des Verbandswechsels vorzustellen. Die Kontrollgruppe erhielt lediglich die (insbesondere pharmakotherapeutische) Standardbehandlung. Die Werte der Jugendlichen aus der Interventionsgruppe auf der Anxiety Skala waren signifikant geringer, wobei Kinder unter acht Jahre besonders von der Hypnose profitierten (Chester et al., 2018).

Das Vorhandensein einer Kontrollgruppe macht die Studie von Chester et al. (2018) qualitativ hochwertig, allerdings ist die Fallzahl mit $N = 62$ recht gering. Die hier bestehende Angstform ist indes eine spezifische Phobie (Angst vor Verbandswechsel nach Verbrennungen), die für die klinische Praxis eher wenig Relevanz hat.

Erappa et al. (2021) teilten 200 Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren, die eine zahnärztliche Lokalanästhesie erhielten, in vier randomisierte Gruppen auf (Hypnose, Akupunktur, audiovisuelle Hilfen, keine Intervention), um die Auswirkungen auf die Angst zu messen, wobei hierfür der Puls und die Atemfrequenz als Messparameter sowie eine Bewertungsskala zur Selbsteinschätzung benutzt wurden. Die Hypnose versetzte die Kinder der entsprechenden Interventionsgruppe in einen kataleptischen Zustand, indem eine Kombination aus Ablenkung und geführter Imagination angewendet wurde. Die Kinder wurden nach ihren favorisierten Figuren und Geschichten gefragt und aufgefordert, sich ein Szenario vorzustellen, was in der Hypnose mit spezifischen Details (Geräusche, Düfte, Farben) angereichert wurde und eine vollständige körperliche Entspannung bewirkte. Im Vergleich zur Intervention mit Akupunktur und audiovisuellen Hilfen reduzierte die Hypnose den Pulsschlag signifikant stärker. Ebenso war die Atemfrequenz der hypnotisierten Kinder signifikant reduziert, weil sie tiefer und langsamer atmeten. Nicht nur waren sie während der Verabreichung der Lokalanästhesie kooperativer und weniger ängstlich, sondern sie waren zusätzlich nicht (mehr) in der Lage, die Nadel zu sehen.

Aufgrund der mit $N = 200$ recht großen Stichprobe, die auf mehrere Interventions- und Kontrollgruppen aufgeteilt wurde, haben die Ergebnisse der Studie von Erappa et al. (2021) eine höhere Repräsentativität im Vergleich zu Chester et al. (2018). Hinzu kommt, dass die Gruppe der hypnotisierten Kinder mit insgesamt drei anderen Gruppen verglichen wurde, sodass Vorteile gegenüber anderen Therapien deutlicher werden und daraus wiederum Rückschlüsse auf die spezifischen Wirkfaktoren der Hypnotherapie gezogen werden können.

Halsband und Wolf (2015) führten eine Magnetresonanztomografie (MRT) des Gehirns von zwölf Personen mit Zahnbehandlungsphobie und zwölf Personen ohne Phobie (Kontrollgruppe) nach einer kurzen hypnotherapeutischen Intervention durch, wobei sie zwecks Provokation der Phobie mit fünf Sekunden andauernden audiovisuellen Reizen konfrontiert wurden. Die Durchführung der Hypnose über Kopfhörer dauerte rund 20 Minuten und basierte auf den von Susann Fiedler entwickelten Prinzipien zur Therapie von Zahnbehandlungsphobien mit dem Ziel, eine allgemeine mentale und physische Entspannung herbeizuführen mittels Atem-Achtsamkeit, der Schaffung warmer Gefühle und einer positiven Stimmungsaufhellung sowie der Schaffung einer positiven Bildsprache. Hierzu wurden die ProbandInnen fünf Tage vor dem Experiment aufgefordert, vor der eigentlichen Hypnose drei Schlüsselwörter zu nennen, die sie mit einem Gefühl der tiefen Entspannung und Glück verbinden (zum Beispiel Karibik, Ferien, Palmen). Diese wurden kurz vor der Präsentation

des potenziell angstausslösenden Reizes präsentiert. Die individuell ausgewählten drei Wörter wurden langsam ausgesprochen und in die Präsentation des Reizes eingepflegt. Im Wachzustand wurden beliebige Wörter als Kontrollgruppe verwendet. Die neurale Aktivität in der linken Amygdala, dem bilateralen anterioren cingulären Cortex und dem bilateralen Hippocampus war nach der hypnotischen Intervention in der Gruppe der Personen mit Dentalphobie signifikant reduziert. Auch in der Kontrollgruppe war nach der hypnotischen Intervention die allgemeine neurale Aktivität reduziert. Vor der Hypnose war in der Dentalphobiegruppe die linke Amygdala signifikant aktiviert, sobald ihnen ein Phobie-Stimulus präsentiert wurde. Doch nach der Hypnose war die Amygdala nicht länger aktiviert. In der Kontrollgruppe war weder vor noch nach der Hypnose die Amygdala aktiviert.

Zwar ist die Stichprobe in der Studie von Halsband und Wolf (2015) mit $N = 24$ recht klein, doch die Stärke dieser Studie besteht zweifellos darin, dass vor und nach der Hypnose die neurale Aktivität gemessen wurde, sodass zumindest eindeutig bewiesen werden kann, in welchen Hirnregionen Veränderungen auftreten. Hierbei ist besonders positiv hervorzuheben, dass die neuronale Aktivität von PatientInnen mit und ohne spezifischer Phobie als Reaktion auf die Hypnose miteinander verglichen wurde und hier in beiden Gruppen insgesamt eine reduzierte Aktivität beobachtet wurde, sodass zum Beispiel ein Placebo-Effekt auszuschließen ist.

In der Pilotstudie von Hammer et al. (2020) nahmen 23 MedizinstudentInnen zwölf Tage vor ihrer ersten und zehn Tage vor ihrer zweiten mündlichen Prüfung an einer einstündigen Hypnosesitzung teil. Diese setzte sich zusammen aus einem 15-minütigen Briefing, einer 30 Minuten dauernden Hypnose und einem daran anschließenden 15-minütigen Debriefing. Diese Sitzungen wurden aufgezeichnet mit der Aufforderung an die TeilnehmerInnen, sich diese zur Selbsthypnose bis zum Tag der mündlichen Prüfung täglich anzuhören. Die Hypnose wurde mit einer individuellen Induktion eingeleitet, gefolgt von dem Hervorrufen einer positiven Ressource in der Wahrnehmung der PatientInnen. Nach deren Bestätigung der Ressource erfolgte eine emotionale Exposition zu einem fiktiven Anatomietest. Falls die PatientInnen Symptome der Prüfungsangst verspürten, wurde die interne Ressource erneut hervorgerufen. Die ebenfalls 23 MedizinstudentInnen mit Prüfungsangst umfassende Kontrollgruppe erhielt keine Intervention oder alternative Behandlung, was jedoch der alltäglichen Situation entspricht. In der Hypnosegruppe verringerte sich die Prüfungsangst signifikant (von 57.7 [erster Messzeitpunkt zu Semesterbeginn] auf 52.6 Punkte [zwei Tage vor erster mündlicher Prüfung] auf 51.0 [zwei Tage vor zweiter mündlicher Prüfung] auf der Skala). Ebenso verringerte sich das mangelnde Selbstvertrauen. In der Kontrollgruppe gab es keine statistisch signifikante Verringerung. Allerdings bestand keine statistische Signifikanz hinsichtlich der Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Weil es sich bei Hammer et al. (2020) um eine Pilotstudie handelt, ist die Stichprobe entsprechend klein, was vermutlich der Grund für die nicht messbare statistische Signifikanz der Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ist. Dementsprechend sind die Ergebnisse nur begrenzt verallgemeinerbar. Ungeachtet dessen lassen sich die Ergebnisse der Studie als wichtigen Hinweis interpretieren, dass Hypnose bei der Prüfungsangst als einer spezifischen Phobie hochwirksam ist – insbesondere unter der Berücksichtigung, dass die hypnotische Intervention nur zweimal durchgeführt wurde. Gleichzeitig ist die Qualität der Untersuchung durch die fehlende Verblindung eingeschränkt, da die positiven Effekte auch darauf zurückzuführen sind, dass die ProbandInnen der Hypnosegruppe mehr Aufmerksamkeit erhielten als die ProbandInnen der Kontrollgruppe, da bei ihnen bekanntlich keinerlei Intervention erfolgte (Hammer et al., 2020).

In der Studie von Roberts et al. (2021) wurden 157 Frauen mit postmenopausebedingten Ängsten und Hitzewallungen in zwei Gruppen aufgeteilt, die einmal pro Woche für fünf Wochen jeweils eine Intervention erhielten, um die Wirksamkeit der Hypnose zu untersuchen: Die Kontrollgruppe (N = 94) wurde in einem psychotherapeutischen Setting in strukturierter Aufmerksamkeit instruiert, um ihre Ermutigung zu stärken und um ihre Symptome zu überwachen. Die Interventionsgruppe (N = 93) erhielt eine rund 45-minütige Hypnosetherapie, welche im Eins-zu-Eins-Kontakt mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten stattfand. Im Anschluss an die hypnotische Induktion erfolgten Suggestionen, um bei den Teilnehmerinnen Lässigkeit und Entspannung herbeizuführen. Eine wichtige Rolle spielte hierbei die mentale Imagination des sicheren Ortes. Zudem wurde den Teilnehmerinnen eine aufgezeichnete hypnotische Induktion mitgegeben und darum gebeten, täglich Selbsthypnose zu praktizieren. Im Rahmen der wöchentlichen Sitzungen wurden sie diesbezüglich instruiert, um die Selbsthypnose eigenständig durchzuführen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Angststörung bei beiden Gruppen signifikant reduzierte, wobei am Beginn der Untersuchung, nach fünf Wochen (also nach Abschluss aller Sitzungen) und nach zwölf Wochen (Follow-up) gemessen wurde. Jedoch reduzierte sich die Angst bei der Kontrollgruppe (33 Punkte nach fünf Wochen und 30 Punkte und zwölf Wochen) im Vergleich zur Interventionsgruppe (40 und 39) weniger stark. Hinzu kommt, dass sich die Angststärke in der Interventionsgruppe nach der Hypnosesitzung in jeder Woche verringerte. Ebenso reduzierte sich mit jeder Woche die vor der jeweiligen Sitzung erhobene Angst, das heißt, es lässt sich ein deutlicher „Mitnahmeeffekt“ aus der vergangenen Hypnosesitzung feststellen.

Das Studiendesign bei Roberts et al. (2021) ist als besonders hochwertig einzuschätzen. Lediglich die geringe Stichprobe ist zu bemängeln, wobei dies keine negativen Auswirkungen auf die Signifikanz der Effektstärke hat. Besonders wertvoll ist die Follow-up-Messung nach zwölf Wochen, um die langfristige Wirksamkeit der Hypnose zu belegen. Zudem zeigt die Studie, dass auch hypnoseähnliche Interventionen – in diesem Fall das

Erlernen der strukturierten Aufmerksamkeit – Angststörungen vermindern. Zudem ist das Störungsbild der Angststörung in der Postmenopause ein selten untersuchtes Phänomen, weshalb der Erkenntnisgewinn besonders hoch ist.

Spiegel (2014) demonstriert anhand eines Fallbeispiels die Wirksamkeit der Anwendung der Hypnotherapie bei PatientInnen mit spezifischer Phobie: Eine 65-jährige pensionierte Hochschullehrerin für Mathematik war nicht mehr dazu in der Lage, vor anderen Personen Gitarre zu spielen – einschließlich des Gitarrenlehrers. Die Hypnose wurde in der zweiten der insgesamt vier Sitzungen als Bestandteil der schrittweisen Exposition angewendet. Parallel zur Induktion mittels Augenfixation wurde leichte New-Age-Musik abgespielt, um einen beruhigenden Hintergrund zu haben, der die hypnotische Wirkung unterstützt. Zur Vertiefung der Hypnose wurden das tiefe Atmen und Muskelrelaxation in Verbindung mit Instruktionen angewendet, um die Aufnahmefähigkeit der Patientin zur Selbstberuhigung zu stärken. Techniken zur Selbststärkung und posthypnotische Suggestionen wurden genutzt, sodass die Patientin das während der Hypnose erlebte Gefühl der Sicherheit überallhin mitnehmen kann. Somit war die Patientin dazu in der Lage, Behaglichkeit und Sicherheit zu verspüren, während sie sich in der Imagination am Strand vorstellte und die abgespielte New-Age-Musik als besonders wohltuend empfand. Daraufhin schlug Spiegel (2014) vor, dass sich die Patientin vorstellen sollte, vor ihrem Gitarrenlehrer zu spielen, was sie schaffte, ohne Angst zu verspüren. Spiegel (2014) vermutete, dass der Ton der Gitarre einen konditionierten Stimulus, einen Trigger für Angst darstellte, weshalb die Patientin zur nächsten Sitzung eine CD mit Aufnahmen von ihrem eigenen Gitarrenspiel mitbringen sollte. In der dritten Sitzung wiederholte Spiegel (2014) die Augenfixation mit dem Unterschied, nun im Hintergrund anstelle der New-Age-Musik das Gitarrenspiel der Patientin abzuspielen, was bei ihr einen sofortigen Adrenalinanstieg bewirkte, woraufhin Spiegel (2014) vorschlug, sie könnte einen Weg zur Visualisierung des Adrenalinausstoßes finden und darauf achten, wie dieser sich verändert. Im Zuge der sich abschwächenden Angst suggerierte Spiegel (2014) ihr Möglichkeiten, sich an dieser Erfahrung zu erfreuen durch etwas, was ihr sehr hilfreich sein könnte. Sie nannte „Das ist für mich“ und erkannte, dass sie mit dem Gitarre spielen wie mit einer Mathegleichung umging, wohingegen sie sich beim passiven Musikhören rein rezeptiv verhielt und sich in der Erfahrung fallenlassen konnte. Die Suggestion von Spiegel (2014) lautete, dass die Gitarre eine Erweiterung der Patientin darstellte und ein Ventil für ihren kreativen Ausdruck, woraufhin sie ihr Unwohlsein (auf einer Skala von 0 bis 10) nicht länger mit 8, sondern mit 2 angab, begleitet von einem Gefühl des Optimismus. Nach Beendigung der Hypnose ermutigte Spiegel (2014) die Patientin, die Selbsthypnose weiterzuführen, während sie ihrem aufgezeichneten Gitarrenspiel zuhört, mit dem Ziel, den Ton ihres Spiels mit der Erfahrung der Selbstberuhigung zu verbinden. In der vierten und letzten Sitzung brachte die Patientin ihre Gitarre mit, berichtete über den Erfolg der

Selbsthypnose und dass sie fähig war, vor ihrem Ehemann zu spielen sowie – mit geringer Angst – vor ihrem Gitarrenlehrer. Anstatt hypnotisiert zu werden, spielte sie in dieser letzten Sitzung eine halbe Stunde lang Gitarre, während Spiegel (2014) zuhörte, obwohl sie anfänglich eine steil aufkommende Angst verspürte, welche aber schnell abklang, und sich stattdessen erstaunlich ruhig fühlte. Beim Follow-up berichtete sie, dass sie nun mit Freunden angstfrei und ohne bange Vorahnung Gitarre spielen kann, was auch sechs Monate darauf noch Bestand hatte.

Ähnlich wie in der Studie von Cavarra et al. (2016) wird von Spiegel (2014) lediglich ein kurzer Fall einer spezifischen Phobie vorgestellt, sodass die Verallgemeinbarkeit zwar stark eingeschränkt ist, jedoch wird die Hypnosetechnik sehr präzise beschrieben, woraus sich die Wirkungsweise ableiten lässt. Insofern lassen sich die Ergebnisse eher als zusätzliches Argument für die hohe Wirksamkeit der Hypnose heranziehen, sie sind aber angesichts fehlender Interferenzstatistik zu dürftig, um sozusagen auf eigenen Füßen zu stehen.

Zhang et al. (2022) teilten 90 MedizinstudentInnen mit hoch ausgeprägter Prüfungsangst paritätisch in zwei Interventionsgruppen auf, nämlich eine Hypnosegruppe und eine progressive Muskelentspannungsgruppe. 45 weitere MedizinstudentInnen mit gering ausgeprägter Prüfungsangst bildeten die Kontrollgruppe, um zu überprüfen, ob die beiden Interventionsgruppen im Vergleich mit den ProbandInnen mit gering ausgeprägter Prüfungsangst eine Aufmerksamkeitsverzerrung haben im Hinblick auf testbezogene Informationen beim Pretest. Beide Interventionsgruppen erhielten sechs Wochen andauernde, wöchentlich stattfindende Interventionen von jeweils rund 30 Minuten Länge. Die Hypnose wurde standardmäßig induziert, sodass sich die StudentInnen in einem hypnotischen Zustand befanden, was rund 15 Minuten dauerte. Sie erhielten währenddessen bildergestützte Suggestionen, um gegenüber ihrer Prüfungsangst gering- bis hochgradig exponiert zu werden. Währenddessen erhielten sie Suggestionen der Entspannung und angenehmen Erfahrungen. Zudem wurden die Suggestionen genutzt, um die Kognition und die Aufmerksamkeit in Bezug auf den Test zu verändern. Basierend auf der Theorie und den Techniken von Edmund Jacobson wurden demgegenüber die TeilnehmerInnen aus der zweiten Interventionsgruppe in die progressive Muskelentspannung eingeführt, das heißt, sie erlernten die standardisierten Übungen. Im Kern geht es bei der progressiven Muskelentspannung darum, bewusst ausgewählte Muskelgruppen zunächst anzuspannen und wieder zu entspannen. Beginnend mit den Händen und von dort aus durch den ganzen Körper bis zu den Füßen. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Beim Posttest (6 Wochen) sowie beim Follow-up (nach 2 Monaten) war die Prüfungsangst in beiden Interventionsgruppen statistisch signifikant vermindert, doch in der Hypnosegruppe wurden im Durchschnitt geringere Skalenwerte angegeben (Posttest: 12 vs. 16, Follow-up: 19 vs. 15),

weshalb die Hypnose eine höhere Wirksamkeit aufwies. Außerdem wurde die Aufmerksamkeitsverzerrung der ProbandInnen aus der Hypnosegruppe im Hinblick auf die Wahrnehmung bedrohlicher Reize stärker verringert (Zhang et al., 2022).

Die Stichprobe in der Studie von Zhang et al. (2022) ist relativ klein, was die Verallgemeinbarkeit der Ergebnisse begrenzt. Positiv ist der Follow-up-Zeitpunkt zwei Monate nach dem Posttest, wodurch auch eine längerfristige Wirksamkeit der Hypnose belegt wurde.

5. Diskussion

Im Anschluss an die Vorstellung der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien werden diese zunächst in das Forschungsfeld eingeordnet und im Hinblick auf ihre Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche diskutiert. Im Anschluss daran werden die Forschungsfragen beantwortet und die Ergebnisse zusammengefasst. Danach wird die Suchstrategie kritisch reflektiert und es werden die Limitationen der herausgearbeiteten Ergebnisse aufgezeigt.

5.1 Beschreibung der Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Widersprüche sowie Einordnung der Literatur in das Forschungsfeld

Die Ergebnisse der gefundenen Literatur lassen sich in die in Kapitel 2.1 dargestellte Funktionsweise der Hypnose einordnen, sodass letztlich die Gemeinsamkeit der eingeschlossenen Studien darin besteht, dass es sich bei der Hypnose bzw. Hypnotherapie um ein hochwirksames Verfahren handelt. Die eingeschlossenen Studien entsprechen somit dem aktuellen Forschungsstand, was die hohe Wirksamkeit der Hypnotherapie anbelangt.

Weil die von den PatientInnen wahrgenommene oder selbsteingeschätzte Angst in allen Studien durch die hypnotherapeutische Intervention reduziert wurde, scheint das Unterbewusstsein im Anschluss an die Ausführungen in Kapitel 2.1.2 bei psychischen Störungen eine große Rolle zu spielen. Insbesondere die Studie von Halsband und Wolf (2015) ist hier besonders aufschlussreich, weil sie als einzige der Studien die neuronale Aktivität misst und deshalb – was die Erklärung der Hochwirksamkeit anbelangt – besonders geeignet ist, um die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit zu beantworten. Dies erfolgt in Kapitel 5.2.

Zwar besteht hinsichtlich der Ergebnisse der Hochwirksamkeit der Hypnose bei den insgesamt acht eingeschlossenen Studien Einigkeit, da studienübergreifend die Angstzustände bei allen ProbandInnen nach der hypnotischen Intervention reduziert waren. Im Detail gibt es jedoch Unterschiede hinsichtlich der verwendeten Hypnosetechniken. In der Mehrheit der Studien wurde die direkte Suggestion angewendet (Chester et al., 2018; Erappa et al., 2021; Hammer et al., 2020; Roberts et al., 2021; Zhang et al., 2022). Spiegel (2014) nutzte die Augenfixation zum Einleiten der Trance und wendete dann im Trancezustand

Suggestionen an. Die indirekte Suggestion nach Erickson wurde bei Cavarra et al. (2016) angewendet, bei Halsband und Wolf (2015) wurde ebenfalls eine Form der indirekten Suggestion angewendet, die auf Susann Fiedler zurückgeht und von ihr speziell für die Zahnbehandlungsphobie entwickelt wurde.

Sowohl direkte als auch indirekte Suggestionen wie sie in den vorgestellten Studien angewandt wurden, dienen der hohen Ressourcen- und Lösungsorientierung der Hypnotherapie, wie es Häuser et al. (2016) zusammenfassen. Die Verbesserung der Symptomatik der PatientInnen wird somit vor dem Hintergrund der Annahme durchgeführt, dass sie bereits die Lösungen für ihre Probleme in sich tragen, welche ihnen aber nicht bewusst sind (Revenstorf, 2015). In keiner der eingeschlossenen Studien wurde die rein traditionelle, klassische Hypnose genutzt, die direktiv mittels hypnotischer Befehle durchgeführt wird und sich konkret gegen das Symptom richtet. Hier ist die zeitlich begrenzte Wirksamkeit als Grund anzunehmen, da die PatientInnen während und nach der Hypnose reine Befehle abarbeiten und eine Veränderung der Symptomatik nicht auf eine willentliche Korrektur der PatientInnen im Sinne einer eigenen Entscheidung beruht. Die moderne Form der Hypnose dient wie in den Studien angewandt, der Lösungsfindung durch die PatientInnen selbst und stärkt somit die Autonomie und Selbstwirksamkeit (DocCheck, o.D.)

Für die Therapie von Angststörungen scheint somit von Bedeutung zu sein, dass die Lösung nicht von außen (vor)gegeben wird, sondern von den PatientInnen selber ausgeht. Zum Beispiel bewirkte die indirekte Suggestion von Cavarra et al. (2016) bei einem siebenjährigen Mädchen mit selektivem Mutismus, dass die Patientin ihre Autonomie bewahren konnte, aber ihre Unsicherheit durch die indirekte Suggestion im wahrsten Sinne des Wortes zur Sprache kam, weil der Therapeut es schaffte, den Rapport auf Augenhöhe zu gestalten. Ebenso erweisen sich bei Angststörungen simple positive Suggestionen wie bei Halsband und Wolf (2015) als wirksam, die schlichtweg Entspannung und Ruhe bewirken, gewissermaßen als Kontrast zum angstausslösenden oder -bestärkenden Stimulus. Ebenso wurde in einigen Studien unter Hypnose die aus der Verhaltenstherapie bekannte Exposition angewendet (Halsband & Wolf, 2015; Hammer et al., 2020; Zhang et al., 2022).

Bezüglich der Exposition merkt Peter (2008) an, dass umso mehr der Einsatz von behavioralen Maßnahmen erforderlich ist, wenn ein Symptom in hohem Maße von Willkür geprägt ist. In den acht eingeschlossenen Studien treten vor allem spezifische Phobien (2 x Zahnbehandlungsphobie, 2 x Prüfungsangst, 1 x Gitarre spielen vor anderen Personen) auf. Zudem werden Angststörungen in der Postmenopause (Roberts et al., 2021) und in Bezug auf den Verbandswechsel nach Verbrennungen bei Kindern (Erappa et al., 2021) untersucht. Der selektive Mutismus ist eine weitere Form der Angststörung (Cavarra et al., 2016), sodass insgesamt eine recht breite Auswahl an Angststörungen untersucht wurde. Was die Auflösung der angstbezogenen Symptomatik betrifft, so ist der Einschätzung von Peter (2008)

zuzustimmen, das heißt, ein gewisses Maß an realer Exposition erscheint unvermeidlich, so wie es beispielsweise Spiegel (2014) bei ihrer Patientin mit spezifischer Phobie (Gitarre spielen vor anderen Personen, einschließlich des Gitarrenlehrers) tat. Dagegen wurde das siebenjährige Mädchen mit selektivem Mutismus bei Cavarra et al. (2016) nicht mit den angstbesetzten Situationen oder Reizen konfrontiert, sondern vielmehr ging es bei der indirekten Suggestion darum, einen von Empathie und Verständnis geprägten Rapport aufzubauen und aufrechtzuerhalten, indem die Patientin in die Situation gebracht wurde, den Therapeuten beurteilen zu können, um sich letztlich wohler zu fühlen.

Offensichtlich bewirkte die Exposition der angstausslösenden Reize unter Hypnose in den Studien von Halsband und Wolf (2015), Hammer et al. (2021) sowie Zhang et al. (2022) den Aufbau von Distanz zu der den Reizen zugrunde liegenden Angst. Der zentrale Wirkfaktor besteht aber vermutlich in der zuvor durchgeführten Stärkung positiver Ressourcen durch das Konditionieren beispielsweise der drei eng mit Entspannung und Freude verknüpften Wörter „Sonne, Strand, Meer“ mit den negativen Reizen (Halsband & Wolf, 2015) oder alternativ durch die Anwendung der geführten Bildertechnik, bei der sich die PatientInnen ein angenehmes „Bild“, also eine Situation, vorstellen, wodurch ihre Aufmerksamkeit bewusst auf die Entspannung gelenkt wird (Hammer et al., 2021). Letzteres wurde in vergleichbarer Weise auch bei Erappa et al. (2021) durchgeführt, allerdings ohne dass im Anschluss eine Angstkonfrontation erfolgte.

In allen Studien wurden die ProbandInnen durch Hypnose in einen Zustand der Entspannung und Beruhigung versetzt, der es ihnen ermöglichte, sich entweder ihrer Angst oder Phobie besser auszusetzen, weil sie zumindest auf körperlicher Ebene ausgeglichen waren (Muskelrelaxation) und/oder weil sie auch mental – wie bereits erwähnt – eine gewisse Distanz einnehmen konnten aufgrund der verringerten Aktivität des limbischen Systems.

Nur Cavarra et al. (2016) sowie an anderer Stelle Spiegel (2014) berichten über eine Auflösung der Symptome, wohingegen in den anderen Studien nach der hypnotischen Intervention lediglich eine Verringerung der Symptomatik festgestellt wurde. Das bedeutet, dass die ProbandInnen bei Erappa et al. (2021) auch nach der Intervention noch immer eine Zahnbehandlungsphobie hatten, dass die ProbandInnen bei Hammer et al. (2021) nach wie vor unter Prüfungsangst litten usw. Somit bestehen die Unterschiede zwischen diesen Studien darin, dass nicht immer eine Auflösung der Diagnose erreicht wurde.

In allen Studien erfolgte der Kontakt zur Hypnotherapeutin oder zum Hypnotherapeuten in persönlicher Form. Zusätzlich wurde den ProbandInnen in drei Studien eine Audiodatei mitgegeben, auf der ihre Hypnosesitzung oder bildliche Suggestionen gespeichert waren (Halsband & Wolf, 2015; Hammer et al., 2020; Roberts et al., 2021). Insofern erweist sich die Hypnose zum einen auch dann als wirksam, wenn sie nicht in Präsenz durchgeführt wird. Zum anderen hat somit nicht nur die Fremd-, sondern auch die

Selbsthypnose eine positive Wirkung auf Angststörungen. Dies steht im Einklang mit Derra (2006) und an anderer Stelle Reddermann (2011), die auf die Notwendigkeit des Transfers der während der Trance erarbeiteten Strategien und Erkenntnisse in den eigenen Alltag hinweisen.

In der Mehrheit der Studien wurde die Angst nicht anhand von objektiven Parametern wie der elektrodermalen Aktivität, der Herzrate und/oder dem Blutdruck gemessen, sondern erfolgte lediglich in Form von Selbsteinschätzungen (Chester et al., 2018; Hammer et al., 2020; Roberts et al., 2021; Zhang et al., 2022). Insofern ist eine verzerrte Selbstwahrnehmung nicht auszuschließen. Lediglich Erappa et al. (2021) maßen im Pre- und Posttest den Puls und die Atemfrequenz und konnten dadurch belegen, dass die Hypnose hochwirksam ist. Als ideale Messung der Angst lässt sich die zweifellos sehr aufwendige Vorgehensweise von Halsband und Wolf (2015) heranziehen, weil die AutorInnen die neuronale Aktivität maßen, die vor dem Hintergrund der Ausführungen in Kapitel 2.1.2 ein ausgesprochen verlässlicher Indikator für das Erkennen von Angstzuständen ist. Weil die beiden Patientinnen in den Fallberichten – Cavarra et al., 2016 und Zhang et al., 2022 – nach Therapieabschluss keinerlei Symptome mehr verspürten, sind zusätzliche objektive Parameter nicht notwendig.

5.2 Beantwortung der Forschungsfragen und Zusammenfassung der Ergebnisse

Wie hochwirksam ist Hypnose bei Angststörungen (im Vergleich zu anderen Therapieverfahren)?

Die eingeschlossenen Studien belegen zunächst, dass Hypnose bei Angsterkrankungen hochwirksam ist. Die Wirksamkeit geht in manchen Studien so weit, dass die Symptome nach der hypnotherapeutischen Intervention vollständig verschwinden, sodass die den Symptomen zugrunde liegende Diagnose nicht mehr zutrifft – so zum Beispiel der selektive Mutismus bei Cavarra et al. (2016). Eine höhere Wirksamkeit als die – auch in langfristiger Hinsicht – vollständige Egalisierung der Symptomatik lässt sich in der Psychotherapie nicht erreichen.

Die Hypnose ist so hochgradig wirksam, dass sich die neuronale Aktivität in der linken Amygdala, dem bilateralen anterioren cingulären Cortex und dem bilateralen Hippocampus reduziert (Halsband & Wolf, 2015) und dass sich das Herz-Kreislauf-System beruhigt, was sich in Form eines verringerten Herzschlags und einer verminderten Atemfrequenz zeigt (Erappa et al., 2021).

Insbesondere anhand der beiden Fallberichte (Cavarra et al., 2016; Spiegel, 2014) wird die hohe Wirksamkeit sichtbar, obwohl unterschiedliche Techniken genutzt wurden (indirekte Suggestion bei Cavarra et al., 2016; Augenfixation und direkte Suggestion bei Spiegel, 2014). Bei Cavarra et al. (2016) ergab sich bereits nach der ersten Sitzung und bei Spiegel (2014) nach der dritten Sitzung eine erhebliche Symptomverbesserung, wobei beide

Fälle nach fünf (Cavarra et al., 2016) bzw. vier Sitzungen (Spiegel, 2014) abgeschlossen waren, mit dem Ergebnis, dass die jeweilige Patientin vollständig geheilt war, sodass die Diagnose selektiver Mutismus (Cavarra et al., 2016) bzw. spezifische Phobie (Spiegel, 2014) nicht länger zutreffend war.

Was den Vergleich mit anderen Therapieverfahren anbelangt, so geben die eingeschlossenen Studien darüber keine Auskunft, weil in keiner der Kontrollgruppen ein anderes Psychotherapieverfahren untersucht wurde. In einigen Studien wurden alternative, das heißt nicht-psychotherapeutische, Therapieverfahren untersucht, darunter Akupressur (Erappa et al., 2021), Erlernen der strukturierten Aufmerksamkeit (Roberts et al., 2021) sowie die progressive Muskelentspannung nach Jacobson (Zhang et al., 2022). Zwar waren auch diese Interventionen wirksam, da sie die Angstzustände verringerten, doch die Hypnose erwies sich in allen drei Studien als wirksamer, weil sie die jeweiligen Angstzustände signifikant stärker verringerte.

Worin bestehen die konkreten Vorteile der Hypnotherapie gegenüber anderen Therapieverfahren?

Hier ist zunächst das Ausbleiben von Nebenwirkungen zu nennen. In keiner der Studien wurde im Zusammenhang mit der Durchführung der Hypnose über unerwünschte Wirkungen berichtet. Dagegen bei pharmakotherapeutischen Interventionen besteht in jedem Fall das Risiko von unerwünschten Wirkungen, weshalb insbesondere auf Wechselwirkungen zu achten ist, außerdem müssen Anwendungsbeschränkungen beachtet werden (Bandelow et al., 2021). Beispielsweise in der Initialphase der pharmakotherapeutischen Behandlung einer sozialen Phobie mit einem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Paroxetin oder Escitalopram sowie einem selektiven Noradrenalin- und Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSNRI) wie Venlafaxin erleidet ein Teil der PatientInnen eine ganze Reihe an gastrointestinalen Nebenwirkungen, gepaart mit Unruhe und Nervosität (Volz & Stieglitz, 2019). Hinzu kommt, dass die Pharmakotherapie bei sämtlichen Angststörungen mit SSRI und SSNRI über einen Zeitraum von mehreren Jahren anzulegen ist und dass erst im Falle einer zufriedenstellenden Stabilität der Symptome eine vorsichtige Reduktion sowie gegebenenfalls Absetzung – die ebenfalls über mehrere Monate hinweg erfolgt – anzudenken ist (Volz & Stieglitz, 2019).

Zwar lassen sich durch die Pharmakotherapie oder die Kombination aus Pharmakotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie schnelle Therapieerfolge erzielen (Bandelow et al., 2021). Doch davon bleibt die Problematik der unerwünschten Wirkungen sowie der langen Behandlungsdauer unverändert. Auf den Aspekt der Behandlungsdauer wird unten gesondert eingegangen.

Ein zentraler Nachteil der Psychopharmakotherapie besteht zudem in der rein symptombezogenen Therapie, das heißt weder wird die Ursache für die Entstehung bzw.

Aufrechterhaltung der Angst oder Phobie thematisiert noch entwickeln PatientInnen ein Gefühl der Bewältigbarkeit ihrer Symptome, sondern sie sind abhängig von dem Medikament, welches ihre Symptomatik lindert. Weil für das Entstehen einer Angststörung sowohl bewusste als auch unbewusste kognitive Prozesse relevant sind (Goschke & Dreisbach, 2011), liegt es folglich auf der Hand, dass eine therapeutische Intervention im Unterbewusstsein erfolgversprechend ist, wie es bei der Hypnotherapie erfolgt. Die Hypnotherapie scheint – da sie das Unterbewusstsein anspricht – in stärkerem Maße nicht nur eine Reduktion der Symptome anzustreben, sondern darüber hinaus geht sie auch ursachenorientiert vor. Deutlich wird dies in der Studie von Cavarra et al. (2016), wo das schrittweise Vorgehen des Hypnotherapeuten mithilfe der indirekten Suggestion nach Erickson zu einer Auflösung der Symptome führt, was zudem langfristig Bestand hat.

Ein weiterer Vorteil der Hypnotherapie besteht darin, dass die Exposition mit der Angst leichter durchgeführt werden kann, was vermutlich auf die hypnotische Induktion zurückzuführen ist, da „the effect of imaginal exposure could be amplified by relabeling it as hypnotic exposure and presenting the anxiety-provoking images after an induction“ (Valentine et al., 2019, S. 357), weshalb zum Beispiel Valentine et al. (2019) vorschlagen, zunächst die hypnotische Induktion durchzuführen und im Anschluss daran die Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie anzuwenden. Dagegen in der kognitiven Verhaltenstherapie werden für graduelle Vorgehensweisen sehr gute Erfolgsraten berichtet, wodurch zwar die aktive Rolle der PatientInnen gestärkt wird, doch die Durchführung ist zeitlich und für die PatientInnen mental sehr aufwendig (Bents, 2005). All dies erhöht die Abbruchwahrscheinlichkeit.

Hypnotherapeutische Interventionen verringern hingegen das Leid der PatientInnen während der Exposition, sodass möglicherweise – sofern sich diese Erkenntnis in der Allgemeinbevölkerung durchsetzen würde – dadurch die Wahrscheinlichkeit der Therapiebereitschaft von Menschen mit Angstzuständen erhöht wird. Denn weil PatientInnen im hypnotischen Zustand in die Lage versetzt werden, angstausslösende Reize distanziert zu betrachten bzw. überhaupt wahrzunehmen und zu erkennen, fällt es ihnen vermutlich leichter, ihre Angst zu überwinden.

Ein weiterer konkreter Vorteil der Hypnotherapie besteht darin, dass sie nicht nur die Symptome der Angststörung verringert – oder sogar komplett auflöst (Cavarra et al., 2016; Spiegel, 2014) –, sondern dass das vegetative Nervensystem reguliert wird, das heißt sowohl auf psychisch-mentaler Ebene als auch auf körperlicher Ebene, bewirkt die Hypnotherapie eine Verbesserung der Belastungen und Symptome. Denn zumindest in zwei der acht eingeschlossenen Studien konnte nachgewiesen werden, dass sich nach dem hypnotischen Zustand die neuronale Aktivität im limbischen System verringert (Halsband & Wolf, 2015) bzw. dass sich das Herz-Kreislauf-System beruhigt (Erappa et al., 2021). Daran wird die Verbindung zwischen Psyche und Körper sichtbar, da körperliche Beschwerden bei

Angststörungen – zum Beispiel Herzrasen und Arrhythmien – eine wichtige Rolle spielen (Voigt, 2021). In Psychotherapie und Coaching findet der Körper – mit Ausnahme der Gestalttherapie, bei der die Körperarbeit traditionell von großer Wichtigkeit ist, sowie der Psychosomatik – eher in geringer Form Berücksichtigung, obwohl der Körper einen großen Bezug zum Unbewussten hat (Ryba, 2019).

Hinzu kommt, dass in einigen der eingeschlossenen Studien die langfristige Wirksamkeit der Hypnotherapie nachgewiesen wurde, nämlich sieben Wochen (Roberts et al., 2021), zwölf Wochen (Cavarra et al., 2016) sowie sechs Monate (Spiegel, 2014) nach dem Posttest. Insofern wirkt die Hypnotherapie nicht nur akut, sondern auch langfristig, wobei in zwei dieser Studien die jeweilige Diagnose mangels Symptomen nicht länger gestellt werden konnte.

In einer Meta-Analyse aus 2019 bemängeln Valentine et al. (2019) einen Mangel der Studienlage zur Selbsthypnose bei Angststörungen. Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse von Hammer et al. (2020) und Roberts et al. (2021) eine hohe Wirksamkeit der Selbsthypnose. Dementsprechend besteht ein weiterer Vorteil der Hypnotherapie gegenüber anderen Therapieverfahren darin, dass sie – zugespitzt formuliert – nach einer kurzen Instruktion zu Hause praktiziert werden kann. Zwar ersetzt dies nicht den (Erst-)Kontakt mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten, doch PatientInnen erhalten dadurch die Möglichkeit, eigenständig ihre Ressourcen zu stärken, um ihre Angst oder Phobie ebenso eigenständig aufzulösen. Letztlich müssen PatientInnen die Angstkonfrontation im Alltag ohnehin alleine durchführen, sodass sie im Rahmen der Hypnotherapie in ihrer Selbstverantwortung gestärkt werden bei gleichzeitiger Verringerung der Abhängigkeit von den TherapeutInnen, sie aber gleichzeitig von den HypnotherapeutInnen Zuversicht vermittelt bekommen, es tatsächlich alleine zu schaffen. Die Zuversicht der PatientInnen, es zu schaffen, ist ein wichtiger Wirkfaktor (Wittchen & Hoyer, 2011). Dementsprechend unterstützt die Hypnotherapie diesen Prozess, was in anderen Verfahren wie der kognitiven Verhaltenstherapie mit deutlich mehr Aufwand betrieben werden muss im Vergleich zur Selbsthypnose.

Inwiefern lassen sich durch Hypnose Behandlungsdauer und Behandlungsumfang von Angststörungen verringern?

Der letztgenannte Aspekt des Vorteils der Selbsthypnose steht in enger Verbindung mit der Verkürzung der Behandlungsdauer und dem Behandlungsumfang. Denn wenn PatientInnen erlernen, wie sie in einen hypnotischen Zustand gelangen können, um ihre angstbedingte Anspannung zu reduzieren, so wird dadurch die Therapeutin oder der Therapeut in mehrerer Hinsicht wesentlich entlastet. Beispielsweise das Einsprechen der drei mit tiefer Entspannung verknüpften Wörter bei Halsband und Wolf (2015) oder das Aufzeichnen einer Hypnosesitzung bei Hammer et al. (2020) sowie die anschließende Übergabe an PatientInnen erweist sich als sehr niedrigschwellig, aber hochwirksam, um nicht

nur die (langfristige) Wirksamkeit der Therapie sicherzustellen, sondern auch die Dauer und den Umfang der Behandlung zu reduzieren. Denn laut den eingeschlossenen Studien steigert offensichtlich bereits das Anhören einer direkten Suggestion das Wohlfühl und baut (An-)Spannungen ab. Im Hinblick auf den Behandlungsumfang erweist sich die Hypnotherapie ohnehin als ausgesprochen wenig „anspruchsvoll“, weil keine aufwendigen Instrumente oder dergleichen notwendig sind.

Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen liegt die optimale Dauer einer Psychotherapie bei Angststörungen ungefähr zwischen vier und 24 Sitzungen, wobei für die einzelnen Ausprägungen noch einmal graduelle Unterschiede bestehen (Bandelow et al., 2021). In den eingeschlossenen Studien liegt die Sitzungsdauer im unteren bis mittleren einstelligen Bereich, was zum einen darauf zurückzuführen ist, dass die Hypnotherapie aufgrund der bereits genannten Aspekte hochwirksam ist. Zum anderen liegt es daran, dass – wie bereits erwähnt – viele PatientInnen zur Selbsthypnose angeleitet wurden, sodass dadurch die Dauer und der Umfang der Behandlung verringert wurden. In einigen der eingeschlossenen Studien wurde sogar nachgewiesen, dass bereits eine hypnotherapeutische Sitzung ausreicht, um die akute Symptomatik (teils sehr deutlich) zu verringern (Cavarra et al., 2016; Roberts et al., 2021; Spiegel, 2014).

5.3 Kritik der Suchstrategie und Limitationen

Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben, wurde der Suchterm schrittweise entwickelt, was aus der Sorge heraus geschah, dass die Beschränkung der Suche auf den Begriff „anxiety“ womöglich dazu führen könnte, dass keine Studien zur Wirksamkeit der Hypnose zu einzelnen Angststörungen – zum Beispiel spezifische Phobien oder selektiver Mutismus – gefunden werden. Dementsprechend wurden im Anschluss an einen ersten Testdurchlauf die in Kapitel 2.2 aufgeführten einzelnen Störungsbilder gemäß ICD-11 in den Suchterm aufgenommen.

Die größte Schwäche dieser systematischen Literaturrecherche besteht darin, dass die Ergebnisse nicht wie in einer Meta-Analyse statistisch aufbereitet wurden, um eine aggregierte Evidenz zu erreichen. Zudem sind die Ergebnisse nur begrenzt verallgemeinerbar, weil die Stichproben in den einzelnen Studien sehr klein sind. Hinzu kommt, dass nicht in allen Studien dieselben Hypnosetechniken angewendet wurden, sondern dass verschiedene Techniken zum Einsatz kamen, was gewissermaßen die Kombination der Evidenz erschwert. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass die eingeschlossenen Studien nicht sämtliche Angststörungen abdecken, sodass nicht per se für alle Angststörungen eine hohe Wirksamkeit postuliert werden kann.

5.4 Praktische Empfehlungen und zukünftige Forschung

Aus den Ergebnissen der in dieser Arbeit durchgeführten systematischen Literaturrecherche bzw. der Beantwortung der Forschungsfragen lässt sich die praktische Empfehlung ableiten, die hochwirksame Hypnose bei Angststörungen anzuwenden. Wenn schon nicht als Einzeltherapie, so sollte Hypnose bzw. sollten Hypnosetechniken wie die indirekte oder direkte Suggestion zumindest im Rahmen von integrierten Therapieansätzen angewendet werden, wie zum Beispiel von Daitch (2018) oder Valentine et al. (2019) vorgeschlagen wird. Insbesondere sollten mehr PatientInnen in die Lage versetzt werden, von den offensichtlichen Vorteilen der Selbsthypnose zu profitieren.

Zukünftige Forschungen sollten zunächst größere Stichproben rekrutieren, um eine höhere Repräsentativität zu erreichen. Nicht zuletzt sollten weitere Anstrengungen unternommen werden zwecks Anerkennung der Hypnotherapie als Monotherapieverfahren für Angststörungen.

6. Fazit

Im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche wurde in dieser Arbeit untersucht, wie *hochwirksam Hypnose (im Vergleich zu anderen Therapieverfahren) bei Angststörungen ist*. In allen acht eingeschlossenen Studien wurde die hohe Wirksamkeit der Hypnose bzw. unterschiedlicher Hypnosetechniken bei verschiedenen Arten der Angststörung nachgewiesen bis hin zur vollständigen Auflösung der Symptomatik. Die hohe Wirksamkeit äußert sich darin, dass die neuronale Aktivität im limbischen System reduziert sowie das Herz-Kreislauf-System beruhigt wird.

Zudem wurde nach den konkreten Vorteilen der Hypnotherapie gegenüber anderen Therapieverfahren gefragt. Hierzu wurde insbesondere festgestellt, dass Hypnose nicht nur symptomatisch, sondern ursächlich wirkt, daher langfristig wirksam sowie frei von unerwünschten Wirkungen ist.

Die Behandlungsdauer und der Behandlungsumfang von Angststörungen verringern sich durch Hypnose, weil PatientInnen Selbsthypnose anwenden können und dadurch überdies ihre Autonomie und Selbstwirksamkeit stärken bzw. wiedererlangen. Somit werden TherapeutInnen entlastet. Weil Hypnose im Hirnzentrum der Angst – dem limbischen System – wirkt, ist sie nicht nur effektiv, sondern auch effizient.

Literaturverzeichnis

- Bandelow, B., Aden, I., Alpers, G. W., Benecke, A., Benecke, C., Deckert, J., Domschke, K., Eckhardt-Henn, A., Geiser, F., Gerlach, A. L., Harfst, T., Hau, S., Hoffmann, S., Hoyer, J., Hunger-Schoppe, C., Kellner, M., Köllner, V., Kopp, I. B., Langs, G. ... Beutel, M. E. (2021, April). *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Version 2*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-028.html>
- Bents, H. (2005). Verhaltenstherapie bei Phobien und Angststörungen. *Psychotherapie Im Dialog*, 4, 382–388.
- Blümle, A., Lagrèze, W. A. & Motschall, E. (2019). Systematische Literaturrecherche in PubMed. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 78, 155–172. <https://doi.org/10.1007/s00393-019-0603-1>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o. D.). *ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken (MMS)*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- *Cavarra, M., Brizio, A., & Gava, N. (2016). Ericksonian hypnotherapy for selective mutism: A single-case study. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 87(3), 299–309.
- *Chester, S. J., Tyack, Z., De Young, A., Kipping, B., Griffin, B., Stockton, K., Ware, R. S., Zhang, X. & Kimble, R. M. (2018). The efficacy of hypnosis on pain, wound healing, anxiety and stress in children with acute burn injuries. *PAIN*, 1. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001276>
- Daitch, C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(1), 57–69. <https://doi.org/10.1080/00029157.2018.1458594>
- Derra, C. (2006). Hypnose. In M. Zaudig & R. D. Trautmann (Hrsg.), *Therapielexikon Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie* (S. 326–330). Springer.
- DocCheck, M.B. (o.D.). *Klassische Hypnose – DocCheck Flexikon*. DocCheck Flexikon. https://flexikon.doccheck.com/de/Klassische_Hypnose
- Ebert, D. D. & Kowalsky, J. (2012). Entspannungsverfahren. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II: Therapieverfahren* (S. 107–116). Springer.
- *Erappa, U., Konde, S., Agarwal, M., Peethambar, P., Devi, V., & Ghosh, S. (2021). Comparative Evaluation of Efficacy of Hypnosis, Acupressure and Audiovisual Aids in Reducing the Anxiety of Children during Administration of Local Anesthesia. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 14(Suppl 2), S186–S192. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2113>

- Goschke, Th. & Dreisbach, G. (2011). Kognitiv-affektive Neurowissenschaft: Emotionale Modulation des Erinnerns, Entscheidens und Handelns. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 129–168). Springer.
- Häuser, W., Hagl, M., Schmierer, A., & Hansen, E. (2016). The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis: A Systematic Review of Meta-analyses. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113, 289–296. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>
- Hagl, M. (2015). Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (3. Aufl., S. 785–794). Springer.
- *Halsband, U. & Wolf, T. G. (2015). Functional changes in brain activity after hypnosis in patients with dental phobia. *Journal of Physiology – Paris*, 109, 131–142. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphysparis.2016.10.001>
- *Hammer, C. M., Scholz, M., Bischofsberger, L., Paulsen, F. & Burger, P. H. M. (2020). Feasibility of Clinical Hypnosis for Test Anxiety in First-Year Medical Students. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(4), 511–520. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1799379>
- Hirt, J. & Nordhausen, T. (2019). Methoden- und Theorienecke. One size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Schritt 2: Festlegung der Suchkomponenten. *Klinische Pflegeforschung*, 5, 7–9. <https://doi.org/10.6094/KlinPflg.5.7>
- Janouch, P. (2015). Angststörungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (3. Aufl., S. 431–440). Springer.
- Kanitschar, H. (2007a). Hypnose. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 282–283). Springer.
- Kanitschar, H. (2007b). Hypnosetherapie, Hypnotherapie. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 284–285). Springer.
- Kirschbaum, C. & Heinrichs, M. (2011). Biopsychologische Grundlagen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 193–221). Springer.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutrin, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A. ... Moher, D. (2020). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(n71).
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.

- Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft. Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127–148.
- Rauscher, M. (2016). *Hypnose wirkt! Von Raucherentwöhnung bis zum Zahnarztbesuch – Techniken – Selbsthypnose*. Springer.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie*. Klett-Cotta.
- Revenstorf, D. (2015). Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manuale für die Praxis* (3. Aufl., S. 13–36). Springer.
- *Roberts, R. L., Rhodes, J. R. & Elkins, G. R. (2021). Effect of Hypnosis on Anxiety: Results from a Randomized Controlled Trial with Women in Postmenopause. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 868–881. <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09810-3>
- Rudolf, G. & Schulte, D. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 285–287.
- Ruhl, U., Hach, I. & Wittchen, H.-U. (2011). Entspannungsverfahren. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 587–599). Springer.
- Ryba, A. (2018). *Die Rolle unbewusster und vorbewusst-intuitiver Prozesse im Coaching unter besonderer Berücksichtigung der Persönlichkeitsentwicklung des Klienten*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ryba, A. (2019). Körperzentriertes Coaching und der Zugang zum Unbewussten. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 26, 313–329. <https://doi.org/10.1007/s11613-019-00610-1>
- Scharfetter, C. (2008). Nachdenken über Psychotherapien und Psychotherapeuten. In H. Jungaberle, P. Gasser, J. Weinhold & R. Verres (Hrsg.), *Therapie mit psychoaktiven Substanzen. Praxis und Kritik der Psychotherapie mit LSD, Psilocybin und MDMA* (S. 9–20). Huber.
- Scholz, O. B. (2005). Hypnose als psychotherapeutische Methode: Ergebnisse der psychologischen Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 27–32.
- Schwenck, C. & Scharthl, A. (2024). Selektiver Mutismus in der ICD-11. *Psychotherapie*, 69, 151–157.
- Sell, C., Schöpfer-Mader, E., Brömmel, B. & Möller, H. (2017). Behandlungstechnik in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Die Therapeutenversion der „Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden“ (PIT). *Psychotherapie Forum*, 22, 113–126.

- Sigmund, U. (2006). Wirksamkeit der Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der „Physiologie der Angst“. *Deutsche Zeitschrift für Zahnärztliche Hypnose*, 2, 48–51.
- *Spiegel, S. B. (2014) Current Issues in the Treatment of Specific Phobia: Recommendations for Innovative Applications of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 56(4), 389–404, <https://doi.org/10.1080/00029157.2013.801009>
- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J. & Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336–363. <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863>
- Vloet, T. D. & Romanos, M. (2021). Angststörungen – von der ICD-10 zur ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 429–435.
- Voigt, D. (2021). *Ängste, Panik, Sorgen*. Carl-Auer.
- Volz, H.-P. & Stieglitz, R.-D. (2019). Angststörungen – Diagnostik, Psycho- und Pharmakotherapie. *DNP Der Neurologe & Psychiater*, 20, 92–101. <https://doi.org/10.1007/s15202-019-2301-x>
- Walter, H., Husemann, R. & Hölzel, L. P. (2024). Psychische Störungen in der ICD-11. Ein Gesamtüberblick über die wichtigsten Änderungen. *Nervenheilkunde*, 43, 167–176.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Springer.
- *Zhang, Y., Yang, X. X., Luo, J. Y., Liang, M., Li, N., Tao, Q., Ma, L. J. & Li, X. M. (2022). Randomized trial estimating effects of hypnosis *versus* progressive muscle relaxation on medical students' test anxiety and attentional bias. *World Journal of Psychiatry*, 12(6), 801–813. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i6.801>
- ZPID. (2024, 08. August). *Steckbrief. Was ist PSYINDEX?*. <https://psyndex.de/ueber/steckbrief/>

Anhang

Anhang A: Übersicht über die eingeschlossenen Studien

Tabelle 1

Tabellarische Übersicht über die Studien

AutorIn + Jahr	Hypothese/ Fragestellung/ Ziel	Methodik	Zentrale Ergebnisse
Cavarra et al., 2016	Untersuchung der Wirksamkeit der Hypnose nach Erickson bei selektivem Mutismus	Fallbericht Anwendung der indirekten Suggestion nach Erickson bei 7-jährigem Mädchen in 5 Sitzungen über 3 Monate	• Nach 3 Monaten Auflösung der Symptome -> Keine Indikation mehr für Diagnose Selektiver Mutismus
Chester et al., 2018	Untersuchung der Wirksamkeit der Hypnose unter anderem auf Schmerz, Angst und Stress bei Kindern mit akuten Verbrennungen	N = 62 Kinder (4 bis 16 Jahre) mit akuten Verbrennungen vor und nach dem Verbandswechsel Anwendung der direkten Suggestion	• milde Verringerung der Angst in Bezug auf den Verbandswechsel (statistisch signifikant)
Erappa et al., 2021	Erfassung und Vergleich der Wirksamkeit von Hypnose im Vergleich mit Akupressur und audiovisuellen Hilfen bei Kindern mit Angststörungen während der Verabreichung einer zahnärztlich bedingten Lokalanästhesie	N = 200 Kinder (6 bis 10 Jahre) während der Verabreichung einer zahnärztlichen Lokalanästhesie Gruppe I: Hypnose (Kombination aus Ablenkung und geführter Imagination) Gruppe II: Akupressur Gruppe III: Audiovisuelle Hilfen Gruppe IV: keine Interventionen Messung der Angst durch Puls, Atemfrequenz und Selbsteinschätzungs-Bewertungsskala	• signifikante Reduktion von Puls, Atemfrequenz und Angst bei allen Interventionen • signifikante Reduktion von Puls und Atemfrequenz in Gruppe I verglichen mit Gruppe II
Halsband & Wolf, 2015	Untersuchung der Wirkungsweise der Hypnotherapie	Zahnbehandlungsphobie N = 12 Kontrollgruppe ohne Phobie N = 12	• In der linken Amygdala und bilateral im anterioren cingulären Cortex, in der Insula und im Hippocampus

	Personen mit Zahnbehandlungsphobie		Hirn-MRT nach kurzer hypnotherapeutischer Intervention, während des MRT wurden audiovisuelle Reize präsentiert zwecks Provokation der Phobie	signifikant geringere Aktivierung während der Hypnose
				<ul style="list-style-type: none"> • keine Aktivierung der Amygdala in der Kontrollgruppe • geringere bilaterale Aktivierung in der Insula und im anterioren cingulären Cortex in der Kontrollgruppe
Hammer et al., 2020	Untersuchung der klinischen Hypnose als mögliche Intervention bei Prüfungsangst	der Pilotstudie	<p>N = 46 MedizinstudentInnen im ersten Semester aus dem Anatomie-Kurs</p> <p>N = 23 Hypnose-Gruppe (12 Tage vor erster und 10 Tage vor zweiter mündlicher Prüfung 1-stündige Sitzung)</p> <p>N = 23 Kontrollgruppe ohne Intervention</p> <p>Hypnose-Gruppe erhält Audiodatei der Hypnose-Sitzung zum täglichen Zuhause-Anhören bis zur Prüfung</p> <p>Durchführung des Prüfungsangstfragebogens zu Semesterbeginn, 2 Tage vor der ersten mündlichen Kursprüfung und 2 Tage vor der zweiten mündlichen Kursprüfung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Signifikante Reduktion von Prüfungsangst und mangelndem Selbstvertrauen in der Hypnose-Gruppe • keine statistisch signifikante Verringerung in der Kontrollgruppe • Unterschied zwischen Hypnose- und Kontrollgruppe nicht signifikant
Roberts et al., 2021	Untersuchung der Wirksamkeit der Hypnotherapie auf die Angststörung bei Frauen in der Postmenopause	der N = 187 Frauen mit postmenstruationsbedingten Hitzewallungen	<p>N = 93 Interventionsgruppe: Präsenz-Hypnose, nach hypnotischer Induktion Suggestionen für Lässigkeit,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • signifikante Reduktion der Angst vom Untersuchungsbeginn bis zum Abschluss und bis zum Follow-Up-Termin • geringere Reduktion der Angst der Kontrollgruppe im

			Entspannung und mentale Imagination eines sicheren Ortes; zudem Instruktionen zum Erlernen der Selbst-Hypnose einschließlich Übergabe einer aufgezeichneten hypnotischen Induktion nebst Aufforderung zu täglichem Üben (entweder mit oder ohne Tonaufzeichnung) N = 94 Kontrollgruppe erhielt Training in strukturierter Aufmerksamkeit, um ermutigt zu werden, zur Überwachung der Symptome sowie zur interaktiven Diskussion mit TherapeutIn 5 wöchentliche Termine, Follow-Up 7 Wochen nach letztem Termin	Vergleich zur Interventionsgruppe, sowohl am letzten Termin (33 vs. 40) als auch nach 12 Wochen (30 vs. 39) • von Woche zu Woche Verringerung der akut bewerteten Angst nach der Hypnose-Sitzung im Vergleich zu davor • auch die vor der Sitzung erhobenen Skalenwerte verringerten sich von Woche zu Woche
Spiegel, 2014	Anmerkungen zur Hypnotherapie bei spezifischen Phobien anhand eines Fallberichts		Fallbericht Anwendung der hypnotischen Augenfixation bei 65-jähriger Patientin mit spezifischer Phobie (Gitarre spielen vor anderen Personen)	• Verringerung des Unwohlseins (auf einer zehnstufigen Skala: von 8 auf 2) • Follow-Up: keine Furcht oder Angst beim Vorspielen vor Freunden
Zhang et al., 2022	Vergleich zwischen Hypnose und progressiver Muskelentspannung zwecks Veränderung der Prüfungsangst und Aufmerksamkeitsverzerrung von MedizinstudentInnen		N = 90 MedizinstudentInnen mit hoher Ausprägung von Prüfungsangst N = 45 Hypnose-Interventionsgruppe N = 45 Muskelentspannungsgruppe N = 45 Kontrollgruppe von MedizinstudentInnen mit	• signifikant geringere Prüfungsangst in der Hypnosegruppe nach 6 Wochen und beim Follow-Up im Vergleich zum Untersuchungsbeginn • signifikant geringere Prüfungsangst in Hypnosegruppe verglichen mit

gering	ausgeprägter	Muskelentspannungsgruppe
Prüfungsangst		nach 6 Wochen und beim
Wöchentliche Sitzungen à		Follow-Up
30 Minuten für 6 Wochen		• Verringerung der
		Aufmerksamkeitsverzerrung
		in Bezug auf bedrohliche
		Reize in der Hypnosegruppe

Anmerkung. Eigene Darstellung.