



LUND UNIVERSITY

Hypnosbehandling för Tonaufnahmen

Cardaña, Etzel; Svensson, Charlotte; Hejdström, Fredrik

Published in:
Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose

2014

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Cardaña, E., Svensson, C., & Hejdström, F. (2014). Hypnosbehandling för Tonaufnahmen. *Deutsche Zeitschrift für zahnärztliche Hypnose*, 8-17.

Total number of authors:
3

Creative Commons License:
Ospecificerad

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Hypnosebehandlung mit Tonaufnahmen hilft gegen Stress

Eine randomisierte kontrollierte Studie

Etzel Cardena, Charlotte Svensson und Fredrik Hejdström

Zusammenfassung

Diese Studie (N = 35) nutzte ein randomisiertes kontrolliertes Design. Die Teilnehmenden wurden aus vielfältigen Gruppen rekrutiert. Nachdem deren Stress- und Burn-out-Level, Bewältigungsarten, allgemeines Wohlbefinden und Hypnotisierbarkeit bestimmt wurden, teilte man die Teilnehmenden zunächst gemäß des jeweiligen Stressniveaus in Matched Pairs ein, um sie im nächsten Schritt randomisiert der Interventions- oder Wartelistengruppe zuzuteilen. Die Intervention bestand aus der Tonaufzeichnung einer hypnotischen Induktion, begleitet von Suggestionen für progressive Relaxation, Bildvorstellungen und Anchoring, die zwei Wochen lang genutzt werden sollte. Die Ergebnisse zeigen im Vergleich zu der Baseline und der Wartelistenbedingung, dass die hypnotische Intervention bei den Teilnehmenden einen mittleren bis großen positiven Effekt auf das Erleben von Stress, Burn-out und Wohlbefinden hatte. Zudem nutzten einige Teilnehmer/-innen nach der Intervention seltener die Bewältigungsstrategie Flucht-Vermeidung. Die Hypnotisierbarkeit korrelierte signifikant oder marginal mit einigen Ergebnissen der Intervention, jedoch nur für eine Gruppe.

„Es sind nicht die großen Dinge, die einen Menschen ins Irrenhaus bringen ... nein, es ist die nie abreißende Serie von kleinen Tragödien, ... nicht der Tod eines geliebten Menschen, sondern ein Schnürsenkel, der reißt, wenn man eh schon zu spät dran ist.“

Charles Bukowski: Der Schnürsenkel, 1972, S. 115

Laut dem Swedish National Board of Health Report (Socialstyrelsen, 2009) hat sich das geistige Wohlbefinden der Schweden seit 1980 verschlechtert, besonders unter jungen Menschen. Da psychologischer Stress die allgemeine Gesundheit beeinflusst, ist es wichtig, effektive und praktische Wege zu finden, um mit Not und Leid umzugehen. Selye (1955) hat Stress als die allgemeine, unspezifische Reaktion des Körpers auf stressauslösende Stimuli definiert, die üblicherweise als herausfordernde und/oder unangenehme

Stimuli klassifiziert werden, die die Ressourcen eines jeden Individuums auf die Probe stellen. Typischerweise wurden diese Stressoren von anderen schwerwiegenden Stimuli abgegrenzt. Dazu zählen schwere Verluste oder traumatische Erlebnisse, chronischer Missbrauch oder Vernachlässigung. Selye argumentierte, dass nichtspezifische Reaktionen einem allgemeinen Muster folgen, das er als „generelles Adaptationssyndrom“ (GAS) bezeichnete. Dieses wird als Antwort auf Stress ausgelöst und teilt sich in drei Phasen auf, in denen der Organismus mit der Produktion verschiedener Hormone reagiert. In der ersten Phase, der Alarmphase, wird das sympathische Nervensystem aktiviert und im Nebennierenmark werden Adrenalin und Noradrenalin produziert. In der zweiten Phase, der Abwehrphase, werden die physiologischen Reaktionen von einer Kortisolausschüttung dominiert. Wenn die Umgebung weiterhin stressauslösend bleibt und keine Erholung stattfindet, setzt die dritte Phase, die Erschöpfungsphase, ein. Sie ist durch einen Zustand physischer und mentaler Ermüdung charakterisiert und kann schädliche dermatologische und immunologische Auswirkungen haben, das Verdauungssystem beeinträchtigen und viele andere Probleme wie Dysphorie, Kopfschmerzen und Unruhe hervorrufen.

Selye hatte bereits die Bedeutsamkeit psychologischer Faktoren erkannt, darunter die menschliche Geisteshaltung. Aber es waren letztendlich Lazarus und Kollegen (z. B. Lazarus, 1999), die einen psychologischen Ansatz entwickelten. In ihrer „Person-Environment-Fit“-Theorie postulierten Lazarus und Folkman (1984), dass Stressoren und Reaktionen nicht getrennt betrachtet werden sollten. Stress resultiere aus der Bewertung eines Ereignisses als schädlich, gefährlich oder herausfordernd und aus der eigenen Einschätzung, ob die eigenen Ressourcen für die Bewältigung dieser Herausforderung ausreichen. Tun sie dies nicht, folgt Stress. Dieses Modell betont die individuellen Unterschiede bezüglich der Stimulibewertung (ob primär oder sekundär) sowie die individuellen Bewältigungsprozesse, sowohl reaktive als auch antizipatorische.

Die Interaktion dieser beiden bestimmt die darauf folgenden psychophysiologischen Reaktionen. Primäre Evaluation/Bewertung bezieht sich auf die Frage, ob der Stimulus für die Ziele, die Werte, den Glauben über sich selbst und die Welt des Individuums relevant ist. Die sekundäre Evaluation/Bewertung bezieht sich auf die kognitive Abwägung dessen, was gegen die stressige Person-Umwelt-Beziehung getan werden kann. Im Allgemeinen ließe sich sagen: Je sicherer wir uns unserer Fähigkeit sind, mit Schwierigkeiten umzugehen, desto wahrscheinlich ist es, dass wir die Situation als Herausforderung oder Chance und nicht als Bedrohung sehen.

Wie der Einzelne mit einer wahrgenommenen Herausforderung umgeht, kann im sogenannten Bewältigungskonzept zusammengefasst werden. Die Art der Bewältigung kann Stress reduzieren, indem sie die gegenwärtige Beziehung zwischen dem Individuum und der Umwelt verändert. Es gibt verschiedene Bewältigungsarten. Einige konzentrieren sich darauf, den Stimulus zu verändern (z. B. problemorientierte oder aufgabenorientierte Bewältigung), einige darauf, auf den Stimulus zu reagieren (z. B. verteidigungsorientierte Reaktionen wie Schadensbehebung und emotionale Verarbeitung). Wie effektiv die Bewältigung ist, hängt davon ab, wie gut sie zu der Situation passt. Wenn zum Beispiel jemand mit Umständen zu kämpfen hat, die sich nicht ändern werden, kann die Person sich durch den Gebrauch einer problemorientierten Bewältigungsstrategie noch schlechter fühlen, als wenn sie die Umstände akzeptiert und auf die emotionale Bewältigung zurückgreift (McQueeny, Stanton & Sigmon, 1997). Einige Prozesse wirken reaktiv auf ein Ereignis, das passiert ist oder sich gerade abspielt, während andere als Voraussicht auf mögliche Geschehnisse in der Zukunft fungieren.

Aus diesem Modell kann abgeleitet werden, dass eine Stress abbauende Intervention auf verschiedene Prozesse abzielen kann: die primäre oder sekundäre Bewertung des Stimulus, die reaktiven und vorausschauenden Bewältigungsprozesse als Antwort auf diese und jegliche schädlichen psychophysiologischen Reaktionen. Es hat sich gezeigt, dass Hypnose eine wertvolle klinische Intervention für die Behandlung einer Reihe von psychologischen und medizinischen Problemen darstellt und dabei geholfen hat, die Lebensqualität zu verbessern (Mendoza & Capafons, 2009). Es wurde von einer moderaten durchschnittlichen Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit (Empfänglichkeit gegenüber Hypnosesuggestionen) und klinischer Wirksamkeit berichtet (Flammer & Bongartz, 2003). Da gezeigt werden konnte, dass Hypnosetechniken zu tief greifenden Veränderungen in der Denkweise, den Gefühlen und den Handlungen von Menschen führen, liegt die Vermutung nahe, dass sie als „Spitzenkandidaten“ für den Stressabbau infrage kämen. Bemerkenswerterweise verfügen viele klinische Hypnoselehrbücher – mit einigen Ausnahmen (z. B. Yapko, 2003) – über keinen Stresseintrag in ihrem Inhaltsverzeichnis. Ähnlich verhält es sich mit Studien, von denen nur relativ wenige die mögliche Wirksamkeit hypnotischer Interventionen bei Stress evaluiert haben.

Der Gebrauch hypnotischer Techniken für den Stressabbau

Eine Studie kombinierte Hypnose mit Rational-Emotive Verhaltenstherapie (RET) bei einer Gruppe von 40 Hochschullehrern, die mit Hilfe eines rationalen Denktests in Matched Pairs eingeteilt und dann randomisiert auf zwei Gruppen aufgeteilt wurden. Die erste Gruppe wurde einer hypnotischen Induktion mit von der RET abgeleiteten Suggestionen ausgesetzt, während sich die zweite Gruppe in vier Sitzungen für jeweils eine Stunde mit Stressreduktionsmethoden auseinandersetzte. Beide Gruppen konnten ihr Ausmaß an irrationalem Denken sowie ihr Stressniveau nach Beenden der Studie senken (gemessen anhand eines Stresstests mit Augenscheinvalidität), wobei die Hypnosegruppe in beiden Bereichen größere Verbesserungen vorzeigen konnte. Dieser Gruppenunterschied hielt bis zu der Follow-up-Messung nach 12 Monaten an, bei der sich die Hypnosegruppe gegenüber den Postwerten der Intervention noch einmal verbesserte (Stanton, 1989).

Stanton (1992) führte eine weitere Studie mit 30 Büroangestellten durch. Die Teilnehmenden wurden anhand eines „Stressthermometers“ gematched und dann randomisiert entweder der Experimentalgruppe (Gruppe 1) oder einer Kontrollgruppe (Gruppe 2) zugeteilt, die sich mit Stressbewältigungsstrategien auseinandersetzte. Die Gruppe 1 durchlief zwei Behandlungssitzungen (insgesamt 75 Minuten), in denen sie eine Hypnosetechnik der „Induktion“, „Vertiefung“ und „Ich-Stärkung“ erlernten. Sie enthielt Suggestionen über körperliche Entspannung, Ruhe, „Beseitigung von ungewolltem körperlichen oder geistigen Müll“, Entfernen einer negativen Barriere und die Freude an einem besonderen Ort. Die Vergleichsgruppe durchlief diese Behandlung, nachdem die Follow-up-Messung bei der ersten Gruppe beendet war. Das Stressthermometer wurde wieder sofort nach Abschluss der zweiten Trainingssitzung und nach dem Follow-up zwei Monate später appliziert. Der Stresslevel der Gruppe 1 war nach der Behandlung und zum Follow-up-Zeitpunkt gesunken und niedriger als der der Gruppe 2. Der Stresslevel der Teilnehmenden in Gruppe 2 war im Vergleich zur Baseline nach Intervention und zum Follow-up ebenfalls signifikant geringer.

Palan und Chandwani (1989) glichen eine Stichprobe von Medizinstudentinnen und -studenten (N=56) in Bezug auf deren letzte Examensnote und Hypnotisierbarkeit ab und teilten die Probanden in eine von drei Gruppen ein:

- 9-wöchige Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen inklusive Ich-Stärkung und spezifischen Suggestionen für Lerngewohnheiten nach einer Selbsthypnoseinduktion
- Dieselbe Behandlung, jedoch ohne die Induktion
- Passive Relaxation beim Lesen von Unterhaltungselektüre

Die Freiwilligen wurden gebeten, Selbstbeurteilungen bezüglich neun Variablen (allgemeiner Gesundheitszustand, Appetit, Schlaf, Stimmung u. a.) vor und nach der Intervention zu liefern. Die Hypnosegruppe zeigte auf allen Dimensionen bessere Punktwerte; die

Suggestionen ohne Hypnose waren bei drei der Variablen wirkungsvoller, während sich die Stimmung der Kontrollgruppe verschlechterte. Eine andere Studie nutzte ein 10 Sitzungen umfassendes Multiple-Baseline-Design mit einer Gruppe von 11 Hochschulabsolventinnen und -absolventen des Beratungswesens. Hier konnte eine zweistündige wöchentliche Selbsthypnoseintervention einen tendenziell abnehmenden Stresslevel unter den Teilnehmenden vorweisen (Jones-Trebatoski, 2011).

Einige Studien betrachteten psychologische und physiologische Stressindikatoren gemeinsam. Whitehouse et al. (1996) führten eine 19-wöchige Studie mit 35 Medizinstudierenden durch, um eine Selbsthypnose-/Entspannungsintervention zu untersuchen, die das Angstniveau reduzieren und die Reaktivität des Immunsystems auf Prüfungsstress abmildern sollte. Die Forscher wählten randomisiert 21 Teilnehmende für die Schulung in Selbsthypnose aus (14 Sitzungen von ungefähr 90 Minuten, die über die Dauer der Studie verteilt waren) und regten diese dazu an, regelmäßig zu üben. Die Vergleichsgruppe erhielt keine Schulung. Beide Gruppen wurden gebeten, ein Tagesprotokoll über Stimmung, Schlaf und ähnliche Variablen zu führen. Psychosoziale Messungen von Symptomen und Stimmung (Brief Symptom Inventory, Derogatis & Melisaratos, 1983; und Profile of Mood States, McNair, Lorr & Droppleman, 1971) wurden zu vier verschiedenen Zeitpunkten während der Studie durchgeführt. Die Prüfungsphase erzeugte eine signifikant höhere Bedrängnis über eine Vielzahl von Variablen. Die Interventionsgruppe berichtete von weniger Belastung, Angst und Schlafvariabilität als die Kontrollgruppe. Die Gruppen unterschieden sich nicht bezüglich der Immunfunktion, wobei der Entspannungsgrad, den die Hypnosegruppe berichtete, auf die Anzahl natürlicher Killerzellen und deren Aktivität schließen ließ. Hypnotisierbarkeit korrelierte nicht mit dem Erfolg der Intervention.

Nachdem eine frühere Studie eine Korrelation zwischen häufiger Übung von Selbsthypnose und der Aufrechterhaltung von Immunfunktionen gefunden hatte, wählten Kiecolt-Glaser, Marucha, Atkinson und Glaser (2001) 33 Human- und Zahnmedizinstudierende mit hoher Hypnotisierbarkeit aus, die dann randomisiert Hypnose- (Relaxation und Bildsuggestionen) oder Vergleichsbedingungen zugeteilt wurden. Durchschnittlich gesehen schützte die Hypnosebedingung vor stressgebundener Immunverschlechterung, wobei häufigeres Üben der Selbsthypnose von mehr positiven Ergebnissen begleitet war.

Gruzelier, Smith, Nagy und Henderson (2001) führten eine Studie mit Studentinnen und Studenten während der Prüfungsphase durch und beschrieben den gesundheitsschädlichen Effekt von Prüfungsstress auf die Immunfunktion, der durch eine hypnotische Intervention inklusive Relaxation und Bildvorstellungen abgedämpft werden konnte. Diese Intervention zielte auf Energiesteigerung, Wachheit und Konzentration bei 16 Teilnehmenden mittels 10 Hypnosesitzungen im Vergleich zu 10 Kontrollsitzen ab. Eine weitere Studie mit 48 Studierenden, die randomisiert der

Selbsthypnose, Johrei (einem Heilungsritual) und einer Pseudo-Neurofeedbackrelaxation zugeteilt wurden, ergab, dass die ersten zwei Verfahren zu einem „Puffer-Effekt“ auf die durch die Prüfungsphase erzeugten Immundefizite führten (Naito et al., 2003). In die gleiche Richtung geht eine Studie mit 11 Studierenden in der Prüfungsphase und 15 ängstlichen Patientinnen und Patienten, die herausfand, dass die Ratio der Marker-Carrier-Granulozyten zu Beginn der Prüfungsphase der Studierenden zunahm, eine hypnotische Relaxationsintervention bei beiden Stichproben jedoch den gegenteiligen Effekt erzielte (Keresztes, Rudisch, Tajti, Ocsosvski & Gardi, 2007).

Eine zusätzliche Forschungsarbeit von Gruzelier (2002) zeigte, dass Selbsthypnose mit Bildvorstellungen gegenüber solcher ohne eine vorteilhafte Wirkung auf die Immunfunktion, die Stimmung und die Verringerung von Infektionen hatte. Gruzelier berichtete auch, dass ein 6-wöchiges Training mit Patienten, die den Herpes-Virus in sich trugen, die Ausbrüche um die Hälfte reduzieren, die Immunfunktion und Stimmung verbessern sowie Ängstlichkeit und Depression vermindern konnte. In seinen Studien sagten Absorption und Hypnotisierbarkeit in der Regel die Wirksamkeit der hypnotischen Intervention vorher.

Hypnosestrategien sind auch schon eingesetzt worden, um Schmerzen und Leiden bei chirurgischen Eingriffen zu verringern. Zum Beispiel evaluierten Faymonville und Kollegen (1997) die Unannehmlichkeiten von plastischer Chirurgie mit Lokalanästhesie und Sedierung, indem sie Patienten randomisiert einer von beiden Gruppen zuteilten. Die erste Gruppe nutzte eine Hypnosestrategie (n=30), die aus Augenfixation, Muskelrelaxation und verschiedenen Suggestionen, z. B. dem Wiedererleben sehr angenehmer früherer Erfahrungen, bestand. Die zweite Gruppe (n=30) nutzte stressabbauende Strategien wie emotionale Unterstützung, Tiefatmung/Relaxation und positives Denken. Das Ausmaß der Angst, der Schmerzen und der wahrgenommenen Kontrolle der Patienten wurde vor, während und nach der Operation gemessen, wobei postoperativer Schwindel und Erbrechen festgehalten wurden. Patienten der Hypnosegruppe zeigten weniger Bedarf an Schmerzmitteln und weniger Angst, Schmerzen, Schwindel und Erbrechen im Vergleich zu der anderen Gruppe. Sie berichteten auch von einem größeren Kontrollgefühl und höherer Zufriedenheit. Eine Schmerzlinderung trat ein, obwohl die Hypnosegruppe signifikant geringere Dosen von Schmerz- und Beruhigungsmitteln erhielt und keine Suggestionen für Schmerzlinderung erfolgten.

Enqvist, von Konow und Bystedt (1995) evaluierten Blutverlust und Blutdruck innerhalb der Kieferchirurgie. Es wurden Suggestionen für verminderte Blutung, Schwellung und verstärkte Erholung gegeben. Im Vergleich zu einer gematchten Kontrollgruppe zeigte sich eine Reduktion des Blutverlustes bei den Patienten, die den aufgenommenen hypnotischen Suggestionen zuhörten – insbesondere bei denjenigen (n=36), die präoperativen Suggestionen zuhörten, gegenüber denen, die lediglich perioperative Suggestionen (n=24)

hörten. Hypnotische Strategien wurden auch schon im zahnärztlichen Kontext evaluiert. Eine Hypnoseintervention verringerte im Vergleich zu einer Kontrollbedingung die Hautleitfähigkeit für Stressreaktionen auf eine Zahnbehandlung (McAmmond, Davidson & Kovitz, 1971).

Eine Studie nutzte einen Laborstressor, um den Effekt einer Hypnoseintervention auf psychologische und Immunreaktionen zu evaluieren (Johnson, Walker, Heys, Whiting & Eremine, 2006). Die Hälfte von 24 gesunden Teilnehmenden wurde randomisiert einer Gruppe zugeteilt, die drei Sitzungen progressiver Relaxation und Hypnose erhielt, die andere Hälfte einer Kontrollgruppe. Psychologische und immunologische Parameter sowie Blutdruck wurden zu drei verschiedenen Zeitpunkten dokumentiert. Die Hypnoseintervention erzeugte eine Reihe positiver Effekte, davon verminderte Angst und erhöhte Gelassenheit, klares Denken, Euphorie, Selbstbewusstsein, Energie, Relaxation sowie eine verminderte Lymphozytenreaktion und Interleukin-1-Sekretion; der Kontakt mit dem Stressor führte zu erhöhten Immunfunktionswerten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Punktwerte auf der Creative Imagination Scale korrelierten mit verschiedenen Immunreaktionen. Ein weiterer wichtiger Befund ist, dass langfristige Übung (6 Monate) und Training in Selbsthypnose höhere DHEA-S-Werte und niedrigere Kortisolwerte in der Experimentalgruppe mit sechs randomisiert ausgewählten Individuen im Vergleich zu sechs anderen Individuen produzierte (Johansson & Unestahl, 2006).

Insgesamt scheinen Hypnosestrategien, davon besonders jene, die Bildvorstellungen nutzen, das Erleben von Stress zu reduzieren und allgemein einen positiven Effekt auf diverse Immunfunktionen zu haben, was den schädigenden Stressoreffekten als „Puffer“ entgegenwirkt. Hypnotisierbarkeit korrelierte – wenngleich nur inkonsistent – mit den Interventionsergebnissen. Der Großteil der Studien, die wir aufarbeiteten, stellte eine hohe Belastung für die Teilnehmenden und Forscher im Hinblick auf Zeit, Anzahl der Sitzungen und Evaluationsprozeduren dar, sodass die Frage bleibt, ob es auch eine einfachere Hypnoseintervention gibt, die einen signifikant positiven Effekt auf den alltäglichen Stress einer nichtklinischen Stichprobe vorweisen kann.

Wir waren bestrebt herauszufinden, ob eine Hypnoseintervention auf Tonband, welche die Teilnehmenden nach Belieben gebrauchen konnten, deren angegebene Stresslevel senken und deren Bewältigungsstrategien beeinflussen würde. Unsere zwei primären Hypothesen waren: (a) Teilnehmende berichten nach der Hypnoseintervention von weniger Stress und Burn-out und einem verbesserten Wohlbefinden; (b) Hypnotisierbarkeit korreliert mit den vermuteten Veränderungen. Wir stellten keine spezifischen Hypothesen für die Bewältigungsstrategien auf, mit Ausnahme der allgemeinen, dass die Teilnehmenden nach der Hypnoseintervention nicht so häufig auf weniger effektive Strategien zurückgreifen müssen.

Methode

Teilnehmer/-innen

Um die Teilnehmenden für diese Studie zu rekrutieren, nutzten wir verschiedene Kanäle. Es wurde Werbung auf elektronischem Wege und über Schwarze Bretter in und um Universitäten, Büchereien, Kliniken und anderen Orten geschaltet. Die Interessentinnen und Interessenten (N=75) wurden gebeten, einen Untersuchungsleiter / eine Untersuchungsleiterin zu kontaktieren, um mehr Informationen zu erhalten. Als Antwort darauf wurden sie gefragt, ob sie irgendwelche psychotropen Medikamente einnehmen, eine Form von Psychotherapie durchliefen oder während der letzten drei Jahre in psychiatrischer Behandlung in einer Klinik gewesen wären. Eine positive Antwort auf eine dieser Fragen war ein Ausschlusskriterium. Die Stichprobe bestand aus 56 Teilnehmenden (82 % Frauen) zwischen 20 und 61 Jahren (M=31,13; SD=10,00); 44 Personen (79 %) waren Studierende und 11 berufstätig, eine Person war arbeitslos. Einverständniserklärungen wurden ausgefüllt, die Teilnahme erfolgte freiwillig und ohne Vergütung. Die Studie erfüllte die Auflagen der Swedish Law of the Ethical Review of Research Involving Humans und entsprach den Prozeduren des Regional Ethics Board.

Hypnoseintervention

Die Intervention wurde in Form einer Audiodatei dargereicht, welche die Teilnehmenden entweder auf einer CD erhielten oder in einem zugriffgeschützten Bereich auf der Internetseite der Studie als MP3-Datei herunterladen konnten. Die Aufnahme wurde in einem professionellen Tonstudio durchgeführt und der Text von einem professionellen Sprecher vorgelesen. Die Länge der Aufnahme betrug 23 Minuten. Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich die Aufnahme 14 Tage lang mindestens einmal täglich anzuhören, unter der Bedingung, dass sie die Aufnahme nicht beim Autofahren anhörten oder während anderer Aktivitäten, die ihre volle Aufmerksamkeit erforderten.

Das Aufnahmeskript beginnt mit einer allgemeinen Induktion mit Fokus auf die Atmung und Suggestionen für progressive Relaxation. Die Wahl dieses Ansatzes bot sich an, da Relaxation das Gegenteil von Stress ist (Benson, 2000) und das Ziel darin bestand, Stress zu minimieren. Nach der anfänglichen Induktion wird ein Zählvorgang verwendet, um die Hypnoseerfahrung zu intensivieren. Während des Zählens werden die Teilnehmenden gebeten, sich vorzustellen, dass sie an einen besonderen Ort gehen, den sie mit Sicherheit, Frieden und Kontrolle assoziieren. Es wird ihnen überlassen, wie sie an diesen Ort gelangen und ob dieser gleich bleibt oder sich verändert. Der nächste Schritt auf dem Tonband ist die Suggestion, einen personalisierten „Anker“ oder physiologisch konditionierten Hinweis zu schaffen, den die Teilnehmenden im Alltag verwenden können, um ihre Stresserfahrungen besser zu bewältigen (in diesem Fall die Assoziation des Zusammenpressens von Daumen und Zeigefinger mit einem Grad tiefer Entspannung; keine der Studien, die wir aufarbeiteten, schien den Teilnehmenden den Gebrauch eines Ankers zu

vermitteln, was eine sehr effektive Hypnosetechnik darstellt, siehe Lynn & Kirsch, 2006). Dann wurden posthypnotische Suggestionen gegeben, die besagten, dass es mit Übung leichter und leichter werden würde, sich zu entspannen, und der Anker mit der Zeit immer zuverlässiger werden würde. Mitsamt der Suggestion, dass die Zuhörer gesünder und glücklicher als zuvor in die Gegenwart zurückkehren würden, wird ein Zählvorgang eingeleitet, um die Teilnehmenden aus der Hypnose zu geleiten.

Material

Alle unten gelisteten Instrumente besitzen gute publizierte psychometrische Eigenschaften. Sofern nicht anders vermerkt, wurden sie in der original englischen Sprachversion dargeboten. Stress wurde anhand der Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983), einem Selbstberichtsinstrument mit 14 Fragen gemessen, welches das Ausmaß erfasst, in dem Lebenssituationen beurteilt und als stressig im Sinne von unvorhersehbar, unkontrollierbar und überwältigend wahrgenommen werden. Das Antwortformat folgt einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 bis 4, wobei 0 = nie und 4 = sehr häufig bedeutete. Cronbachs α wurde zwischen 0,84 und 0,86 gefunden (Cohen et al., 1983). Die PSS wurde ins Schwedische übersetzt und durch Eskin und Parr (1996) validiert mit $\alpha = 0,82$, in unserer Studie: $\alpha = 0,75$.

Der originale Shirom-Melamed-Burn-out-Fragebogen (SMBQ; Melamed, Kushnir & Shirom, 1992) ist eine Selbsteinstufungsskala mit 22 Elementen. Die Fragen sind als Aussagen formuliert, wie zum Beispiel „Ich fühle mich erschöpft“, mit einem Antwortformat auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 1 = fast nie bis 7 = fast immer. Die Skala kann in vier Dimensionen aufgeteilt werden: emotionale/körperliche Ermüdung, Trägheit, Anspannung und geistige Erschöpfung. Für diese Studie verwendeten wir jedoch nur den globalen Index, in dem der Gesamtpunktwert aus dem Durchschnitt der Punktwerte dieser Elemente berechnet wird. Die maximale Punktzahl für den globalen Index ist 7. Wir verwendeten eine schwedische Übersetzung für eine Studie, in welcher der Cut-off-Wert für krankhaftes Burn-out bei 4,47 lag, wobei Punktzahlen von 2,75 oder darunter als gesund gewertet wurden, und Cronbachs $\alpha = 0,78$ betrug (Grossi, Perski, Blomkvist, Evengård & Orth-Gomér, 2003; siehe auch http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Primarvarden/Teamsamverkan/Malmö/371_SMBQ_manual.pdf). In dieser Studie galt $\alpha = 0,94$.

Der „Ways of Coping Questionnaire-Revised“ (WCQ-R; Folkman & Lazarus, 1985) enthält 66 Elemente mit Aussagen über Gedanken und Handlungen, die die Person womöglich nutzt, um mit internen oder externen Anforderungen in Stresssituationen umzugehen. Wir baten unsere Freiwilligen, ihre anstrengendste Erfahrung der letzten zwei Wochen auszuwählen und an diese zu denken. Ein Beispiel ist: „Ich versuchte, das Problem zu analysieren, um es besser zu verstehen“ mit vorgegebenen Antworten auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 0 = nicht verwendet bis 4 = sehr häufig verwendet.

Der WCQ-R hat acht Subskalen: konfrontierend, distanzierend, selbstbeherrschend, nach sozialer Unterstützung suchend, Verantwortung übernehmend, flüchtend-vermeidend, planendes Problemlösen und positive Neubewertung. Die Punkte werden durch Aufsummieren der Punktzahlen aller Elemente innerhalb jeder Subskala ermittelt. Alpha reichte für die verschiedenen Subskalen von 0,61 bis 0,79 (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). In unserer Studie reichte die Alpha-Spannweite von 0,49 für Flucht-Vermeidung bis zu 0,83 für Suchen sozialer Unterstützung mit einem durchschnittlichen Alpha von 0,64. Demzufolge war die Reliabilität unserer Daten gering, aber dennoch konsistent mit vorherigen Studien.

Der General Health Questionnaire 12 (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988) ist ein 12-Elemente-Messinstrument, das psychologisches Wohlbefinden mit Fokus auf Störungen des normalen Funktionierens und nicht auf lebenslange Probleme evaluiert. Ein Beispiel ist, ob die Personen in den vorherigen Wochen „in der Lage waren, sich auf all das zu konzentrieren, was Sie getan haben“. Die Antwortmöglichkeiten sind „besser als sonst“, „wie gewöhnlich“, „schlechter als gewöhnlich“ und „viel schlechter als gewöhnlich“, wobei die ersten zwei Optionen mit einer 0 bewertet werden und die letzten beiden mit einer 1. In verschiedenen Studien lag Cronbachs α für den GHQ zwischen 0,78 und 0,95 (Jackson, 2007). In der vorliegenden Studie war Cronbachs $\alpha = 0,82$.

Die Hypnotisierbarkeit wurde evaluiert anhand der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A; Shor & Orne, 1962), eines weitverbreiteten Screening-Instruments für Hypnotisierbarkeit, das in Gruppen dargeboten wird. Es besteht aus einer Induktion, gefolgt von 12 Suggestionen, die einzeln bewertet werden sollen, mit einer Beurteilungsbandbreite von 0 bis 12.

Durchführung

Die Studie folgte einem randomisierten experimentellen Design (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Bei dem ersten Treffen schätzten die Teilnehmenden ihren subjektiv wahrgenommenen Stresslevel (PSS), ihr allgemeines psychologisches Wohlbefinden (GHQ) sowie Bewältigungsmuster (WCQ-R); außerdem wurde ihr HGSHS:A erfasst. Auf Basis ihrer PSS-Punktzahlen wurden die Teilnehmer/-innen in Gruppen von wenig, mittelstark und stark gestressten Individuen eingeteilt. Die Punkte schwankten zwischen 13 und 43, sodass Punktwerte zwischen 13 und 22 PSS als wenig gestresst ($n = 14$) gekennzeichnet wurden, jene zwischen 23 und 32 als mittelstark gestresst ($n = 28$) und diejenigen zwischen 33 und 43 als stark gestresst ($n = 14$). Diese Gruppen wurden in Paare aufgeteilt, sodass jede Person eines Paares randomisiert einer der zwei Experimentalgruppen zugeteilt wurde. Der verwendete Zufallszahlengenerator war der Internet Service Research Randomizer (<http://www.randomizer.org>). Wir untersuchten, ob es irgendwelche signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab: Es gab weder welche in der PSS, $t(54) = 0,21$, $p = 0,84$; dem SMBQ, $t(54) = 17$, $p = 0,08$;

Messung 1	Matching/ Randomisieren	Gruppe	14 Tage Hypnose	Messung 2	14 Tage Hypnose	Messung 3
o	M/R	1	x	o	-	o
		2	-	o	x	o

Tabelle1: Studiendesign

Skala	Messung 1 Ø / SD	Messung 2 Ø / SD	Messung 3 Ø / SD	F(2,36)	sig	partielles η^2
PSS	26.00 (5.73) ^a	22.37 (5.77) ^b	22.89 (4.77) ^b	4.46	.019*	.199
SMBQ	4.11 (1.12) ^a	3.46 (0.96) ^b	3.61 (0.95) ^b	3.99	.027*	.182
GHQ	2.63 (2.52)	0.68 (1.53)	1.05 (2.53)	4.79	.014*	.210
WCQ konfront.	4.74 (2.56)	3.84 (2.77)	4.63 (3.77)	1.07	.330	.056
WCQ distanziert	5.68 (2.75)	5.53 (2.67)	6.00 (2.67)	0.39	.678	.021
WCQ selbstbeherrs.	7.84 (4.38)	7.26 (3.63)	8.32 (3.33)	1.11	.338	.058
WCQ soz. Unterstütz. suchend	6.26 (4.47)	6.05 (4.08)	6.00 (3.97)	0.08	.923	.004
WCQ Verantw. übernehmend	3.63 (2.54)	2.68 (2.67)	3.58 (2.52)	1.62	.211	.083
WCQ flücht.- vermeid.	7.00 (3.32) ^a	4.42 (2.50) ^b	4.16 (3.13) ^b	9.46	.001*	.345
WCQ Problemlös.	8.47 (4.31)	7.68 (3.53)	7.58 (3.44)	0.68	.513	.036
WCQ pos. Neubewert.	5.26 (3.69)	5.16 (3.40)	4.63 (3.35)	0.44	.646	.024

Tabelle 2: Variablen im Verlauf der Studie für Gruppe 1 (n=19)

Die Hochziffern a und b zeigen an, dass die Durchschnittswerte der Zellen signifikant voneinander abweichen.

*p< .05

Skala	Messung 1 Ø / SD	Messung 2 Ø / SD	Messung 3 Ø / SD	F(2,30)	sig	partielles η^2
PSS	27.62 (7.11) ^{a, b}	28.50 (7.42) ^a	24.00 (6.53) ^b	4.404	.021*	.227
SMBQ	3.66 (1.20) ^a	3.93 (1.27) ^a	3.24 (1.01) ^b	8.964	.001*	.374
GHQ	2.69 (2.68)	3.12 (2.75)	1.25 (2.72)	2.719	.104	.153
WCQ konfront.	5.88 (4.06)	5.31 (3.36)	4.25 (2.21)	1.683	.203	.101
WCQ distanziert	5.94 (3.40)	4.75 (2.46)	5.00 (2.78)	1.729	.195	.103
WCQ selbstbeherrs.	8.81 (4.26)	7.94 (3.99)	6.88 (3.24)	1.789	.184	.107
WCQ soz. Unterstütz. suchend	9.06 (4.51)	6.38 (3.88)	5.94 (4.28)	3.188	.056	.175
WCQ Verantw. übernehmend	4.81 (2.51)	4.37 (2.50)	3.75 (2.18)	0.814	.453	.051
WCQ flücht.- vermeidend	6.81 (4.68)	6.25 (3.45)	4.50 (2.34)	2.061	.162	.121
WCQ Problemlös.	9.56 (3.83) ^a	7.06 (3.38) ^b	7.88 (2.85) ^{a, b}	3.943	.030*	.208
WCQ pos. Neubewert.	6.31 (3.75)	5.13 (3.59)	5.13 (3.01)	1.128	.337	.070

Tabelle 3: Variablen im Verlauf der Studie für Gruppe 2 (n=16)

Die Hochziffern a und b zeigen an, dass die Durchschnittswerte der Zellen signifikant voneinander abweichen.

*p< .05

dem GHQ-R, $t(54)=0,60$, $p=0,55$; oder dem HGSHS:A, $t(54)=0,38$, $p=0,70$, noch einen Unterschied in Bezug auf das Alter $f(54)=0,41$, $p=0,683$.

Die Gruppe 1 erhielt daraufhin die Hypnoseintervention und nahm sie für das Stressmanagement mit nach Hause. Die Probanden wurden gebeten, sie zwei Wochen lang anzuwenden. Innerhalb desselben Zeitraums war die Gruppe 2 auf der Warteliste. Nach zwei Wochen wurde eine zweite Messung mit denselben Messinstrumenten wie in der Einführungssitzung getätigt – außer für Hypnotisierbarkeit. Als Nächstes erhielt die Teilnehmer der Gruppe 2 die Aufnahmen und wurden gebeten, diese zwei Wochen lang zu nutzen. Zeitgleich wurden die Probanden der ersten Gruppe gebeten, die Hypnoseaufnahme nicht zu verwenden. Nach Ablauf dieser zweiwöchigen Zeitspanne wurde eine dritte und finale Messung durchgeführt (siehe Tabelle 1).

Statistische Analysen

Wir nutzten IBM SPSS 18. ANOVA- und t-Tests wurden für Gruppe und Messvergleiche berechnet, Pearson-Korrelationen für die Analyse der Beziehungen zwischen den Variablen. Es wurde eine Greenhouse-Geisser-Korrektur für Verletzungen der Sphärizität verwendet. Die Signifikanz wurde auf $p<0,05$ festgesetzt, es handelte sich um einen zweiseitigen Test.

Ergebnisse TeilnehmerInnen

Im Verlauf der Studie brachen 21 Personen die Teilnahme ab, sodass 35 Teilnehmende übrig blieben. Die Attrition wurde zwischen den Gruppen verteilt, sodass am Ende Gruppe 1 19 Individuen und Gruppe 2 16 Individuen beinhaltete. Selbst nach diesen

Skala	Messung 1 Ø (SD)	Messung 2 Ø (SD)	Messung 3 Ø (SD)	F (2,68)	sig	partiell η ²
PSS	26.74 (6.35)	25.17 (7.18)	23.40 (5.59)	4.955	.010*	.127
SMBQ	3.90 (1.16)	3.67 (1.12)	3.44 (0.98)	4.099	.021*	.108
GHQ	2.66 (2.56)	1.80 (2.47)	1.14 (2.58)	3.881	.025*	.102
WCQ konfront.	5.26 (3.33)	4.51 (3.10)	4.46 (3.12)	1.305	.275	.037
WCQ distanziert	5.80 (3.02)	5.17 (2.57)	5.54(2.73)	1.092	.341	.031
WCQ selbstbeherrs.	8.29 (4.29)	7.57 (3.76)	7.66 (3.33)	0.800	.454	.023
WCQ soz. Unterstütz. suchend	7.54 (4.64)	6.20 (3.93)	5.97 (4.06)	2.688	.075	.073
WCQ Verantwort. übernehmend	4.17 (2.56)	3.46 (2.69)	3.66 (2.34)	1.085	.344	.031
WCQ flücht.-vermeidend	6.91 (3.94)	5.26 (3.07)	4.31 (2.76)	7.692	.002*	.184
WCQ Problemlös.	8.97 (4.08)	7.40 (3.42)	7.71 (3.14)	3.649	.031*	.097
WCQ pos. Neubewert.	5.74 (3.71)	5.14 (3.44)	4.80 (3.16)	1.337	.269	.038

Tabelle 4: Variablen im Verlauf der Studie für die Gesamtkohorte (n=35)

*p< .05

experimentellen Verlusten gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen 1 und 2 in PSS, $t(33) = -0,749$, $p = 0,459$; SMBQ, $t(33) = 1,162$, $p = 0,254$; GHQ, $t(33) = -0,064$, $p = 0,950$ und HGSHS:A, $t(33) = 1,233$, $p = 0,262$. Es gab auch keine Unterschiede zwischen denen, die die Studie beendet hatten, und denen, die frühzeitig ausgeschieden waren: PSS, $t(54) = -1,609$, $p = 0,113$; SMBQ, $t(54) = -0,263$, $p = 0,794$; GHQ, $t(54) = -0,728$, $p = 0,470$ und HGSHS:A, $t(54) = -0,014$, $p = 0,989$.

Experimentelle Variablen

Wie zu erwarten war, korrelierten PSS und SMBQ bei der ersten Messung stark miteinander ($r = 0,66$, $p < 0,01$). Wir führen zunächst die Ergebnisse für Gruppe 1 auf. Tabelle 2 stellt den Vergleich zwischen den drei Testzeitpunkten durch die Skalen und Subskalen hinweg dar. Die Ergebnisse zeigen, dass wahrgenommener Stress

und Burn-out bei der zweiten und dritten Messung geringer waren und sich allgemeine Gesundheitswerte zwischen der ersten und zweiten Testung verbesserten, zwischen der ersten und dritten Testung jedoch nur geringfügige Verbesserungen ($p = 0,05$) zu beobachten waren. Die einzige signifikante Veränderung in der Bewältigungsweise war eine Abnahme an Flucht-Vermeidung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt im Vergleich zum ersten.

Die Ergebnisse für Gruppe 2 sind in Tabelle 3 aufgeführt. Stress und Burn-out verringerten sich signifikant zwischen Testung 2 und Testung 3 und geringfügig zwischen Testung 1 und 3 ($p = 0,07$ für PSS und $p = 0,05$ für SMBQ). Die einzige Bewältigungssubskala, die sich sig-

nifikant veränderte, war „geplantes Problemlösen“, das signifikant zwischen der ersten und zweiten Testung abnahm (vor der Intervention) und sich zwischen der ersten und dritten Testung nur geringfügig verringerte ($p = 0,07$).

Tabelle 4 zeigt die Mittelwerte über die drei Messungen hinweg und für beide Gruppen kombiniert. Sie veranschaulicht, dass die Differenzen innerhalb jeder Gruppe nach der Zusammenfassung aller Daten erhalten blieben.

Wir verglichen die zwei Gruppen auch zu den drei verschiedenen Messzeitpunkten. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 und in den Abbildungen 1 bis 3 abgetragen. Vor und nach dem Erhalt der Intervention gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen, wobei zum Zeitpunkt 2, bis zu dem lediglich die erste Gruppe die Aufnahme erhalten hatte, diese über weniger Stress und eine bessere Gesamt-

gesundheit berichtete als die zweite Gruppe. Die Graphen suggerieren, dass es noch immer keinen Carry-over-Effekt für Unterschiede bei der ersten Testung gab, obwohl die erste Gruppe gebeten wurde, zwischen den Testungen 2 und 3 nicht zu üben (vorausgesetzt, dass die Teilnehmer/-innen tatsächlich dieser Bitte nachkamen).

Skala	Messung 1			Messung 2			Messung 3		
	t	df	sig	t	df	sig	t	df	sig
PSS	-0.749	33	.46	-2.751	33	.01*	-0.578	33	.57
SMBQ	1.162	33	.25	-1.240	33	.22	1.220	33	.27
GHQ	-0.064	33	.95	-3.159	22.5	.004*	-0.222	33	.82
WCQ konfront.	-1.008	33	.32	-1.419	33	.16	0.372	29.7	.71
WCQ distanziert	-0.244	33	.81	0.887	33	.38	1.084	33	.29
WCQ selbstbeherrs.	-0.661	33	.51	-0.523	33	.60	1.289	33	.21
WCQ soz. Unterstütz. suchend	-1.838	33	.07	-0.238	33	.81	0.045	33	.96
WCQ Verantw. übernehmend	-1.377	33	.18	-1.922	33	.06	-0.213	33	.83
WCQ flücht.-vermeidend	0.138	33	.89	-1.813	33	.08	-0.360	33	.72
WCQ Problemlös.	-0.783	33	.44	0.530	33	.60	-0.274	33	.79
WCQ pos. Neubewert.	-0.831	33	.41	0.028	33	.98	-0.339	33	.74

Tabelle 5: Unterschiede der Gruppen

*p< .05

Letztendlich werteten wir die Korrelationen zwischen Hypnotisierbarkeit und Veränderungswerten zwischen Baseline und den zwei späteren Evaluationen für PSS, SMBQ und GHQ aus. Für Gruppe 1 gab es keine signifikanten oder nur beinahe signifikanten Korrelationen zwischen Hypnotisierbarkeit und Testung 2 und 3. Jedoch war für Gruppe 2 zum Testzeitpunkt 2 eine signifikante Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit und dem GHQ, $r=0,55$, $p=0,028$, sowie eine geringfügige Korrelation mit SMBQ, $r=0,44$, $p=0,091$ festzustellen.

Zum dritten Testzeitpunkt korrelierte Hypnotisierbarkeit geringfügig mit diesen beiden Variablen ($p<0,01$). Für beide Gruppen zusammengekommen korrelierte Hypnotisierbarkeit zu Testzeitpunkt 3 mit keiner der anderen Variablen.

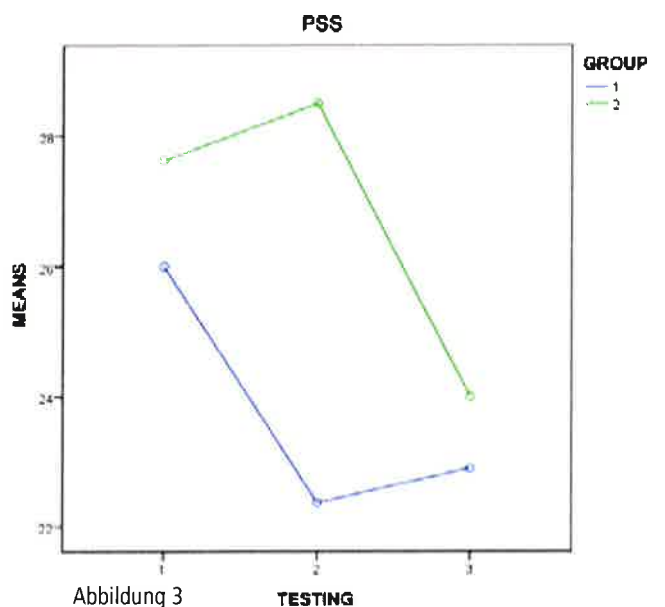
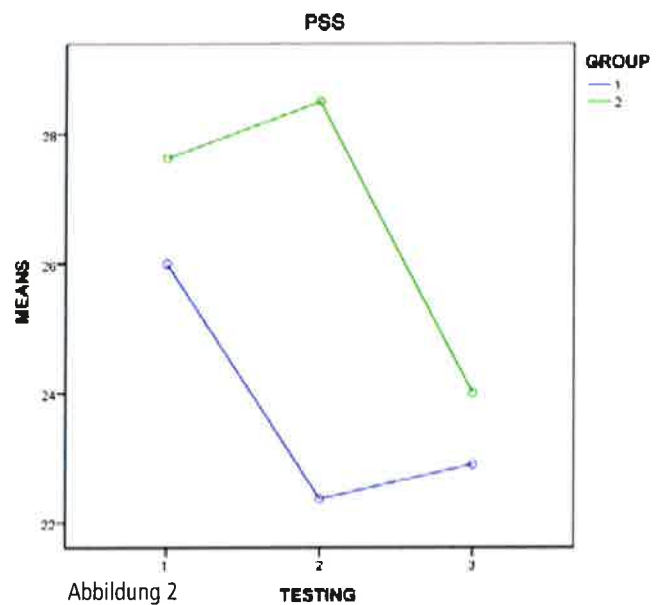
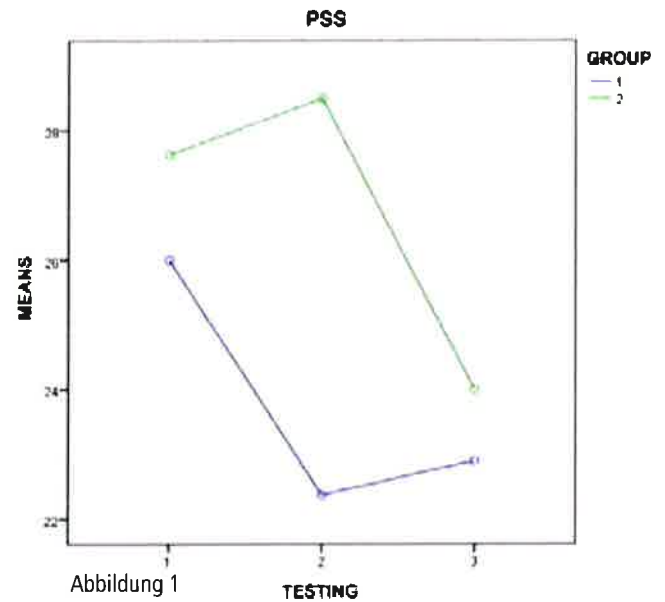
Diskussion

In Übereinstimmung mit unserer Hypothese verringerten sich das Stresserleben und Burn-out, während das Wohlbefinden sich nach Beenden der Intervention verbesserte. Dies erfolgte sowohl bei getrennter Betrachtung dieser Gruppen als auch bei zusammenfassender Bewertung ihrer Daten. Die gewonnenen Effektgrößen waren für einige Ergebnisse mittel bis groß (Aron & Aron, 2002). Unsere zweite Hypothese konnte nur teilweise gestützt werden. Im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien der Teilnehmenden reduzierte Gruppe 1 Flucht-Vermeidungs-Verhalten zwischen Baseline 1 und den späteren Testungen. Gruppe 2 reduzierte ihr geplantes Problemlöseverhalten zwischen Zeitpunkt 1 und 2, was vor der Implementierung der Hypnoseintervention und demnach unabhängig davon geschah. Die Verringerung von Flucht-Vermeidung und geplantem Problemlöseverhalten ist ebenfalls in den zusammengefassten Ergebnissen zu sehen.

Die Verminderung der Flucht-Vermeidung ist insofern nachvollziehbar, als die Teilnehmenden nun ein effektives „Werkzeug“ dazu besaßen. Dahingegen war der Grund für die Abnahme des geplanten Problemlösens unabhängig von der Intervention, was auch immer die Ursache dafür war.

Die signifikanten Ergebnisse könnten zumindest auf zwei der Interventionskomponenten zurückzuführen sein: progressive Relaxation und der Gebrauch von hypnotischer Induktion. Progressive Relaxation kann allein bereits zur Stressabnahme beitragen, da die Relaxation das Gegenteil von Stress darstellt. Allerdings hat eine Studie, welche die bloße Relaxation mit einer Hypnoseintervention verglich, Letztere als wirksamer befunden (Faymonville et al., 1997). Die Tonaufnahme enthielt noch zwei weitere Elemente, die wahrscheinlich zu den Ergebnissen beitrugen: die Nutzung von Visualisation, die erwiesenermaßen zu einer Zunahme der Wirksamkeit einer Hypnoseintervention führt (Gruzelier, 2002), und der Gebrauch eines Ankers (Yapko, 2003), eine bisher selten untersuchte Technik.

Die gemischten Befunde bezüglich einer Korrelation zwischen Hypnotisierbarkeit und Ergebnissen waren nicht unvorhersehbar, da vorherige Ergebnisse bereits uneinheitlich waren. Eine plausible



DGZH-Regionalstelle Berlin/Brandenburg



Spezialkurs für Zahnärzte:

MACHEN WIR AUS EINER GUTEN IDEE EIN ERFOLGREICHES KONZEPT!

*Zusammen denken,
was zuvor nicht zusammen gedacht wurde.
Zu Ende denken,
was zuvor nicht zu Ende gedacht wurde.
Das Resultat besitzt eine entscheidende Eigen-
schaft:
Es bereichert unsere Zukunft.*

Seminarinhalte

Im professionellen und geschützten Rahmen geben wir Ihren Ideen Raum für kreativen Austausch. Gemeinsam bringen wir die eigene Vision zur Entfaltung und treiben die Verwirklichung voran. Dabei arbeiten wir mit verschiedenen Methoden aus der psychologischen und hypnotischen Schatzkiste. Wir schauen uns Modelle und Konzepte von Menschen an, die Ihre Ideen erfolgreich durchgesetzt haben und entwickeln gemeinsam für jeden Teilnehmer einen persönlichen Weg, jetzt oder für die Zukunft, die eigenen Ideen in die Tat umzusetzen.

Begleitung

Claudia Maurer: Diplom Psychologin, systemische Psychotherapeutin und Hypnose-therapeutin, Trainerin der DGZH, 10-jährige Erfahrung in Werbung und Marketing.

Sebastian Niederhagen: Diplom-Designer. Befasst sich mit der Marktpositionierung von Unternehmen und Unternehmungen. Berater bei der Profilierung von Institutionen, Produkten, Dienstleistungen. Kreativer Begleiter bei der Umwandlung komplexer Sachverhalte in Emotion.

Eckdaten

Termin: Fr 14. Nov. 2014 und Sa 15. Nov. 2014

Zeiten: Fr 14 bis 20 Uhr, Sa 9 bis 18 Uhr

Gebühr: € 450,-

Kursort: Berlin/Steglitz, Psychotherapeutische
Praxis Dipl. Psych. Claudia Maurer

TN-Zahl: 10-12 Personen

Anmeldung

DGZH - Selbstständige Regionalstelle Berlin/Brandenburg, Dr. Horst Freigang

Tel.: 030 64197308

Fax: 030 64197307

Mail: info@dgzh-berlin.de

Erklärung dafür wäre, dass wahrgenommener Stress und allgemeine Gesundheit Bereiche sind, die relativ einfach zu beeinflussen sind und bei denen hypnotisches Talent schnell ein Höchstmaß erreicht. Auf der anderen Seite benötigen andere Ergebnisse, wie beispielsweise biologische Maße, größere hypnotische Fähigkeiten.

Eine weitere Studie sollte sowohl Übungs- als auch Hypnotisierbarkeitseffekte simultan evaluieren. Diese Studie weist eine Vielzahl von Einschränkungen auf. Eine ist, dass sich unsere Ergebnisse nur auf Erwachsene, die gewöhnlichen Stressoren ausgesetzt sind, verallgemeinern lassen. Außerdem werteten wir lediglich Selbstberichte aus und keine biologischen Maße für Stress. Eine weitere Einschränkung ist, dass unser Evaluationsfenster relativ schmal gewählt war, sodass wir keine Aussagen über langfristige Veränderungen treffen können. Wir hatten eine Vielzahl an experimentellen Verlusten (Drop-outs) und prüften nicht, weshalb diese Individuen nicht bereit waren, die Studie zu Ende zu führen, obwohl sie sich in keiner Variable von den Teilnehmern unterschieden, welche die Studie komplett durchlaufen haben. Letztendlich betrachteten wir die verschiedenen Komponenten unserer Intervention nicht einzeln, sodass wir den relativen Beitrag der einzelnen nicht bestimmen konnten. Nichtsdestotrotz zeigen unsere Ergebnisse, dass anhand eines relativ soliden Experimentaldesigns eine leicht durchführbare und ökonomische Hypnoseintervention vollzogen wurde, welche die Wahrnehmung von Stress und Burn-out signifikant reduzieren, die allgemeine geistige Gesundheit verbessern und den Gebrauch von Flucht und Vermeidung als Bewältigungsstrategien reduzieren konnte.

Hinweis

Der vorliegende Artikel ist zuerst erschienen im International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Ausgabe 2/ 2013, S.125- 145 unter dem Titel „Hypnotic Tape Intervention Ameliorates Stress - A Randomized Control Study“. Die vorliegende Zweitveröffentlichung geschieht mit ausdrücklicher Genehmigung der Redaktion.

Literatur

Aron, A. & Aron, E. N. (2002): Statistics for Psychology (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Benson, H. (2000): The relaxation response. New York, NY: Morrow.

Bukowski, C. (1972): Mockingbird wish me luck. Santa Rosa, CA: Sparrow.

Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behaviour, 24, 385-396.

Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983): The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Psychological Medicine, 13, 595-605.

Enqvist, B., Von Konow, L. & Bystedt, H. (1995): Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 43, 284-294.

Eskin, M. & Parr, D. (1996): Introducing a Swedish version of an instrument measuring mental stress. Reports from the Department of Psychology, No. 813. Stockholm, Sweden: Stockholm University.

Faymonville, M. E., Mambourg, P. H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A. & Lamy, M. (1997) : Psychological approaches during conscious sedation: Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 73, 361–367.

Flammer, E. & Bongartz, W. (2003): On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179–197.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985): Ways of coping (Revised). Retrieved from <http://www.caps.ucsf.edu/tools/surveys/pdf/Ways%20of%20coping.pdf>

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. J. (1986): Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.

Goldberg, D. & Williams, P. (1988): A users guide to the General Health Questionnaire. Slough, United Kingdom: NFER-Nelson.

Grossi, G., Perski, A., Blomkvist, V., Evengård, B., Orth-Gomér, K. (2003): Psychological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 309–316.

Gruzelier, J. H. (2002): A review of the impact of hypnosis, relaxation, guided imaginary and individual differences on aspects of immunity and health. *Stress*, 5, 147–163.

Gruzelier, J. H., Smith, F., Nagy, A. & Henderson, D. (2001): Cellular and humoral immunity, mood and exam stress: The influences of self-hypnosis and personality predictors. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 55–71.

Jackson, C. (2007): The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine*, 57 (1), 79

Johansson, B. & Uneståhl, L.E. (2006). Stress reducing regulative effects of integrative mental training with self-hypnosis on the secretion of dehydroepiandrosterone sulphate (DHEA-S) and cortisol in plasma: A pilot study. *Contemporary Hypnosis*, 23, 101–110.

Johnson, V. C., Walker, L. G., Heys, S. D., Whiting, P. D. & Eremin, O. (2006): Can relaxation training and hypnotherapy modify the immune response to stress, and is hypnotisability relevant? *Contemporary Hypnosis*, 13, 100–108.

Jones-Trebatoski, K. (2011): A single group multiple baseline design: Clinical hypnosis as a technique in the reduction of stress related symptomatology in graduate students. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 71, 3913.

Keresztes, M., Rudisch, T., Tajti, J., Ocsóvski, I. & Gardi, J. (2007): Granulocyte activation in humans is modulated by psychological stress and relaxation. *Stress*, 10, 271–281.

Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Atkinson, C. & Glaser, R. (2001): Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 674–682.

Lazarus, R. (1999): Stress and emotion: A new synthesis. London, United Kingdom: Free association.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): Stress, appraisal and coping. New York, NY: Springer.

Lynn, S. & Kirsch, I. (Eds.). (2006): Essentials of clinical hypnosis: An evidence based approach. Washington DC: American Psychological Association.

McAmmond, D. M., Davidson, P. O. & Kovitz, D. M. (1971): A comparison of the effects of hypnosis and relaxation training on stress reactions in a dental situation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 233–242.

McNair, D., Lorr, M. & Dropplemen, L. (1971): Edits Manual: Profile of Mood States. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services.

McQueeney, D. A., Stanton, A. L. & Sigmon, S. (1997): Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 313–331.

Melamed, S., Kushnir, T. & Shirom, A. (1992): Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavioral Medicine*, 18, 53–60.

Mendoza, M. & Capafons, A. (2009): Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del psicólogo*, 30, 98–116.

Naito, A., Laidlaw, T. M., Henderson, D. C., Fahrani, L., Dwivedi, P. & Gruzelier, J. H. (2003): The impact of self-hypnosis and Johrei on lymphocyte subpopulations at exam time: A controlled study. *Brain Research Bulletin*, 62, 241–253.

Palan, B. M. & Chandwani, S. (1989): Coping with examination stress through hypnosis: An experimental study. *American Journal of clinical hypnosis*, 31, 173–180.

Selye, H. (1955): The stress of life. New York NY: McGraw-Hill.

Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002): Experimental and quasi-experimental design or generalized causal interference. New York, NY: Houghton Mifflin.

Shor, R. & Orne, E. C. (1962): The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.

Socialstyrelsen (Swedish National Board of Health) (2009): Socialstyrelsens folkhälsorapport (Report on People's Health). Unter http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf

Stanton, H. E. (1989): Hypnosis and rational-emotive therapy: A de-stressing combination. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 95–99.

Stanton, H. E. (1991): The reduction in secretarial stress. *Contemporary Hypnosis*, 8, 45–50.

Whitehouse, W. G., Dinges, D. F., Orne, E. C., Keller, S. E., Bates, B. L., Bauer, N. K., Orne, M. T. u. a. (1996): Psychosocial and immune effects of self-hypnosis training for stress management throughout the first semester of medical school. *Psychosomatic medicine*, 58, 249–263.

Yapko, M. (2003): Trancework – An introduction to the practice of clinical hypnosis. New York, NY: Routledge.

Übersetzung: Dr. Jan Rienhoff, Marlies Hoffmann



Etzel Cardena ist leitender Professor für Psychologie an der Universität Lund in Schweden. Seine wesentlichen Interessengebiete umfassen abnorme Erfahrungen und Bewusstseinsveränderungen, hypnotische Neuropsychologie und den Zusammenhang zwischen Dissoziation und Trauma. Unter seinen fast 300 Veröffentlichungen finden sich auch die Bücher „Vielfalt abnormer Erfahrungen: Untersuchungen zur wissenschaftlichen Evidenz“ und zwei Bände von „Bewusstseinsveränderung“.

Korrespondenzadresse:
etzel.cardena@psychology.lu.se