

Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle

Hypnosis and Self-Hypnosis for Pain Control

Marianne Martin & Henriette Walter

Themenschwerpunkt Schmerz

Zusammenfassung

Die Wirkung von Hypnose auf Schmerzkontrolle ist durch Studien gut belegt. Bildgebende Verfahren zeigten die Wirkung unterschiedlicher Suggestionen zur Schmerzkontrolle auf bestimmte Hirnbereiche (Jensen, 2009). Nach einem Blick auf die Geschichte der Schmerzkontrolle mit Hilfe von Trance sind die Begriffe Hypnose, Selbsthypnose, Trance und Suggestion Thema. Wir gehen auf die allgemeinen und spezifischen Wirkungen von Hypnose auf Schmerzerleben ein und weisen auf unterschiedliches Vorgehen bei akutem und chronischem Schmerz hin. Besonders beim chronischen Schmerz ist Mitarbeit durch Selbsthypnose wichtig. Wir stellen drei Gruppen konkreter Hypnosetechniken zur Schmerzkontrolle vor: assoziatives Vorgehen, dissoziatives Vorgehen und Vorstellung des erlebten Schmerzes als Symbol. Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle können auch gut mit anderen Möglichkeiten zur Schmerzbewältigung kombiniert werden. Abschließend weisen wir auf Kontraindikationen und Grenzen des Einsatzes von Hypnose hin. Auch wenn Hypnose und Selbsthypnose nicht allen Menschen mit Schmerzen helfen können, so verbessern diese Methoden doch die Lebensqualität vieler Betroffener.

Abstract

Hypnosis' effectiveness for pain control has been confirmed by studies. Neuroimaging techniques showed effects of different suggestions for pain control in certain brain areas (Jensen, 2009). After looking at the history of pain control by trance we focus on the terms hypnosis, self-hypnosis, trance, and suggestion. We address general and specific effects of hypnosis on pain perception and point to the different procedures dealing with acute and chronic pain.

Cooperation by self-hypnosis is especially important in case of chronic pain. We present three groups of hypnosis techniques for pain control: associative, dissociative procedures, and imagination of the experienced pain as a symbol. Hypnosis and self-hypnosis for pain control can be combined with other possibilities of pain management. In conclusion, we refer to contraindications and limits using hypnosis. Even if hypnosis and self-hypnosis cannot help all people suffering from pain these methods improve the life quality of many patients.

1. Zur Einstimmung

Das Wort „Hypnose“ löst widersprüchliche Assoziationen aus: von Wunderheilung bis willenlos ausgeliefert sein, von Kontakt mit dem Unbewussten bis Beeinflussung sonst unwillkürlich ablaufender Prozesse. Die vielfältigen Assoziationen werden einerseits verständlich durch die Geschichte der Hypnose, andererseits durch als wahr dargestellte Berichte angeblicher Wunderheilungen und Macht über die Hypnotisierten bis in unsere Zeit hinein. In den Medien begegnen uns Geschichten über mächtige Hypnotisierende, deren Aufträge von willenlos gemachten Hypnotisierten widerspruchslos ausgeführt werden. So wird unbeabsichtigt Hypnose mit Bedrohlichkeit verknüpft. Vielleicht denken Sie dabei an eine Novelle (Mann, 1989), einen Film (Wiene, 1920) oder an die Schlange Kaa aus dem Dschungelbuch (Disney, 1967). Show-Hypnose verstärkt gezielt die Sichtweise eines Machtgefälles, was bei den Hypnotisierten Angst vor Kontrollverlust oder auch den Wunsch nach Abgabe der Kontrolle hervorrufen kann (Thomaßen, 2020). Dabei wird verschwiegen, dass alle hypnotisch ermöglichten Phänomene ausschließlich die Leistung der Hypnotisierten sind. Die Annahme einer Wahrheitsfindung durch Hypnose ist

ebenfalls zu korrigieren: Unser Gedächtnis ist etwas Lebendiges und arbeitet andauernd an den Gedächtnisinhalten. Unter Hypnose kann man nur herausfinden, wie ein Gedächtnisinhalt nach dessen Bearbeitung aktuell abgespeichert ist und das kann von der Wahrheit ziemlich weit weg sein.

2. Geschichte der Hypnose zur Schmerzkontrolle

Hypnose gilt als älteste Methode psychologischer Schmerzkontrolle (Revenstorf, 2006). Bereits die Hohepriester und Hohepriesterinnen der Sumerer (Martin et al., 2013) setzten Trancezustände zur Heilung ein. Im alten Ägypten und Griechenland suchten Kranke im Tempelschlaf Erleichterung. Germanische Heilerinnen setzten ihre Zauberalieder auch bei Geburtsschmerzen ein (Hoops, 1999). Die mythisch-magisch erlebte Kraft der Trance zeigt sich bis heute bei Naturvölkern. Walter Bongartz schrieb darüber beeindruckende Berichte und bietet in einem virtuellen Museum eine detaillierte Geschichte der Hypnose (KIKH-Homepage), wo sich Interessierte durch Jahrtausende klicken können. Dort finden sie auch einen Text über Franz Anton Mesmer (1734-1815), der im Zeitalter der Aufklärung Hypnose auf eine wissenschaftliche Basis stellen wollte. Statt Gottheiten sollte ein unsichtbares universelles Fluidum, ein „animalischer Magnetismus“ wirken. Die Arbeit eines Magnetiseurs weckte das Interesse des schottischen Augenchirurgen James Braid (1795-1860), der dann selbst mit Trance-Erleben experimentierte und dem zugeschrieben wird, den Begriff „Hypnose“ geprägt zu haben – nach Hypnos, dem griechischen Gott des Schlafes. Durch Suggestion von Müdigkeit erweckten die Hypnotisierten ja tatsächlich den Eindruck Schlafender. Auch wenn Braid und anderen später klar wurde, dass Hypnose und Schlaf verschiedene Zustände sind, blieb der Name „Hypnose“ bestehen. Braid führte zahlreiche Augenoperationen unter Hypnose durch. Der schottische Chirurg James Esdaile (1808-1859) operierte in Indien viele Jahre ausschließlich mit Hypnose als Anästhetikum (Esdaile, 1902/2007). Nach Erfindung der Narkotika wurden seine Berichte weniger wichtig. Wissenschaftliche Herangehensweisen mit Hypnose-Experimenten ebneten den Weg zu der Erkenntnis, dass Suggestion wirkt (Bernheim, 1888/2015).

Emile Coué (1857-1926) stand mit Bernheim in Kontakt und gilt als Vater der Selbsthypnose. Bereits Coué sprach davon, dass allein die Vorstellung von Schmerz ausreicht, um diesen zu spüren (Coué, 1998/2012). Wir wissen heute, dass Schmerzerwartung Schmerzen hervorrufen kann (Bischoff et al., 1982), das neuronale Erregungsmuster ist gleich (Sawamoto et al., 2000).

Im Laufe der Geschichte erlebte Hypnose ein Auf und Ab in der Akzeptanz, was verständlich scheint, je nach Standpunkt zum jeweiligen Erklärungskonzept: Wirken

von Gottheiten, übersinnlichen Kräften, universellem Fluidum, Suggestionen. Milton H. Erickson (1901-1980) trug wesentlich zum heute meist positiven Bild der Hypnose bei. Sein Schwerpunkt auf individualisierte Suggestionen, das Aufgreifen von Ressourcen und die partnerschaftliche Beziehung in seiner Arbeit entsprach dem Zeitgeist. Sein Engagement für Schmerzkontrolle ist belegt (O'Hanlon & Hexum, 1994).

3. Begriffsklärungen

3.1. Hypnose

Mit dem Begriff „Hypnose“ wird sowohl das Verfahren als auch der durch Suggestionen erreichte Zustand bezeichnet. Jede Zeit hat die Phänomene der Hypnose und Trance innerhalb ihres Weltbildes zu erklären versucht, das geht uns heute ebenso. Derzeit scheinen hilfreiche Erklärungskonzepte vor allem von der neurophysiologischen Sichtweise zu stammen, die bei Bedarf magische Interpretationen von Hypnoseeffekten entkräften können (Jensen, 2015). Wir wissen, dass die durch Hypnose erlebte Schmerzkontrolle nicht auf Endorphinausschüttung beruht (Goldstein & Hilgard, 1975) und bessere Effekte bringt als Placebo (McGlashan et al., 1969). Hypnose wirkt anders als Aufmerksamkeitsablenkung (Friederich et al., 2001; Miltner, 2024). Wir wissen immer mehr darüber, wie Hypnose wirkt und welche Hirnbereiche sie beeinflussen kann. So bestehen zum Beispiel andere Hirnareale für sensorische als für affektive Schmerzkomponenten (Hofbauer et al., 2001; Jensen, 2015; Rainville et al., 1997), und es gibt Ansatzpunkte dafür, dass unterschiedlich formulierte Suggestionen zum Thema Schmerz Reaktionen in unterschiedlichen Hirnregionen bewirken (Jensen, 2008, 2009, 2015; Larbig, 2004). Eine französischsprachige Übersicht von Laurent et al. (2000) zeigte, dass es mit der Kombination von PET (Positronenemissionstomographie), LEP (Laserevozierte Potenziale) und fMRI (funktionelle Magnetresonanztomographie) bereits möglich ist, Karten der Gehirnaktivierungen für akuten physiologischen Schmerz und auch für neuropathischen Schmerz zu erstellen. Hier sieht man schon, dass es bald erreichbar sein müsste, klare Gehirnmuster für akute, chronische, nozizeptive, nicht-nozizeptive, neuropathische und psychosomatische Schmerzen zu unterscheiden. Gleiches gilt dann auch für suggerierte Hyper- und Hypoalgesie (Laurent et al., 2000).

Heute kann man Hypnose als methodisch bewirkte Veränderung des Bewusstseinszustandes sehen. Die Aufmerksamkeit wird von außen nach innen fokussiert, mit Beeinflussung körperlicher und psychischer Reaktionen und Fähigkeiten. Der hypnotische Zustand selbst ist als Leistung der Hypnotisierten zu werten, die mit Hilfe der Hypnotisierenden in den veränderten Bewusstseinszustand der Trance kommen. Wenn wie

in der Show-Hypnose eine hoch suggestible Person in eine Zitrone beisst und Apfelgeschmack im Mund entwickelt oder erlebt, dass Quargel wie eine Rose duftet, dann beweist dies weder die Macht der suggerierenden noch eine Unterdrückung des Willens der hypnotisierten Person. Tatsächlich beweisen solche Erlebnisse die Veränderbarkeit der Wahrnehmung, und das ist eindeutig die Fähigkeit der hypnotisierten Person (Wallnöfer, 1996).

3.2. Selbsthypnose

Die Aufmerksamkeit lenke ich dabei selbst von außen nach innen und gebe mir in diesem Trancezustand Suggestionen. Coué spricht von der „Einpflanzung einer Idee in uns selbst durch uns selbst“ (Coué, 1998/2012, S. 13) und von deren möglichen positiven aber auch negativen Auswirkungen.

Oft wird Selbsthypnose als posthypnotische Suggestion innerhalb einer Fremdhypnose vermittelt. Dabei ist empfehlenswert, die Rituale für Einstieg und Ausstieg bei Fremd- und Selbsthypnose gleich zu lassen, wobei einfache Rituale zu bevorzugen sind: z. B. einen Punkt zu fixieren oder einmal bewusst tief zu atmen als Induktion und z. B. von 1-10 zu zählen mit kräftigem, ruckartigem Strecken als Weckreiz, um wieder wach zu sein. Sicherheit hat Vorrang: Wir lassen uns die Beendigung der Selbsthypnose zeigen, um zu wissen, dass dies funktioniert. Nach der Selbsthypnose soll wie nach einer Fremdhypnose etwa eine Viertelstunde lang weder Autofahren noch sollen Maschinen bedient oder Verträge unterschrieben werden. Konsequentes Üben, wenn möglich täglich, erhöht die Wirkung.

Besonders beim chronischen Schmerz ist Mitarbeit durch Selbsthypnose wichtig.

Heute verbinden wir Selbsthypnose für Schmerzkontrolle vor allem mit Hansjörg Ebell (2024), Mark P. Jensen (2009, 2015) und Burkhard Peter (2023a). In einer Studie von Jensen et al. (2009) übten mehr als 60 Prozent der Teilnehmenden drei Monate nach Studien-Ende die Selbsthypnose weiter – auch wenn die Schmerzlinderung für viele nicht dauerhaft war, sondern nur jeweils zeitlich begrenzt erreicht werden konnte. Vielleicht hängt dies auch damit zusammen, dass Selbsthypnose ein Erleben von Selbstwirksamkeit bietet und damit gegen das Gefühl der Hilflosigkeit wirkt. Wenn wir das Autogene Training als strukturierte Form der Selbsthypnose sehen, so passt es dazu, dass auch diese von J. H. Schultz entwickelte Methode Schmerzkontrolle ermöglicht. Die Grundstufe bringt die unspezifische Wirkung und mit den formelhaften Vorsatzbildungen, also selbst gewählten positiven Affirmationen, können spezifische Wirkungen angesteuert werden.

3.3. Trance

Hypnose und Selbsthypnose können als absichtlich herbeigeführter Trancezustand betrachtet werden. Trance ist ein veränderter Bewusstseinszustand, wir kennen Wachen, Schlafen und Trance. Diese Veränderung erfolgt nicht abrupt, sondern fließend. In der Trance wird die Aufmerksamkeit auf äußere Umstände vermindert und in erhöhtem Maß auf die innere Vorstellungs- und Erlebniswelt gerichtet. In Trance zu gehen ist den meisten Menschen als Fähigkeit gegeben, wir können sie pflegen oder auch nicht. In monotonen Situationen oder wenn wir ganz fokussiert sind – z. B. in einem Buch oder Film „versinken“ –, wird spontane Trance ermöglicht. Sie kann über verschiedene Sinneskanäle auch eingeleitet, „induziert“ werden: visuell durch Fixation, also beharrliches Anschauen eines Punktes oder Gegenstandes, akustisch durch Worte oder Klänge wie z. B. Trommeln. Wiegen, Drehen, Tanzen und schneller Lagewechsel nutzen den kinästhetischen Kanal. Im Trancezustand wird bei Fremdhypnose ein Großteil der Kontrolle abgegeben, allerdings bleibt der „hidden observer“ (Hilgard, 1977) aktiv: ein innerer Anteil, der weiß, wo ich bin und was ich gerade mache. So lassen sich Berichte über Hypnotisierte verstehen, die aus der Trance „aufwachten“, als ihnen etwas suggeriert wurde, das gegen ihre Prinzipien verstoßen hatte. Hypnose kann niemanden zu einem/einer willenlosen VerbrecherIn machen.

Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle können auch gut mit anderen Möglichkeiten zur Schmerzbewältigung kombiniert werden.

In Trance besteht weniger bis kein Bedürfnis nach Bewegung und bewusster Eigenaktivität. Das kritisch-analytische Denken ist vermindert, die sogenannte Trance-Logik gilt. Vom psychodynamischen Ansatz her gesehen bewegen wir uns im primärprozesshaften Bereich mit dessen Möglichkeiten: Wie im Märchen oder Rollenspiel kann z. B. die Zeit auch rückwärts gehen, Dinge und Tiere können sprechen, sich uns bemerkbar machen.

3.4. Suggestion

Wir beziehen uns auf hypnotische Suggestion und nicht auf jene im Alltagsgeschehen ständig wirksamen suggestiven Beeinflussungsprozesse im zwischenmenschlichen Bereich (Gheorghiu, 1996b). Hypnose setzt Suggestionen ein, allerdings wirken Suggestionen auch ohne Hypnose-Einleitung. In einen Trance-

zustand eingebettet scheint die Chance auf Suggestionseffekte jedoch höher (Hansen & Bejenke, 2010). In vielen Schmerzstudien wird genau diese Theorie überprüft. Meist verwenden neuere Studien als Vergleichsgruppen „sugerierte Hypoalgesie“ (verminderte Schmerzwahrnehmung), „Distraction“ (Ablenkung) durch z. B. Rechnen und hypnotisch induzierte Hyperalgesie (vermehrte Schmerzwahrnehmung). Gemessen werden die erlebten Veränderungen meist mit „Rating Scales“ (z. B. der Visuellen Analogskala/VAS, 10-cm-Skala), mit Veränderungen autonomer Reflex-Amplituden, somato-sensorisch evozierten Potenzialen und mit EEG-Kontrollen. So zeigte z. B. eine Arbeit von Houzé et al. (2021), dass eine hypnotische Einleitung in keiner der genannten Versuchsgruppen zu einer Verstärkung der suggerierten Effekte beitrug. Die Suggestion alleine führte zu Verminderung bzw. Verstärkung der Schmerzwahrnehmung.

Es gilt der Grundsatz: je größer die Not, umso direkter die Suggestion.

Der Begriff Suggestion stammt vom lateinischen „sub-gerere“, das etwa herantragen, unterschieben bedeutet. Bildhaft eindrücklich bleibt der Satz Bernheims, „eine Idee ins Gehirn setzen“ (zit. n. Wallnöfer, 1996, S. 16), jede Vorstellung strebe danach, sich zu verwirklichen. Wir fragten einmal den Suggestionforscher Vladimir Gheorghiu (1996a) um eine einfache Erklärung von Suggestion, seine Antwort: „Stellen Sie sich vor, Sie gehen auf einem Weg, der sich dann in mehrere Wege teilt. Bei jedem weiterführenden Weg steht ein Wegweiser, aber nur einer davon ist beschriftet – das ist die Suggestion. Sie müssen nicht, werden jedoch wahrscheinlich diesen Weg wählen, da angezeigt ist, wo er hinführt.“ Suggestibilität hat er uns als Fähigkeit, auf Suggestionen zu reagieren, erklärt. In Fachbüchern lesen wir, dass Hypnotisierbarkeit die Fähigkeit ist, sich hypnotisieren zu lassen (Krause & Riegel, 2023), und gesehen wird als „intra-individuelle Fähigkeit einer Person, sich auf die Erfahrung hypnotischer Phänomene einzulassen bzw. diese nach einer Hypnoseinduktion zu demonstrieren. Hypnotische Suggestibilität wird verstanden als die inter-individuelle Fähigkeit, auf eine suggestive Kommunikation hin diese intra-individuelle Fähigkeit zu zeigen“ (Peter, 2023b, S. 121). Diese Fähigkeit ist individuell verschieden hoch ausgeprägt. „Je nach Autor kommen fünf bis 20 Prozent der Patienten gut in tiefe Hypnose, fünf bis zehn Prozent sind gar nicht zu hypnotisieren, der Rest gerät in ein mittleres Stadium“ (Wallnöfer, 1996, S. 19). In Notsituationen ist die Suggestibilität deutlich höher als sonst, daher machen Schmerzen empfänglicher für Suggestionen, seien diese nun positiv (z. B. „Es heilt gut, unangenehme Empfindungen gehen vorüber“) oder negativ (z. B. „Diese Schmerzen werden Sie ein Leben lang begleiten, da können Sie nichts tun“). Ob die Suggestionen direkt („Lassen Sie die Lider zufallen“)

oder indirekt („Manche Menschen entspannen besser mit geschlossenen Augen“) gegeben werden, hängt vor allem davon ab, wovon am meisten profitiert wird. Es gilt der Grundsatz: je größer die Not, umso direkter die Suggestion. Eine posthypnotische Suggestion wird in der Hypnose gegeben und wirkt nach Beendigung der Hypnose, mit oder ohne bewusstes Erinnern der Suggestion. Der Placebo-Effekt beruht auf Suggestionenwirkung mit oft erstaunlichen Resultaten, auch beim offenen Placebo also wenn die Menschen wissen, dass kein Wirkstoff im Präparat enthalten ist (Frisaldi et al., 2015; Kleine-Borgmann et al., 2019).

Nach dieser Vorarbeit widmen wir uns den konkreten Möglichkeiten der Schmerzkontrolle durch Hypnose. Es sind sowohl unspezifische als auch spezifische Wirkungen zu beobachten:

4. Unspezifische Wirkungen von Hypnose zur Schmerzkontrolle

Eine Ruhehypnose mit Suggestionen angenehmer Entspannung und Wohlbefinden bietet bereits ohne schmerzspezifische Suggestionen vielen eine gewisse Erleichterung. Entspannung bewirkt Angstreduktion, was vermutlich die Erwartungsangst vor Schmerzen und damit das Ausmaß der aktuellen Schmerzwahrnehmung vermindert. Dabei ist wie bei Entspannungsübungen zu beachten, dass für manche Menschen, wie z. B. Traumatisierte, strukturiertes Vorgehen notwendig ist – also ohne unstrukturiertes Verweilen im Entspannungszustand, das eventuell Flashbacks auslösen könnte. Vorsicht ist ebenso geboten bei Erkrankungen wie Fibromyalgie, wo Muskelentspannung den Schmerz verstärken kann und stattdessen z. B. geleitete Imagination als hilfreich angesehen wird (Petermann & Vaitl, 2014). Die unspezifischen Wirkungen der Ruhehypnose beruhen wohl auch auf Fokussierung der Aufmerksamkeit auf andere Wahrnehmungen als den Schmerz. Allerdings gilt Hypnose mit gezielten Suggestionen zur Schmerzkontrolle als effektiver (Chapman & Feather, 1973).

Houle et al. konnten bereits 1988 zeigen, dass Hypnose und Entspannungs-Suggestionen sowohl die Schmerzstärke als auch das unangenehme Empfinden („unpleasantness dimension of pain“) beeinflussen können. Sie verglichen zwei Schmerzarten, nämlich elektrisch erzeugten Zahnschmerz und Kaltwasser-Schmerz. Beide, die Entspannungssuggestionen und Hypnose, reduzierten den elektrisch erzeugten Zahnschmerz signifikant. Beim Kaltwasserschmerz konnten beide jedoch nur die „unpleasantness“ signifikant verringern. Die Autoren wiesen darauf hin, dass die elektrischen Reize vor allem kleine Schmerzfasern beanspruchen, während das kontinuierliche Vorbeiströmen des kalten Wassers nozizeptive und nicht-nozizeptive Fasern aktiviert. Die Arbeit zeigt, dass auch besonders auf die Art der Erzeugung des experimentellen Schmerzes geachtet werden muss.

5. Spezifische Wirkungen von Hypnose zur Schmerzkontrolle

Was wirkt dabei wie?

5.1. Theorien zur Schmerzkontrolle durch Hypnose

Miltner (2024) sagt klar, dass das Rätsel um die menschliche Fähigkeit zur Schmerzkontrolle unter Hypnose bisher nicht zufriedenstellend beantwortet werden konnte und gibt einen Überblick über die Theorien. So betonen manche die Bedeutung sozialer Komponenten (Spanos, 1986), für andere behindert die eingeengte Aufmerksamkeit auf die Suggestion die parallele Verarbeitung des Schmerzes (Crawford et al., 1998). Eine Theorie interpretiert die Schmerzkontrolle als Ergebnis suggerierter positiver Erwartungen (Derbyshire & Oakley, 2013), eine andere macht suggerierte starke Motivationen verantwortlich sowie sieht sie die grundsätzliche Fähigkeit des Menschen am Werk, für Suggestionen empfänglich zu sein (Barber & Calverley, 1963). Die Effekte werden auch als Ausdruck eines spezifischen dissoziativen Zustandes des kognitiven Systems postuliert, wo die Schmerzerfahrung auf Grund von Suggestionen von der Wahrnehmung abgespalten wird (Hilgard, 1989, 1994), also „dass die hypnotische Analgesie eine Barriere bildet, die die bewusste Wahrnehmung des Schmerzes verhindert“ (Halsband, 2009, S. 20). Mit Hilfe neurowissenschaftlicher Erkenntnisse wurde diese Sichtweise erweitert und die hypnotisch erreichte Dissoziation bestimmten Funktionsarealen des Frontalhirns zugeordnet (Halligan & Oakley, 2013). Peter (2024) weist darauf hin, dass bereits Henriette Walter (1992) in einer frühen SPECT-Studie die Beteiligung des Frontalhirns bei Hypnose festgestellt hat. Die frontalen Hirnbereiche sind für ihre komplexen Aufgaben mit vielen anderen Arealen verbunden, wie auch mit jenen zur Verarbeitung sensorischer Reize und emotionaler Bewertung. Vermutlich wird das Schmerznetzwerk verändert, was der Begriff der Diskonnektion zum Ausdruck bringen soll (Peter, 2023a). Diese Konzepte führten zu Forschungen, die belegen, dass Hypnotisierte sich Wahrnehmungsänderungen nicht einbilden oder vortäuschen, sondern diese real erleben (Miltner, 2024).

5.2. Hypnosetechniken zur Schmerzkontrolle

Schmerzgeplagte Menschen sind nicht mehr in ihrem Alltagsbewusstsein, weshalb es meist wenig Hypnoseeinleitung braucht. Im Prinzip gibt es drei Gruppen hypnotischer Techniken zur Schmerzbehandlung: assoziatives Vorgehen, das bedeutet „hin zum Schmerz“, dissoziatives Vorgehen meint „weg vom Schmerz“, und die Imagination des Schmerzerlebens als Symbol.

5.2.1. Assoziatives Vorgehen

Wir beschäftigen uns dabei mit dem Schmerz oder der schmerzenden Stelle. Zum Beispiel kann mit einem Stift eine Linie um das schmerzende Gebiet gezeichnet werden, um dann diese Grenze zu erweitern – was leichter geht – und danach zu verkleinern. Unterschiede zwischen dem schmerzenden und nicht schmerzenden Bereich werden herausgearbeitet, z. B. Kühle/Wärme, Leichtigkeit/Schwere, Steifheit/Weichheit, Taubheit/Prickeln, Farbunterschiede. Die Frage ist dann, welches der Gegensatzpaare oder welche Farbe schmerzlindernd wirkt und in die schmerzende Stelle nach und nach einfließen kann. So packte eine Patientin mit neuropathischen Schmerzen im linken Arm diesen in Selbsthypnose in Eiswürfel, um ihn zu kühlen und staunte über den Erfolg (Ebell, 2024). Wenn es für die Betroffenen passend ist, kann in der Vorstellung ein magischer Schwamm die Schmerzen aufsaugen. Grenzverschiebungen des Schmerzerlebens und Änderungen durch Einfließen der schmerzlindernden Farbe oder des Gegensatzes beeinflussen zumindest den affektiven Bereich der Schmerzwahrnehmung günstig und reduzieren manchmal auch deutlich die sensorischen Schmerzkomponenten (Peter, 2023a). Dieses Vorgehen ist bei klar lokal begrenzten Schmerzen erfolgversprechend.

5.2.2. Dissoziatives Vorgehen

Hier unterstützen Suggestionen, entweder den schmerzenden Körperteil vom Rest des Körpers abzuspalten, oder sich in Ganzkörperdissoziation innerlich vom Körper zu distanzieren. Bei der abspaltenden Dissoziation wird ein Körperteil als fremd und nicht mehr zugehörig zum Körper erlebt. Wer sich vorstellt, er steht bis zu den Knien in einem eiskalten Badesee, spürt wahrscheinlich kaum Füße und Unterschenkel. Ähnlich wird das Referenzerlebnis der Kälte genutzt, wenn jemand imaginativ in Schnee greift. Bei der „Handschuh-Anästhesie“ kommen direkte Suggestionen zum Einsatz, z. B.: „Die Hand ist immer mehr taub, pelzig, immer unempfindlicher“. Die kleinen Schritte durch „immer mehr“ und „unempfindlicher“ statt „unempfindlich“ erhöhen die Chance auf Wirkung der Suggestion. Oft wird eine Suggestion nicht befolgt, weil der Schritt zu groß gewesen ist. Saches Klopfen auf Handrücken und Fingerkuppen und Streichen an den Fingern, als ob man einen engen Handschuh überstreifen würde, erleichtern das Umsetzen der Suggestion. Hat die Hand mit der Zeit ein Taubheitsgefühl entwickelt, so kann diese Empfindung auf andere Stellen des Körpers wie z. B. Mund oder Rücken übertragen werden: durch Berührung mit dieser Hand oder mit Transfer-Vorstellungen wie z. B. Leitungen. Eine andere Möglichkeit ist die Imagination, jenen Schalter in der Gehirnzentrale auszuschalten, der für die Empfindung des betreffenden Körpergebietes zuständig ist. Das kann die Hand sein oder gleich

die schmerzende Stelle. Wichtig ist hier, dem Prozess der Empfindungsänderung Zeit zu geben.

Bei der distanzierenden Dissoziation gehe ich als ganze Person innerlich woanders hin: „das beobachtende Ich verlässt den leidenden Körper“ (Peter, 2023a, S. 533). Die Frage: „Wo wären Sie denn jetzt lieber als hier?“ kann jemandem bei einer unangenehmen Untersuchung oder einem Spitalsaufenthalt helfen, sich innerlich in eine angenehmere Situation zu begeben und dadurch weniger Schmerz zu erleben. Erickson unterstützte eine Palliativpatientin darin, ihren schmerzenden Körper im Bett liegen zu lassen und imaginativ im Nebenzimmer ihren Lieblingsfilm im Fernsehen zu genießen (O’Hanlon & Hexum, 1994). Die Vorstellung eines Wohlfühl-Ortes, wo ich mir all das holen kann, was ich gerade brauche, bringt ebenso Dissoziation vom aktuellen Erleben. Soll dieser Ort zur Schmerzlinderung beitragen, ist es wichtig, dort unter schwierigen Bedingungen aktiv zu sein: z. B. Surfen bei hohen Wellen, Schifahren bei Nebel und Eis, Spielen eines schwierigen Musikstückes, beim Reiten kommt mal ein Hubschrauber, mal ein Traktor vorbei. Natürlich geht dann alles gut aus, jedoch nur im Liegestuhl zu entspannen, würde zu wenig Aufmerksamkeitsbindung verursachen. Auch Erinnern an vergangene oder Freude auf zukünftige schmerzfreie Zeiten – wenn dies real möglich ist – kann distanzierend Schmerzlinderung bewirken. So begleitete ein junger Kollege einfühlsam eine Bäuerin im Altersheim, die beim imaginativen Plantschen im kalten Bach ihrer Schulzeit ihre Beinschmerzen „vergaß“. Sie konnte diese Pseudoorientierung in Raum und Zeit später auch in Selbsthypnose herbeiführen. Auch Schmerzverschiebung und Schmerzsubstitution zählen zu den dissoziativen Techniken. Habe ich den Schmerz in einen anderen Körperteil verschoben, kann ich ihn danach vielleicht abtropfen lassen. Eine andere Möglichkeit wählte Erickson bei einem Patienten, der lernte, den gesamten Schmerz in die linke Hand zu verschieben und dann darauf zu achten, dass diese geschützt wurde (O’Hanlon & Hexum, 1994). Die Schmerzsubstitution ersetzt den Schmerz durch eine andere unangenehme Empfindung, die den Schmerz überdeckt, wie z. B. Juckreiz. Dieses neue Gefühl kann dann weiter verändert werden, sodass z. B. nur ein erträgliches unangenehmes Ziehen bleibt. Dissoziatives Vorgehen erfordert gute Suggestibilität, was bei der folgenden Technik nicht der Fall ist.

5.2.3. Imagination des Schmerzerlebens als Symbol

„Wenn der Schmerz eine Gestalt hätte, wie könnte diese vielleicht aussehen?“ Sobald eine symbolische Repräsentation des Schmerzes gefunden ist, wird aktiv nach den Sinneskanälen gefragt: visuell (Gestalt, Größe, Farbe), akustisch („Wenn Sie daran horchen, gibt es vielleicht ein Geräusch?“ oder „Wenn es etwas sagen oder mitteilen könnte, was wäre das eventuell?“), kinästhetisch fürs Spüren (Material, Oberfläche, Temperatur),

olfaktorisch fürs Riechen und vorsichtig in Möglichkeitsform gustatorisch fürs Schmecken. Nun werden im Gespräch die Submodalitäten der Sinneseindrücke so modifiziert, dass dadurch das Erleben etwas weniger unangenehm wird. Ist die berichtete Farbe z. B. ein helles Rot, so ist die Frage, wie sich die Farbe verändern sollte, damit sie etwas weniger unangenehm ist. Will jemand gleich Dunkelblau stattdessen, bremsen wir und fragen nach Zwischenschritten – mit der Erklärung, dass kleine Schritte effektiver wirken. Evtl. kommt Orange als nettere Alternative: „Fein, und wo könnte in dem Rot das Orange beginnen, eher außen oder innen, oben oder unten?“ Wir lassen uns führen und verstärken die Lösung: „Geht das irgendwie? Super!“ Ein hohes, kreischendes Geräusch kann vielleicht eine Spur leiser oder tiefer werden. Ist das Symbol für den Schmerz z. B. ein Kaktus mit langen, spitzen Stacheln, so stellen abgerundete Stachel-Enden einen wichtigen Schritt dar. Eine Patientin litt nach einer Zahnimplantation an starken Schmerzen im Kieferbereich. Die medizinischen Kontrolluntersuchungen besagten, dass alles in Ordnung sei. Ihr Symbol für den Schmerz war eine heiße Zange mit langen Griffen. Nach erfolgter Modifizierung brachte das Symbol einer kühleren Zange mit kürzeren Griffen deutliche Erleichterung im Schmerzerleben, was auch in Selbsthypnose Linderung brachte. Die Änderungen in den Submodalitäten des Symbols bewirkten Änderungen in der Schmerzwahrnehmung. Die Imagination des Schmerzerlebens als Symbol bietet Externalisierung und damit affektive Distanz. Die selbst verursachte Veränderung auf symbolischer Ebene kann das Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit bringen, was durch danach erlebte Veränderung der Schmerzwahrnehmung noch verstärkt wird. Teilt das Schmerzsymbol in der Imagination eine Botschaft mit, so ist eventuell eine Neuinterpretation des Schmerzes möglich, was vom symptomorientierten zum problemorientierten Arbeiten führt. Verursachen ungelöste Konflikte oder Traumata die Schmerzen oder sind daran mitbeteiligt, kann mit Altersregression und Traumabearbeitung Linderung angestrebt werden. Peter (2023a) spricht hier vom psychodynamischen Vorgehen innerhalb problembezogener Techniken.

6. Akutschmerz und chronischer Schmerz

6.1. Akutschmerz erfordert einen symptomorientierten Ansatz

Mit wohlwollender Autorität direktiv formulierte Suggestionen bieten hier einen sicheren Rahmen. Assoziative und dissoziative Techniken sind hilfreich. Eine Variante ist hier die Kinderhypnose bei Spritzen, die man verabreichen muss (Geagea et al., 2021), Impfungen, Behandlung kleinerer Verletzungen (allgemein bekannt ist z. B. das suggestiv sanfte Blasen von Atemluft auf die Wunde).

6.2. „Bei chronischen Schmerzen ist das Bedingungsgefüge möglicher Ursache-Wirkungszusammenhänge allerdings wesentlich komplexer“ (Ebell, 2024, S. 67), problemorientiertes Vorgehen gilt als hilfreich

Jedoch wird empfohlen, am Beginn der Behandlung auch hier symptomorientiert zu arbeiten, um die Compliance nicht zu gefährden (Peter, 2023a). Zum Einsatz kommen alle hypnotischen Techniken sowie direkt und indirekt formulierte Suggestionen, je nach Persönlichkeit und Situation der Betroffenen (Taylor & Genkov, 2020). Wie bei anderen Schmerzbehandlungen sind Anamnese und Schmerzskala zur Angabe der Schmerzintensität wichtig, wie auch die Frage, wie sich das Leben der Betroffenen ändert, wenn X Prozent weniger Schmerz da sind. Wir schauen auf Bewältigungsstrategien, Gedanken zum Schmerz, ob eine depressive Erkrankung den Schmerz verursacht usw. Schmerz ist oft überlagert von Erinnerung an erlebten plus Angst vor erwartetem Schmerz (Ebell, 2024). In der Hypnosearbeit kann angepeilt werden, dass der Schmerz aus früheren Zeiten unwichtiger wird. Erinnerung an Ressourcen aus der Vergangenheit wird aktiviert und Hoffnung auf zukünftige Linderung gefördert. Regelmäßige Nachkontrolle mit der Schmerzskala stärkt bei Fremd- und Selbsthypnose das Vertrauen in den Effekt. So konnten Juel et al. (2018) mit Hypnose bei chronischer Bauchspeicheldrüsenerkrankung eine Schmerzlinderung von 20 bis 39 Prozent erreichen. Werden die Suggestionen als Schmerzkontrolle „verpackt“, also wird angekündigt, dass genau diese Art von Hypnose schon vielen zur Schmerzlinderung geholfen hat, dann ist dies bereits eine wirksame Suggestion. Die Mitarbeit durch Selbsthypnose ist wichtig. Hypnose und Selbsthypnose können dabei unterstützen, einen Perspektivenwechsel von Vermeidungszielen (weg von) zu Annäherungszielen (hin zu) durchzuführen. Damit ist dann nicht nur das Behavioral Inhibition System/BIS aktiviert, sondern auch das Behavioral Activating System/BAS mit weniger Fokus auf den Schmerz. Stattdessen werden, soweit dies möglich ist, persönlich wichtige Ziele angestrebt. Ein Wechsel von BIS zu BAS fördert eine Zusammenarbeit, die an Ressourcen orientiert ist, und bringt mehr Lebensqualität (Ebell, 2024).

6.3. Einige spezielle Themen und Studien

Kinderhypnose: Sehr interessant ist eine Cochrane-Analyse über 60 Studien von Huynh et al. (2008). Sie weist darauf hin, dass Studien zu Kinderhypnose meist akuten und chronischen Schmerz oder Begleitschmerz bei Krebserkrankungen betreffen. Auch bei Asthma und einigen psychischen Störungen, wie etwa traumatischen Erlebnissen jeglicher Art und Angststörungen, gibt es gute Erfolge mit Hypnose. Leider muss einschränkend gesagt werden, dass viele dieser Studien Einzelfalldar-

stellungen sind. Dies ist verständlich, aber dennoch muss es erwähnt werden.

Hypnose bei Geburten: Eine Cochrane-Übersicht ergab zwar teils widersprüchliche Daten, jedoch auch, dass in der Hypnosegruppe die medikamentöse Schmerzmittelgabe geringer war als bei den unterschiedlichen Kontrollgruppen (Madden et al., 2016).

Bauchhypnose: Eine Übersichtsarbeit über 42 Studien zeigte, dass Hypnose gleich gut wirksam war wie einige verhaltenstherapeutische Gruppen (Goodory et al., 2024).

7. Kombination mit anderen Möglichkeiten

Hypnose und Selbsthypnose können gut mit anderen Möglichkeiten zur Schmerzkontrolle kombiniert werden, wie z. B. Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie (Jensen, 2015). Suggestionen beeinflussen die Wirksamkeit von Medikamenten: Allein, dass dazugesagt wird, wofür oder wogegen das Medikament eingesetzt wird, erhöht dessen Wirkung (Hansen, 2024). Die Verbindung von Hypnose und Achtsamkeit zur Schmerzkontrolle gewinnt immer mehr Aufmerksamkeit (Harrer, 2023). In einer Studie zur Kombination von Hypnose und Osteopathie (Von Fischern et al., 2005) wurden Schmerzlinderung und weitere positive Effekte erreicht. Eine Meta-Analyse zur Kombination von Medizinischer Hypnose und chinesischer Akupunktur (Kaindlstorfer et al., 2013) empfiehlt wegen unterschiedlicher Studiendesigns und kontroverser Ergebnisse gezieltere Studien. Eine Meta-Analyse zu Hypnose und Musik in der Palliativversorgung nennt diese Kombination einen vielversprechenden Ansatz (Bissonnette et al., 2024). Hypnose kombiniert mit virtueller Realität ist evtl. für jene Menschen interessant, die Schwierigkeiten beim Imaginieren erleben (Rousseaux et al., 2020, 2022; Wiechman et al., 2022). Eine virtuell vorgegebene Naturlandschaft ermöglicht mehr Schmerzlinderung als ein virtuelle urbane Umwelt (Steininger et al., 2025). In einigen Ländern wird Hypnose bereits mit Unterstützung künstlicher Intelligenz angeboten, was wohl Anpassungen des internationalen ethischen Codes der Hypnosegesellschaften (ISH-Homepage) erfordern wird (Carnevale, 2025). Es ist wahrscheinlich nur eine Frage der Zeit, dass auch Schmerzkontrolle zu den Themen zählen wird. Wir dürfen neugierig sein auf kommende Entwicklungen.

8. Kontraindikationen

Es gelten dieselben Kontraindikationen wie für den Einsatz von Hypnose allgemein. Dazu zählen als absolute

Kontraindikationen akute Psychosen, präpsychotische Zustände, paranoide und Wahnzustände sowie organisch bedingte paranoide Zustandsbilder wie z. B. ein Durchgangssyndrom. Hypnose bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen bedarf einer Spezialausbildung – ansonsten gilt, neben anderen Anzeichen sensibel auf die Gegenübertragung zu achten und bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörung keine Hypnose anzubieten.

Als relative Kontraindikationen gelten Aversion gegen Hypnose, Angst vor Hypnose, mangelnde Motivation bzw. passive Haltung, unzureichende Konzentrationsfähigkeit, niedriges Vorstellungsvermögen, mangelnde Zeit – und ungeklärte medizinische Diagnose, was besonders Hypnose zur Schmerzkontrolle betrifft.

9. Grenzen

Grenzen bei den Hilfesuchenden können durch Ausmaß an Suggestibilität und auch Art des Schmerzes gegeben sein. Dies ist zu akzeptieren und eine andere Möglichkeit zu finden. Für die Hypnotisierenden gilt grundsätzlich, dass sie nur bei jenen Personen Hypnose einsetzen sollen, mit welchen sie auch ohne Hypnose arbeiten können. Grenzen werden dabei durch Aus- und Weiterbildung, Übung und die damit erworbene Sicherheit erweitert.

10. Schlussbemerkungen

Bei seinen Überlegungen zu den Fortschritten der Forschung in den letzten 40 Jahren in Bezug auf unser Verständnis des Wirkens und der Mechanismen der klinischen Hypnose schreibt Jensen: „Wir verfügen über die besten Belege für die Wirksamkeit der Hypnose bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms, bei Depressionen und sowohl bei akuten als auch chronischen Schmerzen“ (Jensen, 2024, S. 100). Er weist jedoch darauf hin, dass nicht alle Studien dieselbe wissenschaftliche Qualität bieten, wie zum Beispiel mehr als 50 Teilnehmende pro Behandlungsbedingung. Aus diesem Grund werden in Übersichtsarbeiten positive Ergebnisse oft vorsichtig formuliert und weitere Studien empfohlen.

Jahrzehntelange Forschung wie auch klinische Erfahrung bringen Größen der Hypnose wie z. B. Ebell (2024), Jensen (2015) und Wallnöfer (1996) dazu, dem Einsatz von Hypnose und Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle viel mehr Verbreitung zu wünschen. Diesem Wunsch möchten wir uns anschließen.

Literatur

- Barber, T. X. & Calverley, D. S. (1963). Toward a theory of hypnotic behavior: Effects on suggestibility of task motivating instructions and attitudes toward hypnosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 67(6), 557-565. doi: 10.1037/h0047040. Zit. n. Miltner (2024).
- Bernheim, H. (1888/2015). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*. Übersetzt von Sigmund Freud. Bilzen: Edition Diskord. <https://archive.org/details/bernheim-1888-suggestion/page/n1/mode/2up>, Abruf 27.07.2025.
- Bischoff, C., Traue, H. C. & Zenz, H. (1982). Muskelspannung und Schmerzerleben von Personen mit und ohne Spannungskopfschmerz bei experimentell gesetzter und aversiver Reizung. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 2, 357-385.
- Bissonnette, J., Dumont, E., Pinard, A.-M., Landry, M., Rainville, P. & Ogez, D. (2024). Hypnosis and music interventions for anxiety, pain, sleep and well-being in palliative care: systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*, 13(3), 503-514. doi: 10.1136/bmjspcare-2022-003551.
- Carnevale, F. (2025). AI in Psychotherapy, Psychodiagnosis, and Hypnotherapy. *ESH Newsletter*. European Society of Hypnosis, Summer Edition, 23-24. Verfügbar bei <https://esh-hypnosis.eu>.
- Chapman, D. R. & Feather, B. W. (1973). Effects of diazepam on human pain tolerance and pain sensitivity. *Psychosomatic Medicine*, 35, 330-340.
- Coué, E. (1998/2012) *Autosuggestion. Wie man die Herrschaft über sich selbst gewinnt*. Aarau, München: AT Verlag.
- Crawford, H. J., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J. M. C., Xie, M., Jamison, S. & Pribram, K. H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46(1), 92-132. doi: 10.1080/00207149808409992.
- Derbyshire, S. W. G. & Oakley, D. A. (2013). A role for suggestion in differences in brain responses after placebo conditioning in high and low hypnotizable subjects. *Pain*, 154(9), 1487-1488.
- Disney, W. (1967). *Das Dschungelbuch*. Film.
- Ebell, H. (2024). Annäherungsziele und Vermeidungsziele in der Schmerztherapie. „Was stattdessen“ – Kernelement von therapeutischer Kommunikation, Hypnose und Selbsthypnose. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 19 (1+2), 61-78.
- Esdaille, J. (1902/2007). *Mesmerism in India, and its practical application in surgery and medicine*. Chicago: The Psychic Research Co. <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.220133/page/n17/mode/2up>, Abruf 25.07.2025.
- Friederich, M., Trippe, R. H., Ozcan, M., Weiss, T., Hecht, H. & Miltner, W. H. (2001). Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiology*, 38 (5), 768-776.
- Frisaldi, E., Piedimonte, A. & Benedetti, F. (2015). Placebo and nocebo effects: a complex interplay between psychological factors and neurochemical networks. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 267-84. doi: 10.1080/00029157.2014.976785.
- Geagea, D., Tyack, Z., Kimble, R., Eriksson, L., Polito, V. & Griffin, B. (2021). Hypnotherapy for Procedural Pain and Distress in Children: A Scoping Review Protocol. *Pain Medicine*, 22(12), 2818-2826. doi: 10.1093/pm/pnab038.
- Gheorghiu, V. (1996a). Persönliche Mitteilung.

- Gheorghiu, V. (1996b). Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene. Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. *Hypnose und Kognition*, 13, 125-146.
- Goldstein, A. & Hilgard, E. R. (1975). Lack of influence of the morphine antagonist naloxone on hypnotic analgesia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 72, 2041-2043.
- Goodoory, V. C., Khasawneh, M., Thakur, E. R., Everitt, H. A., Gudleski, G. D., Lackner, J. M., Moss-Morris, R., Simren, M., Vasant, D. H., Moayyedi, P., Black, C. J. & Ford, A. C. (2024). Effect of Brain-Gut Behavioral Treatments on Abdominal Pain in Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Gastroenterology*, 167(5), 934-943. doi: 10.1053/j.gastro.2024.05.010.
- Halligan, P. W. & Oakley, D. A. (2013). Hypnosis and cognitive neuroscience: Bridging the gap. *Cortex*, 49(2), 359-364. doi: 10.1016/j.cortex.2012.12.2002. Zit. n. Miltner (2024).
- Halsband, U. (2009). Hypnose und Meditation. In G. Schiepek (Hrsg.) *Neurobiologie der Psychotherapie*. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer.
- Hansen, E. (2024). Was kann ein Mediziner von Hypnose und Hypnotherapie lernen? Vortrag bei den „Hypnotagen Wien“ der Milton Erickson Gesellschaft Austria, Wien, 09.-12.05.2024.
- Hansen, E. & Bejenke, C. (2010). Negative und positive Suggestionen in der Anästhesie. *Die Anästhesiologie*, 59(3), 199-202. doi:10.1007/s00101-010-1679-9.
- Harrer, M. (2023). Modelle einer integrierten Verwendung von Hypnose und Achtsamkeit in der Psychotherapie. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 18(1+2), 9-39.
- Hilgard, E. R. (1977). *Divided Consciousness. Multiple Controls in Human Thought and Action*. New York: Wiley.
- Hilgard, E. R. (1989). Eine Neo-Dissoziationstheorie des geteilten Bewusstseins. *Hypnose und Kognition*, 6 (2), 3-20.
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation theory. In S. J. Lynn und J. W. Rhue (Hrsg.). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (S. 32-51). New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H. & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimensions of pain. *Journal of Neurophysiology* 86(1), 402-411.
- Hoops, J. (1999). § 2. Germanisches Altertum, Mittelalter und frühe Neuzeit. *Reallexikon der Germanischen Altertumskunde*. Band 14 (S. 95-96). Berlin: Walter de Gruyter.
- Houle, M., McGrath, P. A., Moran, G. & Garrett, O. J. (1988). The efficacy of hypnosis- and relaxation-induced analgesia on two dimensions of pain for cold pressor and electrical tooth pulp stimulation. *Pain*, 33(2), 241-251. doi: 10.1016/0304-3959(88)90096-6.
- Houzé, B., Streff, A., Piché, M. & Rainville, P. (2021). Spinal and supraspinal modulation of pain responses by hypnosis, suggestions, and distraction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 63(4), 329-354. doi: 10.1080/00029157.2020.1863184.
- Huynh, M. E., Vandvik, I. H. & Diseth, T. H. (2008). Hypnotherapy in child psychiatry: the state of the art. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 377-93. doi: 10.1177/1359104508090601.
- Jensen, M. P. (2008). The Neurophysiology of Pain Perception and Hypnotic Analgesia: Implications for Clinical Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51(2), 123-148. doi: 10.1080/00029157.2008.10401654.
- Jensen, M. P. (2009). Hypnosis for chronic pain management: A new hope. *International Association for the Study of Pain*. *Pain*, 146, 235-237. doi: 10.1016/pain.2009.06.027.
- Jensen, M. P. (2015). *Hypnose bei chronischem Schmerz. Ein Behandlungsmanual*. 2. Aufl. Heidelberg: Auer.
- Jensen, M. P. (2024). Überlegungen zum Stand der Wissenschaft der Hypnose. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 19(1+2), 99-122.
- Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Molton, I. R., Raichle, K. A., Osborne, T. L., Engel, J. M., Stoelb, B. L., Kraft, G. H. & Patterson, D. R. (2009). A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57, 198-221.
- Juel, J., Abrahamsen, R., Olesen, S. S. & Drewes, A. M. (2018). A pilot-study of hypnotherapy as complementary treatment for pain in chronic pancreatitis. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 15(4). doi: 10.1515/jcim-2017-0084.
- Kaindlstorfer, C. R., Gasser, R. & Dorfer, L. (2013). Hypnose und Akupunktur – verbesserter Outcome durch die Kombination der beiden sich ergänzenden Therapien. *Akupunktur und Aurikulomedizin*, 39, 10-18. doi: org/10.1007/s15009-013-5239-7.
- Kleine-Borgmann, J., Schmidt, K., Hellmann, A. & Bingel, U. (2019). Effects of open-label placebo on pain, functional disability, and spine mobility in patients with chronic back pain: A randomized controlled trial. *Pain*, 160(12), 2891-2897.
- Krause, C. & Riegel, B. (2023). Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe. In D. Revenstorf, B. Peter und B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (S. 121-133). 4. Aufl., Berlin: Springer.
- Larbig, W. (2004). Hirnphysiologische Korrelate der Hypnoanalgesie. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 39-59.
- Laurent, B., Peyron, R., Garcia Larrea, L. & Mauguière, F. (2000). La Tomographie par Emission de Positons comme moyen d'étude de l'intégration centrale de la douleur [Positron emission tomography to study central pain integration]. *Revue Neurologique*, 156(4), 341-51.
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M. & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(5). CD009356. doi: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
- Mann, Th. (1989). *Mario und der Zauberer. Ein tragisches Reiseerlebnis*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Martin, M., Yogev, L. & Walter, H. (2013). Frauen in der Geschichte der Hypnose. Eine Spurensuche nach den Schwestern von gestern ... und vorgestern ... *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 8(1+2), 7-41.
- McGlashan, T. H., Evans, F. J. & Orme, M. T. (1969). The nature of hypnotic analgesia and the placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31, 227-146.
- Miltner, W. H. R. (2024). Die Kontrolle von Schmerzen mittels Hypnose: Eine Reise in die Tiefen des Gehirns. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 19(1+2), 195-225.
- O'Hanlon, W. H. & Hexum, A. L. (1994). *Milton H. Ericksons gesammelte Fälle*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Peter, B. (2023a). Chronische Schmerzen. In D. Revenstorf, B. Peter und B. Rasch (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (S. 531-543). 4. Aufl., Berlin: Springer.
- Peter, B. (2023b). Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit. *Geschichte und Theorie*. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 18(1+2), 119-144.
- Peter, B. (2024). Anmerkung des Herausgebers zum Artikel von M. Jensen (2024). Überlegungen zum Stand der Wissenschaft der Hypnose. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 19(1+2), 99-122.
- Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.) (2014). *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B. & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277, 968-970.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2), 7-164.
- Rousseaux, F., Bicego, A., Ledoux, D., Massion, P., Nyssen, A.-S., Faymonville, M.-E., Laureys, S. & Vanhaudenhuyse, A. (2020). Hypnosis Associated with 3D Immersive Virtual Reality Technology in the Management of Pain: A Review of the Literature. *Journal of Pain Research*, 13, 1129-1138. doi: 10.2147/JPR.S231737.
- Rousseaux, F., Dardenne, N., Massion, P. B., Ledoux, D., Bicego, A., Donneau, A.-F., Faymonville, M.-E., Nyssen, A.-S. & Vanhaudenhuyse, A. (2022). Virtual reality and hypnosis for anxiety and pain management in intensive care units: A prospective randomised trial among cardiac surgery patients. *European Journal of Anaesthesiology*, 39(1), 58-66. doi: 10.1097/EJA.0000000000001633.
- Sawamoto, S., Honda, M., Okada, T., Hanakawa, T., Kanda, M., Fukuyama, H., Konishi, J. & Shibasaki, H. (2000). Expectation of Pain Enhances Responses to Nonpainful Somatosensory Stimulation in the Anterior Cingulate Cortex and Parietal Operculum/Posterior Insula: an Event-Related Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *The Journal of Neuroscience*, 20(19), 7438-7445.
- Spanos, N. P. (1986). Hypnotic behavior – A social psychological interpretation of amnesia, analgesia, and trance logic. *Behavioral and Brain Sciences*, 9(3), 449-467.
- Steininger, M. O., White, M. P., Lengersdorff, L., Zhang, L., Smalley, A. J., Kühn, S. & Lamm, C. (2025). Nature exposure induces analgesic effects by acting on nociception-related neural processing. *Nature Communications*, 16, Artikel Nummer 2037, 1-12. doi: 10.1038/s41467-025-56870-2.
- Taylor, D. A. & Genkov, K. A. (2020). Hypnotherapy for the Treatment of Persistent Pain: A Literature Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(2), 157-161. doi: 10.1177/1078390319835604.
- Thomaßen, D. (2020). Mischpoke. Scharlatane und Bühnenhypnotiseure, unsere peinliche Verwandtschaft. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 2, 6-10.
- Von Fischern, I., Kraiker, C., Peter, B. & Spörrle, M. (2005). Osteopathie und Hypnose – eine mögliche Kombination in der Schmerztherapie? *Hypnose, Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 0(1+2), 89-102.
- Wallnöfer, H. (1996). Einführung in die Hypnose-Therapie mit besonderer Berücksichtigung des Schmerzproblems. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Walter, H. (1992). *Hypnose: Theorien, neurophysiologische Korrelate und praktische Hinweise zur Hypnosetherapie*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Wiechman, S. A., Jensen, M. P., Sharar, S. R., Barber, J. K., Soltani, M. & Patterson, D. R. (2022). The Impact of Virtual Reality Hypnosis on Pain and Anxiety Caused by Trauma: Lessons Learned from a Clinical Trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 70(2), 156-173. doi: 10.1080/00207144.2022.2052296.
- Wiene, R. (1920). *Das Cabinet des Dr. Caligari*. Film.

Websites:

KIKH-Homepage:

<https://www.hypnose-kikh.de/museum-hypnose.html>.

ISH-Homepage:

<https://www.ishhypnosis.org/administration/code-of-ethics/>.

Autorinnen

Univ.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Henriette Walter

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habilitierte Dozentin, pensionierte Professorin an der Medizinischen Universität Wien sowie Psychotherapeutin (Hypnosepsychotherapie). Sie leitete eine Forschungsgruppe für Suchtbehandlung. Im Rahmen ihrer klinischen und Forschungstätigkeit war auch die Schmerzbehandlung ein zentraler Punkt. Sie gründete gemeinsam mit Marianne Martin und leitete später den „Universitätslehrgang für Medizinische Hypnose“ an der MedUni Wien. 2022 übergab sie diese Leitung an die Hypnotherapeutin Stella Nkenke, Ärztin für Allgemeinmedizin und deren Stellvertreterin, Heidemarie Zach, Neurologin.



Medizinische Universität Wien

Spitalgasse 23

A-1090 Wien

henriette.walter@meduniwien.ac.at

Dr.ⁱⁿ phil. Marianne Martin

ist klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Autogene Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie, Katathym Imaginative Psychotherapie), mit Weiterbildungen in Hypnotherapie nach Milton H. Erickson und EMDR. Als Referentin gibt sie seit Jahrzehnten PsychologInnen und ÄrztInnen ihre Erfahrung weiter, insbesondere für Medizinische Hypnose. Sie arbeitet seit über 40 Jahren in der freien Praxis, der Schwerpunkt liegt derzeit bei Gewohnheitskontrolle (Rauchen, Übergewicht) und Autogenem Training/Autogener Psychotherapie mit Grundstufe und analytisch orientierter Oberstufe nach Heinrich Wallnöfer.



© Stefan Feichtinger

Sternwartestraße 21A/13

A-1180 Wien

martin@hypnos.at

www.hypnos.at