

**Bachelorarbeit**

# **Selbsthypnose in der Geburtshilfe**

**Auswirkungen der Selbsthypnose auf die Geburtsdauer, den  
Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und  
das psychische Wohlbefinden postpartum**

---

**Junia Hüppi, Greithstrasse 38, 8640 Rapperswil – S08258378**

**Karin Künzle, Heiterswil, 9630 Wattwil – S08258642**

<b>Departement:</b>	<b>Gesundheit</b>
<b>Institut:</b>	<b>Institut für Hebammen</b>
<b>Studienjahr:</b>	<b>HB08a</b>
<b>Eingereicht am:</b>	<b>20. Mai 2011</b>
<b>Betreuende Lehrperson:</b>	<b>Katrin Oberndörfer</b>

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Selbsthypnose in der Geburtshilfe .....</b>	<b>4</b>
1.1 Themenfindung.....	4
1.2 Problemstellung.....	5
1.3 Abgrenzung .....	6
1.4 Fragestellung.....	6
1.5 Zielsetzung .....	7
<b>2. Methodik und Aufbau der Arbeit.....</b>	<b>8</b>
2.1 Aufbau der Arbeit.....	8
2.2 Literatursuche .....	8
2.3 Einschlusskriterien.....	9
2.4 Ausschlusskriterien.....	10
2.5 Qualitätsbeurteilung der Studien .....	10
<b>3. Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>11</b>
3.1 Klärung wichtiger Begriffe.....	11
3.1.1 Selbsthypnose .....	11
3.1.2 Nullipara .....	11
3.1.3 Psychisches Wohlbefinden .....	11
3.1.4 Suggestion.....	12
3.1.5 Suggestibilität .....	12
3.1.6 Eröffnungsperiode .....	12
3.1.7 Austreibungsperiode.....	12
3.2 Hypnose im Allgemeinen.....	13
3.2.1 Das Hypnoseverfahren .....	14
3.2.1.1 Hypnoseeinleitung .....	14
3.2.1.2 Hypnosezustand .....	15
3.2.1.3 Rückführung .....	15
3.2.2 Wer ist hypnotisierbar? .....	15
3.2.3 Selbsthypnose .....	15
3.2.4 Veränderungen unter Hypnose.....	16
3.2.4.1 Beeinflussung der Drüsentätigkeiten und anderer Körperflüssigkeiten.....	16
3.2.4.2 Beeinflussung der Muskeltätigkeit .....	16
3.2.4.3 Beeinflussung des geistigen Zustandes .....	16
3.2.4.4 Beeinflussung von Sinneseindrücken .....	17
3.2.5 Anwendung der Hypnose .....	17
3.3 Hypnose in der Geburtshilfe .....	17
3.3.1 Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf.....	19

3.3.2 Vorteile der hypnotischen Geburtsvorbereitung.....	20
3.3.3 Nachteile der hypnotischen Geburtsvorbereitung.....	20
3.3.4 Hypnose in der Schwangerschaft.....	21
3.3.5 Aktueller Wissensstand.....	21
3.3.5.1 Geburtsdauer.....	21
3.3.5.2 Einsatz von Schmerzmitteln.....	21
3.3.5.3 Subjektives Geburtserleben.....	22
3.3.5.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum.....	22
3.3.5.5 Geburtsmodus und Interventionen.....	22
3.3.5.6 Adaptation des Neugeborenen.....	22
<b>4. Resultate.....</b>	<b>23</b>
4.1 Darstellung der Studien.....	23
4.2 Darstellung der relevanten Resultate.....	23
4.2.1 Dauer der Geburt.....	24
4.2.2 Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt.....	26
4.2.3 Subjektives Geburtserleben.....	28
4.2.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum.....	30
4.2.4.1 Vergleich der beiden Gruppen pränatal.....	31
4.2.4.2 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Gruppen prä- und zwei Wochen postnatal.....	31
4.2.4.3 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Gruppen prä- und zehn Wochen postnatal.....	31
4.2.4.4 Vergleich der Ergebnisse zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	32
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>34</b>
5.1 Betrachtung der Ergebnisse.....	34
5.1.1 Geburtsdauer.....	34
5.1.2 Einsatz von Schmerzmitteln.....	35
5.1.3 Subjektives Geburtserleben.....	35
5.1.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum.....	36
5.2 Güte der verwendeten Forschungsliteratur.....	37
5.3 Rückbezüge zur Theorie und dem Angst-Spannung-Schmerz-Modell.....	41
5.4 Allgemeine Diskussionspunkte.....	43
5.4.1 Randomisierung vs. freiwillige Teilnahme.....	43
5.4.2 Suggestibilität.....	44
5.4.3 Dauer und Anzahl der Interventionen.....	45
5.4.4 Vergleichbarkeit.....	46
<b>6. Beantwortung der Fragestellung.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Theorie-Praxis-Transfer.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Schlussfolgerung.....</b>	<b>51</b>
8.1 Empfehlungen für weitere Forschung / offene Fragen.....	51

<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>54</b>
<b>A) Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>59</b>
<b>B) Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>59</b>
<b>C) Wortzahl .....</b>	<b>59</b>
<b>D) Glossar .....</b>	<b>60</b>
<b>E) Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>63</b>
<b>F) Danksagung .....</b>	<b>64</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>65</b>
1. Studienanalyse .....	65
2. Suchstrategie.....	74

## **Abstract**

### **Hintergrund**

Die Selbsthypnose ist eine seit Jahrhunderten bekannte Methode zur Schmerzbewältigung unter der Geburt. Obwohl es bereits seit vielen Jahren Forschungen und Modelle dazu gibt, ist ihr Einsatz mittlerweile nicht mehr weit verbreitet.

### **Ziel**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Literaturrecherche, anhand derer folgende Fragestellung beantwortet werden soll: Wie wirkt sich die Selbsthypnose bei Nulliparae, welche an keinen Nebenerkrankungen oder Risiken für die Geburt leiden, auf die Geburtsdauer, den Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum aus, wenn sie geburtsvorbereitend und unter der Geburt angewendet wird?

### **Methode**

Es wurde in diversen Datenbanken nach geeigneter wissenschaftlicher Literatur gesucht. Sieben quantitative Studien wurden zur weiteren Bearbeitung selektioniert und anhand von zwei verschiedenen Bewertungsrastern auf ihre Evidenz geprüft.

### **Resultate**

In den relevanten Studien zeigt sich eine Reduktion der Geburtsdauer sowie ein tieferer Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt. Das subjektive Empfinden wird tendenziell besser eingeschätzt bei Frauen, welche Selbsthypnose angewandt haben. Ebenso ist das psychische Wohlbefinden postpartum bei diesen Frauen signifikant höher. Nicht alle Studien können signifikante Ergebnisse darlegen. Zudem weisen einigen Studien Mängel in der Methodik auf.

## **Schlussfolgerung**

Die Resultate legen den positiven Einfluss der Selbsthypnose auf fast alle untersuchten Aspekte dar. Keine Studie beschreibt eine negative Auswirkung. Für die Praxis stellt die Selbsthypnose somit ein brauchbares Instrument dar, um eine selbstbestimmte, angenehme Geburt zu fördern. Weiterführende Forschungen mit einem grösseren Sample sind jedoch nötig um ein vollumfassendes Bild über diese Thematik zu erhalten.

## **Keywords**

*Geburt, Geburtsdauer, geburtsvorbereitend, Hypnose, psychisches Wohlbefinden, Schmerzmittel, Selbsthypnose, subjektives Geburtserleben.*

In der folgenden Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit jeweils die männliche Form stellvertretend für beide Geschlechter benutzt. Die Berufsbezeichnung ‚Hebamme‘ bezieht sich ebenfalls auf beide Geschlechter.

Relevante Fachbegriffe werden im Glossar (Anhang D) erläutert und können dort zum Verständnis des Textes nachgeschlagen werden.

## 1. Selbsthypnose in der Geburtshilfe

In dieser Arbeit möchten sich die Autorinnen dem Thema der Hypnose in der Geburtshilfe und im Speziellen der Selbsthypnose zur Geburtsvorbereitung und unter der Geburt widmen. Die Hypnose nimmt im Alltag der Hebammen noch einen kleinen bis gar keinen Stellenwert ein, obwohl deren positiven Auswirkungen für Mutter und Kind schon in einigen Studien erforscht wurden.

### 1.1 Themenfindung

In der Geburtshilfe stellt sich für Hebammen und Schwangere oft die Frage, wie man die Wehenschmerzen minimieren kann. Sind Schmerzen, wie es in der Bibel steht, eine Grundbedingung der Schwangerschaft und Geburt, eine *conditio sine qua non* im eigentlichen Sinne also? Als auferlegte Strafe Gottes an die Frauen um Evas Erbsünde aus dem Paradies zu sühnen, wird es in der Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift übersetzt: „Zur Frau sprach er: Viel Mühsal bereite ich dir, sooft du schwanger wirst. Unter Schmerzen gebierst du Kinder“ (Genesis 3:16). Oder ist es vielmehr ein gesellschaftliches und kulturelles Problem, dass Frauen von Generation zu Generation immer nur von schmerzhaften Geburten berichtet bekommen und somit die Erwartungshaltung automatisch ein qualvolles Ereignis aus dem Geburtsprozess macht? Diese Negativhaltung ist laut Lorenz-Wallacher (2003) bereits in der Sprache erkennbar. So besitzt zum Beispiel das deutsche Wort ‚Wehen‘ eine negative Konnotation.

Lorenz-Wallacher (2003) schreibt, dass die Geburt eines Kindes schon seit Anbeginn der Zeit das grösste Geheimnis menschlichen Daseins darstellt und deshalb viele Erwartungen, Hoffnungen aber auch Mythen und Ängste damit verbunden werden. Ziel war es aber seit jeher in allen Kulturen, Mittel und Wege zu finden, um die Geburt zu erleichtern. Dies geschieht seit dem späten 18. Jahrhundert auch durch Verabreichung von Anästhesie. Mongan (2010) beschreibt, dass mit der Chloroformgabe während der ersten Geburt von Königin Victoria der Start gesetzt wurde, um Anästhesie auch unter der Geburt zu verwenden, womit sie allmählich von zu Hause ins Krankenhaus verlagert wurde. Die Tatsache aber, dass es Frauen gibt, die ganz ohne medikamentöse Hilfe und ohne Schmerzen ihre Kinder gebären,

erläuterte Dick-Read in seinem Buch *Childbirth without Fear* bereits im Jahr 1933 (Mongan, 2010). Dort legt er dar, wie er eine Frau aus dem Armenviertel Londons bei der Geburt betreute. Als er ihr ein Medikament gegen die Schmerzen verabreichen wollte (so wie es dazumal Norm war), lehnte sie dies bewusst ab und meinte, sie hätte ja gar keine Schmerzen. Mongan (2010) beschreibt, dass sie die Geburt ihrer Tochter als sehr angenehm erlebte und dabei ganz ohne Schmerzmittel klarkam. Aus dieser Erfahrung heraus begründete sie im Jahr 1989 das Konzept des HypnoBirthing®. Dabei versucht sie, durch Selbsthypnoseübungen in der Schwangerschaft, Ängste abzubauen und das Selbstvertrauen der Frauen in ihren eigenen Körper zu stärken, damit diese eine selbstbestimmte Geburt erleben können. Dieses Buch weckte bei beiden Autorinnen dieser Arbeit das Interesse am Thema Hypnose in der Geburtshilfe. Sie möchten ihr Wissen darin vertiefen und die wissenschaftliche Signifikanz der Selbsthypnose in der Geburtshilfe prüfen.

## **1.2 Problemstellung**

Für Hebammen, die im Krankenhaus arbeiten, können die vielen medizinischen Interventionen eine Belastung im Arbeitsalltag darstellen. Viele Hebammen vertreten den Glauben an die natürliche Geburt, das heisst ohne Einsatz von Schmerzmitteln oder Eingreifen in Form von Weheninduktion, vaginal-operativen Geburten, Dammschnitten und anderen Massnahmen (Schmid, 2005). In der Praxis haben die Autorinnen dieser Arbeit oft beobachtet, dass Frauen Schwierigkeiten haben mit dem Geburtsschmerz umzugehen und gerade Nulliparae vermehrt auf die Periduralanästhesie (PDA) ausweichen. Gemäss der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH (2008; zit. nach Schäfers, 2010, S. 50) steigt die Zahl der PDA's unter der Geburt in Deutschland sukzessive. Für die Schweiz gibt es keine aktuellen Zahlen, da die PDA als solches nicht in der Statistik erfasst wird. Es wird jedoch angenommen, dass sich die Zahlen ähnlich verhalten (Neff Seitz, 2007). Die PDA wirkt sich oftmals negativ auf das Geburtserleben aus und kann die Frau einer wichtigen Selbsterfahrung berauben (Schmid, 2005). Auch Leboyer (2006) macht auf die negativen Folgen der PDA aufmerksam, welche aus seiner Sicht eine Trennung von Mutter und Kind bewirke. Die lebenswichtige und für die Geburt notwendige Verbindung sei dadurch unterbrochen. Verschiedene Erfahrungsberichte zeigen, dass die Anwendung der Selbsthypnose das Körpergefühl der Frau stärken kann, die

Angst reduziert und das Geburtserleben positiv gestaltet (Abbasi, Ghazi, Barlow-Harrison, Sheikvhatan & Mohammadyari, 2009; Hüsken-Janssen, Revenstorf & Tinneberg, 2005). Dies macht die Selbsthypnose zu einer möglichen Methode um Frauen darin zu unterstützen eine selbstbestimmte, natürliche Geburt zu erleben. Die Autorinnen möchten in dieser Arbeit die Methode der Selbsthypnose geburtsvorbereitend und unter der Geburt auf ihre Wirksamkeit untersuchen, um eine evidenzbasierte Empfehlung für die Praxis zu erhalten.

### **1.3 Abgrenzung**

In der folgenden Arbeit wird das Augenmerk hauptsächlich auf die Selbsthypnose in der Geburtshilfe gelegt. Die Autorinnen interessieren sich insbesondere für eine Methode, die den Frauen unter der Geburt unabhängig von einer Drittperson zur Verfügung steht. Dies schliesst die geburtsvorbereitende Hypnose und die unter der Geburt angewandte Selbsthypnose mit ein. Zudem beschränkt sich die Fragestellung nur auf Nulliparae, da es schwierig ist, eine erste Geburt und weitere Geburten miteinander zu vergleichen. Die Probandinnen sollen zudem gesund sein und keine Risiken für die Geburt aufweisen, da dies die Ergebnisse verzerren könnte. Die zu untersuchenden Ergebnisse werden schliesslich auf folgende vier Schwerpunkte begrenzt: die Geburtsdauer, den Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum.

### **1.4 Fragestellung**

Aus den eben genannten Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung: Wie wirkt sich die Selbsthypnose bei Nulliparae, welche an keinen Nebenerkrankungen oder Risiken für die Geburt leiden, auf die Geburtsdauer, den Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum aus, wenn sie geburtsvorbereitend und unter der Geburt angewendet wird?

## **1.5 Zielsetzung**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Literaturrecherche, anhand derer herausgefunden werden soll, ob die Selbsthypnose auf die Geburtsdauer, den Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum einen positiven Einfluss hat und somit als brauchbares Instrument in der Praxis verwendet werden kann.

## 2. Methodik und Aufbau der Arbeit

Nachfolgend wird der Aufbau der Arbeit sowie die Literatursuche in ihren einzelnen Schritten beschrieben und die Auswahlkriterien zur Selektion geeigneter Literatur genannt.

### 2.1 Aufbau der Arbeit

Im Theorieteil dieser Arbeit werden die Hintergründe der Hypnose aufgezeigt sowie die wichtigsten Begriffe definiert. Zudem wird auf den Forschungsstand eingegangen und das Modell ‚Angst-Spannung-Schmerz‘ (Dick-Read, 1972) erläutert. Im zweiten Teil werden die Resultate der gewählten Studien unter dem jeweiligen Teilaspekt der Fragestellung dargestellt. Im Diskussionsteil werden die Resultate miteinander verglichen und kritisch beleuchtet sowie die Qualität der wissenschaftlichen Literatur bewertet. In diesem Teil wird auch Bezug auf die Fragestellung und die Theorie genommen um so einen Theorie-Praxis-Transfer herleiten zu können. Abschliessend gehen die Autorinnen auf offene Fragen und Empfehlungen für weitere Forschung ein.

### 2.2 Literatursuche

Für die Literatursuche wurden die medizinischen Datenbanken CINAHL, Cochrane, Medline, MEDPilot, MiDirs und Pubmed verwendet. Um weitere relevante Artikel zu den Aspekten ‚subjektives Geburtserleben‘ und ‚psychisches Wohlbefinden postpartum‘ zu finden, wurden zudem die Psychologie Datenbanken PsychINFO und PSYNDEXplus benutzt. Um geeignete Keywords zu finden, wurde die Fragestellung in ihre Komponente zerlegt und zu den Fragekomponenten wurden Synonyme und verwandte Begriffe mit Hilfe bestehender Literatur zum Thema und dem elektronischen Nachschlagewerk ‚Pschyrembel‘ ausgewählt. Die so zusammengestellten Begriffe *antenatal, autohypnosis, birth, birth experience, childbirth, contentment, delivery, depression, effect, hypnobirthing, hypnosis, hypnotic analgesia, hypnosis analgesia, labor, labour, pain relief, parturition, pregnancy, psychologigal outcome, satisfaction, self-hypnosis und suggestion* wurden mit den boolschen Operatoren AND und OR verknüpft und für die Suche verwendet (Siehe Anhang 2).

Um vorerst einen guten Gesamtüberblick zu bekommen, wurde eine Jahreslimite bei der Suche weggelassen. So wurde verhindert, dass für die Fragestellung relevante Artikel frühzeitig ausgeschlossen wurden. Die Literatursuche fand zwischen November 2010 und Januar 2011 statt.

Zusätzlich zur Datenbankrecherche wurde im folgenden Journal nach geeigneten Artikeln gesucht: ‚AJOG American Journal of Obstetrics & Gynecology‘. Des Weiteren wurden die Quellenangaben folgender Reviews analysiert, um weitere mögliche Studien zu finden:

- Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. (2004). Hypnosis for Pain Relief in Labour and Childbirth: a Systematic Review. *British Journal of Anaesthesia*, 93 (4), 505-511.
- Brown, C.B., Hammond, D.C., (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis for Obstetrics, Labor and Delivery, and Preterm Labor. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 355-371.

Die gesamte Suche ergab 65 Artikel, welche auf den ersten Blick für das Thema zutreffend erschienen. Anhand der Titel und der Abstracts wurden 30 Artikel für die weitere Bearbeitung selektioniert. Für diese Artikel wurden nachfolgende Auswahlkriterien festgelegt, so dass sich schliesslich sieben Studien zur Beantwortung der Fragestellung ergaben.

### **2.3 Einschlusskriterien**

- Deutsch- und englischsprachige Studien.
- Die Teilnehmerinnen der Studie müssen Nulliparae sein bzw. in der Studie muss speziell auf diese eingegangen werden.
- Die eingeschlossenen Teilnehmerinnen dürfen keine für die Geburt relevanten Risiken oder Nebenerkrankungen aufweisen.

## **2.4 Ausschlusskriterien**

- Studien, welche keinen Bezug zur Fragestellung nehmen.
- Nicht wissenschaftlich erarbeitete Artikel und Bücher.
- Nicht veröffentlichte Artikel.
- Studien, welche vor 1985 durchgeführt wurden.

Keine Studie wurde nur aufgrund von Limitationen wie zu kleines Sample oder mangelnde Datenanalyse ausgeschlossen, da im Bereich der Selbsthypnose in der Geburtshilfe momentan noch nicht genügend wissenschaftlich vollständig korrekte Studien existieren. Die grosse Zeitspanne von 25 Jahren wurde gewählt, da wenig aussagekräftige Literatur aus den letzten zehn Jahren zu diesem Thema zu finden ist.

## **2.5 Qualitätsbeurteilung der Studien**

Die Studien wurden anhand des Formblattes nach Stahl (2008) sowie anhand des Formulars für kritische Besprechung quantitativer Studien (Law et al., 1998) beurteilt. In der Studienanalyse (Anhang 1) sind die Studien in der Hierarchie ihrer Evidenz geordnet (abnehmende Evidenz von oben nach unten).

### **3. Theoretischer Hintergrund**

#### **3.1 Klärung wichtiger Begriffe**

Im Folgenden werden zum besseren Verständnis dieser Arbeit einige wichtige Begriffe definiert:

##### **3.1.1 Selbsthypnose**

Pschyrembel (2011) definiert Selbsthypnose wie folgt: „Autosuggestiv (d.h. ohne physische Präsenz des Therapeuten), z.B. gedanklich od. apparativ (mit Audio-, Videoaufnahme) herbeigeführter hypnotischer Zustand“ (Abs. 1). Die Autorinnen verwenden in der Arbeit auch das Wort Autohypnose als Synonym und gehen im weiteren Verlauf der Arbeit noch genauer auf die Selbsthypnose ein.

##### **3.1.2 Nullipara**

Im Folgenden wird der Begriff Nullipara für diejenigen Frauen benützt, die ihr erstes Kind gebären werden. Alle Frauen, die bereits einmal geboren haben werden Primipara (schon ein Kind geboren) oder Multipara (schon mehr als ein Kind geboren) genannt.

##### **3.1.3 Psychisches Wohlbefinden**

Der Begriff ‚psychisches Wohlbefinden‘ wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Laut Pschyrembel (2011) ist das psychische Wohlbefinden eng verknüpft mit positiven Gefühlen wie Freude, Glück oder Zufriedenheit. Diese Zufriedenheit wiederum wird definiert als ein Zustand der inneren Balance. Die Weltgesundheitsorganisation (2009) setzt den Begriff Wohlbefinden in einen engen Kontext zur Gesundheit des Menschen. Im medizinischen Online Nachschlagewerk *The Oxford Reference Online* (2011) wird psychisches Wohlbefinden als ein Zustand definiert, welcher sich durch glückliche Gefühle, gute Gesundheit, Heiterkeit und ein hohes Selbstvertrauen auszeichnet. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf folgende Aspekte, welche das psychische Wohlbefinden ausmachen: ‚Selbstwertgefühl‘, ‚Zufriedenheit‘, ‚Gefühl des Glücks‘ und ‚Selbstvertrauen‘.

Ziel dieses Aspektes ‚psychisches Wohlbefinden postpartum‘ ist es, herauszufinden, ob Frauen, welche sich mit Selbsthypnose auf die Geburt vorbereiten, die Geburt besser überwinden oder gar ein längerfristig grösseres psychisches Wohlbefinden daraus gewinnen können.

### **3.1.4 Suggestion**

Pschyrembel (2010) definiert Suggestion als Übertragung von Wahrnehmungen, Vorstellungen und Willensantrieben. Laut Mongan (2010) werden wir von unserem Umfeld ständig durch positive und negative Botschaften beeinflusst, die in Form von Suggestionen unser Unterbewusstsein erreichen. Da diese seit Geburt vermittelt werden, können sie Ursprung für das Verhalten und Fühlen von Menschen sein. Laut Meinhold (1997) enthält jede Kommunikation suggestive Anteile. Die Suggestibilität ist dadurch Voraussetzung für die Lernfähigkeit. Es ist wichtig, Suggestionen immer positiv zu formulieren, da das Unterbewusstsein die Verneinungsform nicht versteht. Suggestionen wirken auch im Wachzustand, jedoch sind sie wirkungsvoller, wenn sie in der hypnotischen Trance gegeben werden (Lorenz-Wallacher, 2003).

### **3.1.5 Suggestibilität**

Suggestibilität ist gleichzusetzen mit dem Begriff Hypnotisierbarkeit. In der vorliegenden Arbeit werden beide Begriffe synonym verwendet. Die Suggestibilität zeigt auf, wie empfänglich jemand für Suggestionen ist und wie gut jemand in Hypnose gelangen kann (Meinhold, 1997).

### **3.1.6 Eröffnungsperiode**

Die Eröffnungsperiode (EP) ist die Zeit vom Beginn regelmässiger, zervixwirksamer Wehen bis zur vollständigen Muttermundseröffnung (Harder, 2007).

### **3.1.7 Austreibungsperiode**

Die Austreibungsperiode (AP) ist die Zeit von der vollständigen Muttermundseröffnung bis zur Geburt des Kindes (Harder, 2007).

### 3.2 Hypnose im Allgemeinen

Zum besseren Verständnis der Arbeit wird vorerst auf die Hypnose im Allgemeinen eingegangen. Die Selbsthypnose, um die es in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich geht, bedient sich derselben Prinzipien wie die Hypnose (Meinhold, 1997). Alle nachfolgend genannten Auswirkungen der Hypnose gelten demzufolge ebenso für die Selbsthypnose.

Hypnose wird landläufig oft missverstanden. Häufig wird der Begriff Hypnose mit der bekannteren und medienwirksamen Showhypnose gleichgesetzt, in der die Würde der Versuchsperson verletzt und ihre Interessen oft untergeordnet werden. Ziel ist es dabei nicht, einen therapeutischen Effekt zu erzielen, sondern das Publikum in Staunen zu versetzen (Meinhold, 1997; Bongartz & Bongartz, 1988). Dass die klinische Hypnose aber nichts mit der Showhypnose gemeinsam hat, zeigt die Definition von Bongartz et al. (1988):

„Hypnose ist ein relativ neuer Name für eine der ältesten Heilmethoden der Menschheit, die wir in allen Kulturen der Früh- und Neuzeit finden, bei den Naturvölkern wie bei den sogenannten höher entwickelten Zivilisationen. Dabei ging und geht es um eine geistige Heilung seelischer (Angst, Depression) und körperlicher Krankheiten bzw. darum, Schmerzen zu lindern, ohne Medikamente einzusetzen.“ (S. 9)

Hypnose stammt vom griechischen Wort ‚hypnos‘ ab, das übersetzt ‚Schlaf‘ bedeutet (Bongartz et al., 1988). Dies kann aber zu Missverständnissen führen, da der hypnotische Zustand nur äusserlich dem Schlaf gleicht (geschlossene Augen, ruhiges Atmen, geringe Mobilität). Dass sich Schlaf und Hypnose voneinander unterscheiden, erkennt man an den unterschiedlichen Hirnwellen während den genannten Bewusstseinszuständen, die man mittels Elektroenzephalogramm (EEG) ableiten kann (Bongartz et al., 1988). Der Zustand der Hypnose ist vergleichbar mit dem Übergang von der Wach- zur Schlafphase und zeichnet sich durch die Alpha-Hirnwellen-Frequenz aus (Mongan, k.D.). Dieser hypnotische Bewusstseinszustand bildet die Grundlage für besondere Wahrnehmungen, Erfahrungen und Erkenntnisse (Meinhold, 1997). Kaiser Rekkas (2001) beschreibt es folgendermassen: „Der hypnotische Zustand entkrampft physisch und psychisch. Durch Tiefenentspannung

mit vegetativer Umstellung bzw. Harmonisierung wird somatische Heilung unterstützt“ (S. 21). Laut Mongan (k.D.) wird bei der Hypnose der kritische Faktor umgangen, wodurch es möglich ist, Zugang zum Unterbewusstsein zu bekommen. Sie vergleicht das Unterbewusstsein mit einer Festplatte, auf welcher sowohl Daten gelöscht, als auch hinzugefügt werden können. Diese Daten wiederum beeinflussen den Körper, denn dieser ist nicht imstande sich selbst Anweisungen zu geben (Mongan, 2010). Unbewusste Ängste können eine Person also psychisch und auch physisch beeinflussen. Durch die Hypnose ist es möglich, negative Glaubenssätze zu löschen und durch positive zu ersetzen (Mongan, k.D.). Als Hypnose bezeichnet man den erreichten hypnotischen Trancezustand, aber auch die Methode, durch die dieser Zustand erreicht wird (Lorenz-Wallacher, 2003).

### **3.2.1 Das Hypnoseverfahren**

Meinhold (1997) unterscheidet drei Stadien der Hypnosetechnik: die Hypnoseeinleitung, der Hypnosezustand und die Rückführung aus der Hypnose.

#### *3.2.1.1 Hypnoseeinleitung*

Ziel der Hypnoseeinleitung ist es, in eine ruhige Stimmungslage zu kommen, die der Person hilft, den hypnotischen Zustand zu erreichen. Es gibt verschiedene Einleitungsverfahren wie beispielsweise die Fixation eines Gegenstandes oder monotone akustische Signale. Eine häufig verwendete Möglichkeit ist die verbale Suggestion, bei der die monotone Sprache des Hypnotiseurs Anweisungen vermittelt, wie zum Beispiel: ‚Sie werden jetzt mit jedem Atemzug und mit jedem Wort von mir mehr Ruhe und angenehme Müdigkeit aufnehmen‘ (Meinhold, 1997). Der hypnotische Zustand kann in der Selbsthypnose beispielsweise mittels eines Tonbandes eingeleitet werden, auf dem die oben beschriebenen Suggestionen oder akustischen Signale ablaufen. Es ist jedoch auch möglich, diesen Zustand durch bewusstes Atmen, Entspannungstechniken oder Visualisierungen zu erreichen (Mongan, 2010).

### *3.2.1.2 Hypnosezustand*

In diesem Zustand wird versucht Blockaden, Ängste und Muster zu lösen. Dies passiert oft mit Hilfe der Suggestion, welche in Form von Visualisierungen, Metaphern oder Symbolen gegeben werden kann. In diesem Zustand können Ängste abgebaut werden und neue, positive Glaubenssätze verankert werden (Mongan, k.D.). Posthypnotische Suggestionen sollen nach Beendigung der Hypnose wirksam werden und das Verhalten ändern. Zum Beispiel: ‚Wenn ich das nächste Mal Selbsthypnose mache, werde ich mich vollkommen entspannen und es geniessen.‘

### *3.2.1.3 Rückführung*

Die Rückführung aus der hypnotischen Trance ist ein wichtiger, abschliessender Teil des Rituals. Das Ziel ist es, den Patienten zurück in den vigilanten Bewusstseinszustand zu führen. Der Therapeut benutzt hierfür oft die Rückzähltechnik, in dem er von zehn rückwärts zählt und der Patient bei der Zahl eins wieder in den ursprünglichen Bewusstseinszustand gelangt (Meinhold, 1997). Bei der Selbsthypnose kann die Person selber auch die Rückzähltechnik anwenden oder aber sie kommt allmählich durch das Nachlassen der Konzentration von alleine wieder zurück in den ursprünglichen Bewusstseinszustand (Morren, k.D.).

### **3.2.2 Wer ist hypnotisierbar?**

Bongartz et al. (1988) schreiben, dass grundsätzlich jeder Mensch hypnotisierbar ist. Man kann davon ausgehen, dass etwa zehn Prozent aller Menschen extrem gut zu hypnotisieren sind und etwa zehn Prozent fast gar nicht auf Hypnose ansprechen. Interessant scheint, dass bei Menschen, die Leid, Tragik, Schmerz, Angst oder ein Trauma erleben oder erlebt haben, die Hypnotisierbarkeit erhöht ist, da diese Personen bewusst oder unbewusst etwas zur Veränderung der Situation beitragen wollen (Kaiser Rekkas, 2001).

### **3.2.3 Selbsthypnose**

Bei der Selbsthypnose wird die Hypnose selbst eingeleitet, durchgeführt und zurückgenommen (Meinhold, 1997). Weiter erklärt Meinhold (1997), dass es sich bei der Autohypnose wie auch bei der Heterohypnose qualitativ um die gleichen Phänomene handelt. Lorenz-Wallacher (2003) konkretisiert, dass

eigentlich jede Hypnose eine Art Selbsthypnose ist, da die Suggestionen, die zwar von jemand anderem kommen, erst in Selbstsuggestionen umgewandelt werden müssen, damit sie eine Wirkung erzielen.

### **3.2.4 Veränderungen unter Hypnose**

Folgende physischen und psychischen Veränderungen können unter der Hypnose auftreten. Diese müssen jedoch nicht zwingend vorhanden sein (Bongartz et al., 1988).

#### *3.2.4.1 Beeinflussung der Drüsentätigkeiten und anderer Körperflüssigkeiten*

Durch Suggestionen können unter anderem folgende Drüsentätigkeiten beeinflusst werden: der Blutzuckerspiegel, die Zusammensetzung des Magensaftes, die Tätigkeit der Schilddrüse, die weiblichen Geschlechtshormone sowie die Schweißdrüsen (Meinhold, 1997). Ausserdem kann das Blutbild verändert werden. Bongartz et al. (1988) beschreiben, dass die für die Immunabwehr wichtigen Lymphozyten nach der Hypnose erhöht sind.

#### *3.2.4.2 Beeinflussung der Muskeltätigkeit*

In der Hypnose kann durch Suggestionen Einfluss auf die Muskeltätigkeiten erzeugt werden. Dazu gehören Katalepsie, automatische gleichförmige Bewegungen, Beeinflussung der Herztätigkeit, Veränderung des Gefässtonus, des Blutdrucks und der Organdurchblutung (Meinhold, 1997).

#### *3.2.4.3 Beeinflussung des geistigen Zustandes*

Laut Meinhold (1997) ist es durch Hypnose möglich, das Erinnerungsvermögen so zu beeinflussen, dass es zur kompletten Amnesie oder zur Hypermnesie kommen kann. Ein subjektives Phänomen der hypnotischen Trance ist die Zeitverzerrung oder die veränderte zeitliche Wahrnehmung, wobei der Klient meist die Zeit in der Trance als verkürzt wahrnimmt (Kaiser Rekkas, 2001).

#### **3.2.4.4 Beeinflussung von Sinneseindrücken**

Es ist möglich die Schmerzwahrnehmung zu beeinflussen. So können Schmerzen suggestiv hervorgerufen, aber auch ausgeschaltet werden. Das Kälte- und Wärmeempfinden kann reguliert werden und auch andere Sinneseindrücke wie zum Beispiel Geruch, Geschmack, Gehör und Tastsinn können verändert werden.

#### **3.2.5 Anwendung der Hypnose**

Da die Hypnose so viele psychische und physische Veränderungen hervorrufen kann, wird sie in verschiedenen Bereichen angewendet. So findet sie gemäss Bongartz et al. (1988) unter anderem bei folgenden Krankheiten und Problemen Einsatz:

- Psychotherapie: Ängste, Depressionen, Psychosen, Suchtverhalten.
- Immunsystem: Neurodermitis, Psoriasis, Warzen, Allergien, Krebs.
- Psychosomatische Beschwerden: stressbedingte Probleme des Herz-Kreislauf-Systems, Bluthochdruck, Magengeschwüre.
- Analgesie / Anästhesie: Zahnmedizin, Geburtshilfe.

### **3.3 Hypnose in der Geburtshilfe**

Da die Hypnose gerade in der Schmerzbewältigung und Schmerzreduktion grosse Erfolge zeigt, ist es naheliegend, diese analgetische Wirkung auch in der Geburtshilfe zu nutzen. Zudem können mittels Hypnose Ängste im Bezug auf die Geburt abgebaut werden und eine positive Grundeinstellung sowie eine freudige Erwartung gegenüber dem Kind suggeriert werden (Revenstorf, 1990).

Chertok (1968) schreibt, dass die wohltuende Wirkung der Hypnose auf den Geburtsschmerz schon seit mehr als hundert Jahren bekannt ist. So wurden in Frankreich und Russland schon vor mehr als hundert Jahren gute Ergebnisse in der Schmerzreduktion bei Gebärenden erzielt. Jedoch konnte sich die Hypnose in der Geburtshilfe nie ganz etablieren. Obwohl die hypnotherapeutische Geburtsvorbereitung nie eine breite Akzeptanz fand, wird seit den letzten Jahrzehnten wieder vermehrt auf diesem Gebiet geforscht (Lorenz-Wallacher, 2003).

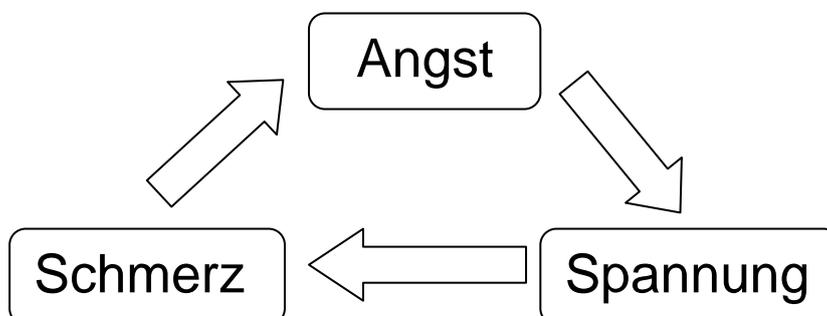
Dass gerade schwangere Frauen gut auf Hypnose ansprechen und suggestibler sind als nicht Schwangere, wurde in einer Studie von Alexander, Turnbull & Cyna (2009) nachgewiesen. So erreichten die schwangeren Frauen einen signifikant höheren Wert auf der Creative Imagination Scale (CIS) als die Kontrollgruppe von nicht schwangeren Frauen. Auch Meinhold (1997) erwähnt, dass die Geburt zwar ein natürlicher Vorgang ist, aber die Situation trotzdem ein Ausnahmezustand darstellt, welcher wiederum die Suggestibilität fördert.

Die Hypnose zur Vorbereitung auf die Geburt beinhaltet für Meinhold (1997) allgemeine Ruheübungen und Hinlenkung auf die Atmung und das erwartete Kind. Hinzu kommen Suggestionen der allgemeinen Gelöstheit und die Koppelung der Wehen an Ruhe und Müdigkeit. Ängste und Vorurteile im Unterbewusstsein werden mittels Selbsthypnose durch positive Affirmationen ersetzt (Mongan, k.D.). Wenn die Frauen lernen, dass jeder Gedanke Psyche und Körper beeinflusst, können sie ihren Fokus auf das Positive richten und so den Geburtsverlauf beeinflussen (Mongan, 2010). Der hypnotische Trancezustand kann genügend tief sein um eine Schmerzreduktion zu erfahren und trotzdem die Geburt bewusst zu erleben (Meinhold, 1997).

Laut Münch (1990) werden in unserer westlichen Gesellschaft Angst und Schmerzen bei einer Geburt erwartet. Viele Einstellungen und Ansichten zur Geburt werden schon in Kinderjahren aus dem Umfeld übernommen und können unbewusste Ängste verinnerlichen (Crafter, 2003). Der Schmerz verstärkte sich durch die vorherrschende negative Erwartungshaltung. Dieselbe Ansicht teilt auch Meinhold (1997). Er spricht gar von einer notwendigen Desuggestion der in der Gesellschaft negativ suggerierten Ansichten zur Geburt. Nun kann man diesen Schmerz zwar durch Medikamente verringern. Dies hat jedoch zur Nebenwirkung, dass auch das Kind betroffen wird, da immer ein Teil der Analgetika die Plazentaschranke überschreitet und beim Kind zur Atemdepression postpartum führen kann (Schmid, 2005). Hier bietet die Hypnose ein Mittel, das ohne Nebenwirkungen eingesetzt werden kann und dasselbe Ziel verfolgt, nämlich die Schmerzen unter der Geburt zu minimieren.

### 3.3.1 Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf

Abbildung 1 – Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf (Dick-Read, 1972)



Dick-Read (1972) hat schon sehr früh erkannt, dass sich Angst in Spannung und diese wiederum in Schmerz umwandelt. Dies ergibt den von ihm begründete Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf. Bereits durch unbewusste Ängste, wie sie bei schwangeren Frauen oft vorherrschen, können Spannungen im ganzen Körper entstehen (Schmid, 2005). Dadurch werden die Schmerzen sehr viel stärker wahrgenommen. Leboyer (2006) geht davon aus, dass diese bewussten und unbewussten Ängste dazu führen, dass viele Frauen ihr Urvertrauen verlieren und die Verantwortung an das Fachpersonal abgeben. Weiter geht er ebenfalls davon aus, dass diese Ängste dann zu Schmerzen führen. Eine natürliche Geburt ist gemäss Leboyer (2006) zwar mit Anstrengung verbunden jedoch nicht mit Schmerzen. Dick-Read (1972) hat mit seinem Angst-Spannung-Schmerz-Modell die Grundlage gelegt, um die Schmerzen unter der Geburt am Ursprung zu behandeln. Wenn der Uterus nicht gegen verspannte oder verkrampfte Muskelschichten arbeiten muss und die Muskelschichten harmonisch miteinander arbeiten können, kann sich der Muttermund ungehindert öffnen. Die logische Schlussfolgerung ist, dass dies auch weniger Schmerzen verursacht (Mongan, 2010). Die möglichen Mittel um dies zu erreichen, sind Informationen über die Physiologie einer Geburt, Körperarbeit und Entspannungsübungen, Suggestionen und eine liebevolle Unterstützung während der Geburt (Schmid, 2005). Der Kreislauf kann laut Mongan (2010) auch mittels Selbsthypnose unterbrochen werden. Die Gebärende versetzt sich dazu selbst in einen hypnoiden Zustand, der es ihr ermöglicht, ihren Körper zu entspannen und sich so völlig der Geburt

hinzugeben. Auch die Angst kann durch Selbsthypnose minimiert werden, da die negativen Assoziationen, welche in unserer Gesellschaft mit dem Gebären verbunden werden, bereits vor der Geburt desuggeriert werden können.

### **3.3.2 Vorteile der hypnotischen Geburtsvorbereitung**

Lorenz-Wallacher (2003) zählt unter anderem folgende Vorteile der Geburtsvorbereitung mit Hypnose auf:

- Die Entspannungsfähigkeit wird gesteigert. Dadurch kann der Schmerz besser angenommen werden.
- Durch die Schmerzreduktion wird der Schmerzmittelbedarf gesenkt, wodurch Atmung und Kreislaufsystem von Mutter und Kind nicht negativ beeinträchtigt werden.
- Die Eröffnungsphase wird verkürzt.
- Die Ausstossung der Plazenta wird nicht beeinträchtigt und der Blutverlust verringert sich.
- Die Erholung nach der Geburt verläuft wesentlich schneller.
- Der Milchfluss kann durch die Hypnose angeregt werden, was das Stillen erleichtert.

### **3.3.3 Nachteile der hypnotischen Geburtsvorbereitung**

Lorenz-Wallacher (2003) zählt folgende Nachteile der Geburtsvorbereitung mit Hypnose auf:

- Grösserer Zeitaufwand im Vergleich zu einem herkömmlichen Geburtsvorbereitungskurs.
- Die hohe Erwartungshaltung von einer schmerzfreien, natürlichen Geburt kann zu einer Enttäuschung führen.
- Es kann bei den involvierten Fachpersonen, die Angst aufkommen, dass die Frau die Geburt nicht bewusst miterlebt und sie dadurch auch nicht aktiv am Geschehen teilnehmen kann.

### **3.3.4 Hypnose in der Schwangerschaft**

Auch in der Schwangerschaft gibt es einige Situationen, in denen Hypnose therapeutisch angewendet werden kann. Laut Lorenz-Wallacher (2003) sind Schwangerschaftsbeschwerden wie beispielsweise Hyperemesis, starke Gewichtszunahme, Sodbrennen oder vorzeitige Wehen oft psychosomatisch bedingt und können durch Hypnose bei der Ursache behandelt werden. Simon & Schwartz (1999) kommen zum Schluss, dass Hypnose eine geeignete Methode ist um die weitverbreitete Morgenübelkeit zu behandeln.

### **3.3.5 Aktueller Wissensstand**

Dass Hypnose auch einen positiven Einfluss auf die Geburt hat, haben verschiedene Studien gezeigt. Folgende Messgrößen wurden dabei untersucht:

#### **3.3.5.1 Geburtsdauer**

Die Geburtsdauer der Frauen mit hypnotherapeutischer Geburtsvorbereitung ist laut Studien deutlich verkürzt (Harmon, Hynan & Tyre, 1990; Jenkins & Pritchard, 1993). Hüsken-Janssen et al. (2005) stellen im Vergleich der Geburtsdauer ebenfalls einen Vorteil bei der Experimentalgruppe fest.

#### **3.3.5.2 Einsatz von Schmerzmitteln**

Bei Frauen, die sich mit Hypnose auf die Geburt vorbereitet haben, ist der Einsatz von Schmerzmitteln deutlich geringer als in der Kontrollgruppe (Harmon et al., 1990; Jenkins et al., 1993; Mehl-Madrona, 2004). Cyna, Andrew & McAuliffe (2006) und Mehl-Madrona (2004) beschrieben, dass signifikant weniger PDA's verwendet wurden. Auch VandeVusse, Irland, Berner, Fuller & Adams (2007) stellten fest, dass weniger Schmerzmittel und weniger PDA's notwendig waren, wenn Frauen vor und während der Geburt von der Selbsthypnose Gebrauch machten. In der Studie von Hüsken-Janssen et al. (2005) gaben die Frauen, die sich mit Hypnose auf die Geburt vorbereitet hatten, weniger Schmerzen an als die Kontrollgruppe und erhielten infolge dessen auch weniger Schmerzmittel.

#### *3.3.5.3 Subjektives Geburtserleben*

Die Studie von Brann et al. (1987) zeigt eine grössere Zufriedenheit mit der Geburt bei den Frauen, die sich mit Hypnose auf die Geburt vorbereitet haben. Die Studie von Abbasi et al. (2009) zeigt, dass die Selbsthypnose allen Teilnehmerinnen ein Gefühl von Zufriedenheit und Trost durch alle Stadien der Geburt bringt. Die Frauen spürten während der Geburt Vertrauen in ihren Körper und ein Gefühl von Kontrolle.

#### *3.3.5.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum*

Frauen, die sich mit Hypnose auf die Geburt vorbereiteten, zeichnen sich durch ein höheres Mass an positiven Gefühlen nach der Geburt aus (Hüsken-Janssen et al., 2005). Guse, Wissing & Hartman (2006) stellen in ihrer Studie fest, dass Frauen, die sich hypnotherapeutisch auf die Geburt vorbereitet hatten, zwei Wochen postpartum ein erhöhtes psychisches Wohlbefinden aufwiesen und zehn Wochen nach der Geburt weniger Anzeichen für eine Depression hatten als die Kontrollgruppe.

#### *3.3.5.5 Geburtsmodus und Interventionen*

Zweit Studien (Harmon et al., 1990; Cyna et al., 2001) weisen auf signifikante Unterschiede beim Geburtsmodus hin. Hypnotisch vorbereitete Frauen hatten mehr spontane vaginale Geburten als die Kontrollgruppe. Dies bestätigt die Studie von Martin et al. (2001), in welcher weniger chirurgische Eingriffe in der Experimentalgruppe verglichen mit der Kontrollgruppe festgestellt wurden.

#### *3.3.5.6 Adaptation des Neugeborenen*

Die Adaptation von Neugeborenen, deren Mütter sich mit Hypnose auf die Geburt vorbereitet hatten, war laut Studien verbessert. Apgar-Werte nach einer und nach fünf Minuten waren signifikant höher in der Experimentalgruppe (Harmon et al., 1990; VandeVusse et al., 2007). Die Studie von Martin et al. (2001) ergab, dass weniger Neugeborene auf die Neonatologie verlegt werden mussten.

## **4. Resultate**

Um dem Leser einen Überblick zu geben, werden die gewählten Studien kurz zusammenfassend dargestellt. In einem zweiten Schritt werden die Resultate der Studien aufgeführt.

### **4.1 Darstellung der Studien**

Alle gewählten Studien wurden in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Sechs Studien wurden in englischer Sprache verfasst und eine in deutscher Sprache (Hüsken-Janssen et al., 2005). Die Studien wurden in den Ländern Deutschland (n = 1), Grossbritannien (n = 2), Südafrika (n = 1), Australien (n = 1) und den USA (n = 2) durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen waren Nulliparae oder es wird im Speziellen auf sie eingegangen. Die Studien wurden im Zeitraum von 1987-2006 veröffentlicht.

Alle sieben bearbeiteten Studien sind quantitativ. Die Stichprobengrösse variiert zwischen 40 (Brann et al., 1987) und 1486 Teilnehmerinnen (Cyna et al., 2006). Vier der sieben Studien weisen eine kleine Stichprobengrösse ( $\leq 60$  Teilnehmerinnen) auf (Martin et al., 2001; Guse et al., 2006; Brann et al., 1987; Harmon et al., 1990). Alle Studien wurden in Krankenhäusern durchgeführt. Nur eine Studie ist multizentral und umfasst acht verschiedene Krankenhäuser (Hüsken-Janssen et al., 2005). Alle anderen Studien fanden in nur einer Klinik statt. Die Intervention bestand aus verschiedenen Hypnoseverfahren.

### **4.2 Darstellung der relevanten Resultate**

Die Resultate sind in die vier Aspekte der Fragestellung unterteilt. Im ersten Teil wird auf die Geburtsdauer eingegangen, der zweite Teil befasst sich mit dem Einsatz von Schmerzmitteln, der dritte Teil mit dem subjektiven Geburtserleben und der vierte Teil mit dem psychischen Wohlbefinden postpartum. Die meisten Studien beschäftigen sich mit mehreren dieser Teilfragen, so dass sie auch in den verschiedenen Aspekten öfters erwähnt werden. Bei der ersten Nennung wird genauer auf die Durchführung der Studie eingegangen. Bei einer allfälligen weiteren

Nennung werden nur noch für den Aspekt relevante, weitere Interventionen und wichtige Informationen genannt.

#### **4.2.1 Dauer der Geburt**

Vier Studien betrachteten den Einfluss der Selbsthypnose auf die Dauer der Geburt (Harmon et al., 1990; Hüsken-Janssen et al., 2005; Jenkins et al., 1993; Brann et al., 1987).

**Harmon et al. (1990)** führten in ihrer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) zwei verschiedene vorgeburtliche Trainings durch. Zuerst wurden die Teilnehmerinnen auf ihren Grad der Suggestibilität geprüft mittels der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSS). Nach der Bestimmung des Suggestibilitätsgrades wurden die Teilnehmerinnen randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt, wobei in beiden Gruppen ungefähr gleich viele Frauen der verschiedenen Suggestibilität-Scores waren. Der Einfluss der Suggestibilität konnte dann in den Ergebnissen auch getrennt betrachtet werden. In sechs vorgeburtlichen Trainings à 60 Min. wurde die Selbsthypnose mit dem Ischemic Pain Task (IPT) kombiniert. Mittels einer Blutdruckmanschette, welche kontinuierlich aufgepumpt wurde, wurde ein ischämischer Schmerz hervorgerufen, welcher den Geburtsschmerz simulieren sollte, um dann den Umgang mit diesem Schmerz zu erleichtern. In der Kontrollgruppe geschah dies mittels herkömmlicher Atemtechniken, während in der Interventionsgruppe hierfür die Selbsthypnose verwendet wurde.

Harmon et al. (2005) definieren in ihrer Studie die EP abweichend zur herkömmlichen Definition wie folgt: fünf cm Muttermunderöffnung bis zehn cm Muttermunderöffnung. Sie beobachteten, dass Frauen in der Interventionsgruppe signifikant kürzere EP's hatten ( $p < 0.001$ ). Zwischen den Gruppen ‚Tiefe Suggestibilität‘ und ‚Hohe Suggestibilität‘ zeigt sich im Vergleich der EP kein signifikanter Unterschied. Im Vergleich dieser beiden Gruppen in der AP zeigt sich kein signifikanter Unterschied.

**Hüsken-Janssen et al. (2005)** benutzten in ihrer quasi-experimentellen, multizentralen Studie eine leicht abgeänderte Form der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble. Dabei handelt es sich um eine Methode, Mithilfe derer der ‚Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf‘ (Dick-Read, 1972) durchbrochen werden soll. Die Trainings fanden in sechs wöchentlichen Sitzungen à 90 Min. statt. Hüsken-Janssen et al. (2005) fanden ebenfalls eine Verkürzung der EP bei Frauen in der Interventionsgruppe (340 Min. vs. 460 Min. in der Kontrollgruppe) vor. Diese Werte sind jedoch nicht statistisch signifikant. Derselbe Trend zeigt sich auch beim Vergleich der AP (53 Min. vs. 62 Min.), wobei auch diese Werte nicht statistisch signifikant sind. Die Autoren der Studien führen die nicht-signifikanten Ergebnisse auf die kleine Stichprobengrösse zurück.

**Brann et al. (1987)** führten in ihrer quasi-experimentellen Studie Selbsthypnose-Sitzungen à 20 Min. durch. Die Frauen wurden aufgefordert mindestens dann zur Sitzung zu kommen, wenn sie einen üblichen Vorsorgetermin im Krankenhaus hatten. Die Anzahl besuchter Sitzungen pro Teilnehmerin ist unbekannt. Eine abgeänderte Form der Ego State Therapie diente als Grundlage des Programms. Dieses Programm konnte von den Frauen auf Kassette erworben werden, um zu Hause weiter zu üben. Die Autoren der Studie zeigen auf, dass Frauen der Interventionsgruppe durchschnittlich kürzere EP's aufweisen (496 Min.  $\pm$  234 Min. vs. 594 Min.  $\pm$  231 Min. in der Kontrollgruppe). Bei der AP zeigte sich eine leichte Verzögerung in der Interventionsgruppe, die bei durchschnittlich 5 Min. liegt. Aufgrund fehlender Signifikanzberechnungen in der Studie können keine Angaben zur Signifikanz dieser Ergebnisse gemacht werden.

**Jenkins et al. (1993)** untersuchten in ihrer semi-prospektiven Fall-Kontroll-Studie sowohl Nulliparae als auch Multiparae auf den Effekt der Selbsthypnose, wobei in den Ergebnissen speziell auf die Nulliparae eingegangen wird. Die Frauen der Interventionsgruppe besuchten sechs vorgeburtliche Trainings à 30 Min., in welchen sie in Selbsthypnose unterrichtet wurden, um diese dann selbständig unter der Geburt anzuwenden. Die Autoren der Studie ermittelten eine signifikant kürzere EP

bei Nulliparae im Vergleich zur Kontrollgruppe ( $p < 0.0001$ ). Die Interventionsgruppe der Nulliparae erreichten Werte, die vergleichbar waren mit der Kontrollgruppe der Multiparae ( $6.4 \text{ h} \pm 3.2 \text{ h}$  vs.  $6.2 \text{ h} \pm 3.3 \text{ h}$ ). Des Weiteren zeigt die Studie eine signifikante Reduktion der Austreibungsphase bei Nulliparae, welche sich mit Hypnose vorbereitet hatten. Die Interventionsgruppe wiesen 25 % kürzere AP im Vergleich zur Kontrollgruppe auf ( $p < 0.001$ ).

#### **4.2.2 Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt**

Zu diesem Aspekt fanden sich sechs Studien (Harmon et al., 1990; Hüsken-Janssen et al., 2005; Jenkins et al., 1993; Guse et al., 2006; Martin et al., 2001; Brann et al., 1987).

**Harmon et al. (1990)** untersuchten einerseits das subjektive Schmerzempfinden und andererseits den Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt.

Die Interventionsgruppe erhielt spezielle Hypnose-Trainings vor der Geburt, bei denen jeweils mit dem IPT gearbeitet wurde. Bereits während der sechs Lektionen, welche beide Gruppen hatten, wurde mittels des McGill Pain Questionnaire (MPQ) die Schmerzscores ermittelt. In der dritten und vierten Lektion ergab sich eine signifikante Differenz zwischen dem Schmerzempfinden in der Interventions- und Kontrollgruppe. Frauen der Interventionsgruppe hatten eine grössere Toleranz gegenüber den Schmerzen ( $p < 0.001$ ).

Während der Geburt konnte ein signifikant tieferer Einsatz von Medikamenten in der Interventionsgruppe festgestellt werden ( $p < 0.001$ ). Frauen in der Interventionsgruppe erhielten weniger Beruhigungsmittel ( $p < 0.001$ ) und Schmerzmittel ( $p < 0.001$ ). Im Vergleich der beiden Gruppen ‚Hohe Suggestibilität‘ und ‚Tiefe Suggestibilität‘ konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

**Martin et al. (2001)** untersuchten in ihrem RCT den Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt bei Frauen unter 18 Jahren. Es wurden insgesamt vier Hypnose-Trainings durchgeführt (Dauer der einzelnen Sitzungen unbekannt). Diese beinhalteten Aspekte der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble sowie der Ego State Therapie. Obwohl die Autoren der Studie in ihrer Untersuchung einen Unterschied feststellen (zehn von 22 Frauen in der Interventionsgruppe vs. 14 von 20 Frauen in der Kontrollgruppe bekamen Schmerzmittel sub partu), sind die Ergebnisse nicht signifikant.

**Hüsken-Janssen et al. (2005)** untersuchten den Einsatz von Schmerzmitteln und PDA. Sie legen in ihrer Studie dar, dass signifikant mehr Frauen der Interventionsgruppe überhaupt keine Schmerzmittel beanspruchten ( $p < 0.01$ ). Des Weiteren ergab sich, dass signifikant weniger Frauen der Interventionsgruppe sonstige Schmerzmittel zu sich nahmen als die Frauen der Kontrollgruppe und deutlich weniger Frauen eine PDA unter der Geburt beanspruchten (Zahlen unbekannt).

**Cyna et al. (2006)** untersuchten in ihrer Pilotstudie den Einsatz der PDA zur Schmerzausschaltung. Geburtsvorbereitend wurden vier Trainings mit einem selbst erarbeiteten Hypnoseprogramm à 40-60 Min. durchgeführt. Cyna et al. (2006) fanden in ihrer Studie heraus, dass signifikant weniger Frauen in der Interventionsgruppe eine PDA hatten ( $p < 0.05$ ). Zudem gebaren 23 von 50 Frauen (46 %) in der Interventionsgruppe spontan und ohne Einsatz von PDA, während es in der Kontrollgruppe 455 von 1436 (32 %) waren ( $p < 0.05$ ). In dieser Studie wurden keine Untersuchungen zu anderen Schmerzmitteln gemacht.

**Brann et al. (1987)** zeigen auf, dass weniger Frauen der Interventionsgruppe Schmerzmittel bekamen als in der Kontrollgruppe. Aufgrund fehlender Signifikanzberechnungen in der Studie können keine Angaben zur Signifikanz dieser Ergebnisse gemacht werden.

**Jenkins et al. (1994)** prüften den Einsatz von Lachgas und Pethidin. Sie ermittelten statistisch signifikante Ergebnisse für den Einsatz beider Medikamente. 33 von 126 Frauen in der Interventionsgruppe nahmen kein Lachgas zu sich während es in der Kontrollgruppe nur 13 von 300 Frauen waren ( $p < 0.001$ ). Ähnlich fielen die Ergebnisse zum Einsatz von Pethidin aus. 66 Frauen der Interventionsgruppe bekamen kein Pethidin, während es in der Kontrollgruppe nur 49 Frauen waren ( $p < 0.001$ ).

#### **4.2.3 Subjektives Geburtserleben**

Es fanden sich vier Studien, welche sich mit dem subjektiven Geburtserleben der Frauen befassten (Harmon et al., 1990; Hüsken-Janssen et al., 2005; Guse et al., 2006; Brann et al., 1987).

**Harmon et al. (1990)** befassten sich mit verschiedenen subjektiven Fragen. Dies geschah mittels des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), welcher sich mit dem psychischen Empfinden einer Person befasst. Um den subjektiven Schmerz zu erfassen, wurde der MPQ verwendet. Vor der Geburt wurden bereits beide Fragebögen von den Frauen ausgefüllt. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (Berechnungen zur Aussage nicht vorhanden). Nach der Geburt wurden die Fragebögen erneut innerhalb von 72 Stunden ausgefüllt. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen im MPQ. Frauen der Interventionsgruppe stufte die Geburt als ‚anstrengend‘ ein, während die Frauen der Kontrollgruppe die Geburt als ‚anstrengend bis schrecklich‘ einstufte ( $p < 0.001$ ). Des weiteren wird in der Studie dargestellt, dass Frauen, welche als hoch hypnotisierbar eingestuft wurden, eine weniger stressvolle Geburt erlebten als Frauen, welche als tief hypnotisierbar eingestuft wurden ( $p < 0.01$ ).

**Guse et al. (2006)** untersuchten die Wirksamkeit eines hypnotherapeutischen Programms auf das psychische Wohlbefinden und die Stärkung von Nulliparae vor, während und nach der Geburt. Das Programm basierte auf der Ego State Therapie sowie der Ericksonian Therapie. Die Frauen besuchten

sechs Sitzungen (Dauer der einzelnen Sitzungen unbekannt). Mittels Fragebögen wurde das Wohlbefinden, die subjektive Einschätzung zur Geburt sowie die Suggestibilität der Frauen ermittelt. Dies geschah einmal vor der Geburt und dann nochmals innerhalb von zwei Wochen postpartum und zehn Wochen postpartum.

Für den Aspekt ‚subjektives Geburtserleben‘ wurden folgende Instrumente zur Datenermittlung verwendet:

- The Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS), zur Ermittlung des Grades der Suggestibilität.
- Childbirth Perceptions Questionnaire (PLD), zur Ermittlung der subjektiven Einschätzung der Geburt.

Im Vergleich der pränatalen Ergebnisse mit den Ergebnissen zwei sowie zehn Wochen postpartum innerhalb der Interventionsgruppe konnte kein signifikanter Unterschied im PLD festgestellt werden ( $p = 0.22$ ). Die subjektive Auffassung zur Geburt postpartum blieb stabil im Vergleich zur pränatalen Erwartungshaltung. Auch in der Kontrollgruppe zeigte sich kein signifikantes Ergebnis in ihrer Auffassung zur Geburt ( $p = 0.87$ ). Auch im Vergleich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $p = 0.20$ ).

**Hüsken-Janssen et al. (2005)** untersuchten mittels Fragebögen nach der Geburt die subjektive Einschätzung der Frauen zum Geburtserleben. Mehr Frauen in der Interventionsgruppe hatten während der Geburt das Gefühl, jederzeit die Kontrolle über das Geschehen zu haben (19.4 % vs. 8.8 %). Mehr als die Hälfte der Frauen in der Interventionsgruppe wären bereit gewesen diese Geburt nochmals zu durchleben (52 %). In der Kontrollgruppe waren es nur rund ein Drittel der Frauen (35 %). Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass 45 % der Frauen in der Interventionsgruppe die Geburt als ‚schlimmer als erwartet‘ einstufen. Das Ergebnis in der Kontrollgruppe ist jedoch mit 56.5 % noch ungünstiger. Die genannten Ergebnisse sind statistisch nicht signifikant.

**Brann et al. (1987)** untersuchten die Zufriedenheit der Frau mit dem Geburtsgeschehen. Der Score reichte von null bis zehn, wobei null ‚sehr schlechte Erfahrung mit der Geburt‘ bedeutet und zehn ‚wundervolles Erlebnis‘. Die Studie zeigt, dass die Frauen in der Interventionsgruppe zufriedener mit der Geburt waren (7.3 +/- 1.5), als die Frauen in der Kontrollgruppe (4.4 +/- 2.5). Frauen, welche zu Hause geboren hatten, wiesen ebenfalls höhere Scores auf. Die Ergebnisse wurden nicht auf ihre Signifikanz geprüft.

#### **4.2.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum**

Zwei Studien befassten sich mit dem Einfluss der Selbsthypnose auf das psychische Wohlbefinden postpartum (Guse et al., 2006; Hüsken-Janssen et al., 2005).

**Guse et al. (2006)** führten eine detaillierte Untersuchung zum Aspekt des psychischen Wohlbefindens postpartum durch.

Für diesen Aspekt wurden folgende Instrumente zur Datenermittlung verwendet:

- SHCS zur Ermittlung des Grades der Suggestibilität.
- Satisfaction with Life Scale (SWLS) zur Ermittlung der Zufriedenheit mit dem Leben.
- Sense of Coherence Scale (SOC) zur Ermittlung des Kohärenzgefühls.
- Generalized Self-Efficacy Scale (GSE) zur Ermittlung des Selbstvertrauens.
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) zur Ermittlung einer postpartalen Depression.
- Affectometer 2 Short Form (AFM) zur Ermittlung einer differenzierten Selbstbeurteilung des Wohlbefindens.
- The Maternal Self-Confidence Scale (MSC) zur Ermittlung des mütterlichen Selbstbewusstseins.

#### *4.2.4.1 Vergleich der beiden Gruppen pränatal*

Vor der Geburt hatte die Interventionsgruppe signifikant höhere Scores im EPDS ( $p < 0.05$ ), gab ein allgemein schlechteres Wohlbefinden an als die Kontrollgruppe ( $p < 0.04$ ) und weniger positive Gefühle ( $p < 0.01$ ). Die Autoren der Studie beschreiben diesen Befund als rein zufällig. Aufgrund dieser Feststellung wurde jedoch nicht nur der Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt sondern auch ein Vergleich innerhalb der Gruppen von der prä- und postnatalen Evaluation.

#### *4.2.4.2 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Gruppen prä- und zwei Wochen postnatal*

Zwei Wochen nach der Geburt gaben die Frauen der Interventionsgruppe in allen Bereichen eine signifikante Verbesserung an im Vergleich zu vor der Geburt. Es stellte sich ein grösseres Wohlbefinden ein als vor der Geburt. Insbesondere das Selbstwertgefühl war statistisch signifikant höher ( $p < 0.0019$ ). Ebenso erwiesen sich die Scores im SWLS ( $p < 0.004$ ) und im SOC ( $p < 0.0001$ ) als signifikant höher.

In der Kontrollgruppe wurde keine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens in der Evaluation zwei Wochen postpartum festgestellt.

#### *4.2.4.3 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Gruppen prä- und zehn Wochen postnatal*

Zehn Wochen postpartum erreichten die Frauen der Interventionsgruppe erneut eine Verbesserung ihres Wohlbefindens. Besonders auffallend waren die Ergebnisse des Selbstwertgefühles im MSC ( $p < 0.0001$ ). Das allgemeine Wohlbefinden erwies sich als signifikant höher als vor der Geburt ( $p < 0.003$ ). Die Werte im EPDS sanken ( $p < 0.0002$ ). Weitere signifikante Ergebnisse zeigten sich im AFM ( $p < 0.04$ ) sowie im SOC ( $p < 0.0008$ ).

Zehn Wochen postpartum konnte auch bei den Frauen der Kontrollgruppe eine positive Veränderung im Wohlbefinden festgestellt werden, jedoch nicht in allen Bereichen wie bei der Interventionsgruppe. Sie erreichten höhere Scores im MSC ( $p < 0.02$ ) sowie tiefere Werte im EPDS ( $p < 0.01$ ).

#### 4.2.4.4 Vergleich der Ergebnisse zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Es wurde in der Studie ein Vergleich zwischen den prä- und postnatalen Scores zwischen den beiden Gruppen durchgeführt. Die Interventionsgruppe erreichte in allen Variablen signifikant höhere Scores als die Kontrollgruppe (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

#### *Psychisches Wohlbefinden postpartum.*

Mean difference prenatal versus 2 weeks postnatal evaluation					
Measures	Experimental group		Control group		P
	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)	
MSC	4.33	(5.89)	0.31	(6.56)	0.01
SWLS	3.91	(5.97)	0.81	(6.13)	0.04
AFM (PA)	3.39	(6.55)	0.31	(6.26)	0.05
SOC	14.89	(14.97)	3.13	(12.73)	0.003
GSE	1.02	(1.95)	-0.45	(1.11)	0.001

*Note:* MSC, Maternal Self-Confidence; SWLS, Satisfaction with Life Scale; AFM (PA), Affectometer Positive Affect; SOC, Sense of Coherence Scale; GSE, Generalized Self-Efficacy Scale.

Zehn Wochen postpartum war der Unterschied nicht mehr so gross wie zwei Wochen nach der Geburt. Dennoch zeigten sich bei der Interventionsgruppe weniger Symptome einer Depression ( $p < 0.04$ ) und weniger Anzeichen eines allgemeinen Unwohlseins ( $p < 0.05$ ).

Zusammenfassend bemerken die Autoren der Studie, dass die belastbarere Kontrollgruppe nach der Geburt keine verbesserten Scores im Vergleich zur pränatalen Evaluation aufwies und diese sich erst bei der Auswertung zehn Wochen postpartum verbesserten. Die weniger belastbare Interventionsgruppe erreichte bereits zwei Wochen postpartum eine signifikante Verbesserung in beinahe allen Bereichen und zeigte in beiden Untersuchungen postpartum ein signifikant grösseres Wohlbefinden als die Kontrollgruppe. Auffallend war das Ergebnis der Interventionsgruppe in ihrer Zufriedenheit mit dem Leben. Es stellte sich eine erhöhte

Zufriedenheit ein, welche sich zehn Wochen postpartum nochmals signifikant erhöhte im Vergleich zur pränatalen Evaluation.

**Hüsken-Janssen et al. (2005)** untersuchten mittels Fragebögen nach der Geburt das Wohlbefinden der Frauen. 77.4 % der Frauen in der Interventionsgruppe gaben an, dass sie sich ‚stolz, glücklich und zufrieden‘ fühlten, während es in der Kontrollgruppe nur 44 % waren. Eine weitere Tendenz zeigt sich in der Rekonvaleszenz. 12.9 % der Frauen in der Interventionsgruppe fühlten sich bereits am selben Tag wieder fit. In der Kontrollgruppe waren es 4.5 %. Diese Ergebnisse sind nicht statistisch signifikant.

## 5. Diskussion

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen und kritisch beleuchtet. In einem ersten Schritt werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst und dann kritisch betrachtet. In einem weiteren Schritt wird die Qualität der Studien diskutiert. Danach werden Rückbezüge der Ergebnisse zur erarbeiteten Theorie und dem Modell ‚Angst-Spannung-Schmerz‘ hergestellt.

### 5.1 Betrachtung der Ergebnisse

#### 5.1.1 Geburtsdauer

Alle vier Studien, welche zu diesem Aspekt untersucht wurden, zeigen die gleichen Tendenzen auf, was die Verkürzung der ersten Phase der Geburt betrifft. Zwei Studien weisen statistisch signifikante Verkürzungen der EP auf (Harmon et al., 1990; Jenkins et al., 1993), während zwei weitere Studien eine Tendenz in diese Richtung aufzeigen, jedoch nicht statistisch signifikant belegen können (Hüsken-Janssen et al., 2005; Brann et al., 1987).

Harmon et al. (1990) definieren die EP als Phase zwischen fünf cm und zehn cm Muttermundsdilatation. Alle anderen drei Studien benutzen die herkömmliche Definition, welche wie folgt lautet: „Die Eröffnungsperiode dauert vom Beginn regelmässiger (kontinuierlich andauernd), zervixwirksamer Wehen bis zur vollständigen Eröffnung des Muttermundes“ (Harder, 2007, S. 241). Die Wahl dieser abweichenden Definition begründen die Autoren der Studie damit, dass viele Frauen erst bei einer Muttermundsdilatation von vier bis fünf cm ins Krankenhaus eintraten und somit der genaue Zeitpunkt des Wehenbeginns von der Hebamme nur vage hätte bestimmt werden können. Eine Bestimmung durch die Frau selbst hätte zu einer Verzerrung geführt, argumentieren die Autoren der Studie. Diese Definition hat zur Folge, dass eine möglicherweise lange Eröffnungsphase, welche vor Eintritt im Krankenhaus stattgefunden hat, nicht beachtet wird. Dies erschwert die Vergleichbarkeit mit anderen Studien, welche die herkömmliche Definition benutzen. Die Vergleichbarkeit innerhalb der Studie von Harmon et al. (1990)

bleibt bestehen, da es sich bei dem genannten Mangel nicht um eine Beeinflussung von nur einer Gruppe handelt.

Bei der AP weisen die Studien unterschiedliche Ergebnisse auf. Harmon et al. (1990) fanden keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Jenkins et al. (1993) hingegen zeigen eine signifikante Verkürzung der AP auf. Hüsken-Janssen et al. (2005) zeigen einen ähnlichen Trend auf. Brann et al. (1987) widerlegen diese Ergebnisse. Sie beschreiben eine längere AP in der Interventionsgruppe (Durchschnitt: fünf Min.). Aufgrund der mangelnden Qualität dieser Studie kann diesem Ergebnis jedoch nicht die volle Aussagekraft beigemessen werden.

Zusammenfassend aus den vier Studien kann gesagt werden, dass die Selbsthypnose einen positiven Einfluss auf die Dauer der Geburt hat. Insbesondere kann durch den Einsatz der Selbsthypnose die EP verkürzt werden, während es bei der AP noch zu wenig signifikante Ergebnisse gibt, um eine solche Aussage machen zu können.

### **5.1.2 Einsatz von Schmerzmitteln**

Die sechs untersuchten Studien zu diesem Aspekt zeigen alle dieselbe Tendenz auf. Drei Studien stellen einen signifikant tieferen Einsatz von Schmerzmitteln in der Interventionsgruppe fest (Harmon et al., 1990; Jenkins et al., 1993; Hüsken-Janssen et al., 2005). Zwei weitere Studien können gleiche Ergebnisse darlegen, diese jedoch nicht statistisch signifikant belegen (Martin et al., 2001; Brann et al., 1987). Eine weitere Studie stellt einen signifikant geringeren Einsatz der PDA in der Interventionsgruppe fest (Cyna et al., 2001). Trotz unterschiedlicher Methoden zur Geburtsvorbereitung mittels Selbsthypnose kann in allen Studien die Tendenz des tieferen Einsatzes von Schmerzmitteln festgestellt werden.

### **5.1.3 Subjektives Geburtserleben**

Harmon et al. (1990) zeigen in ihrer Studie signifikante Unterschiede im postpartalen Fragebogen auf. Frauen der Interventionsgruppe stufen die

Geburt als ‚anstrengend‘ ein, während Frauen der Kontrollgruppe die Geburt als ‚anstrengend bis schrecklich‘ einstufen. Eine weitere Studie (Brann et al., 1987) stellt fest, dass Frauen der Interventionsgruppe zufriedener mit der Geburt waren als Frauen der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis kann aufgrund der mangelhaften Durchführung der Studie lediglich als Tendenz betrachtet werden, welches keine hohe Evidenz aufweist. In der Studie von Guse et al. (2006) fanden sich keine signifikanten Resultate zu diesem Aspekt. Die Ergebnisse zur Frage nach dem subjektiven Geburtserleben sind sehr dürftig ausgefallen, da sich die erwähnten Studien nur am Rande mit dieser Frage beschäftigten. Die Ergebnisse weisen zwar darauf hin, dass die Selbsthypnose das subjektive Empfinden der Frauen verbessert, dennoch fehlen aussagekräftige Ergebnisse, um eine evidenzbasierte Antwort auf diese Frage geben zu können.

#### **5.1.4 Psychisches Wohlbefinden postpartum**

Eine Studie (Hüsken-Janssen et al., 2005) fand heraus, dass Frauen der Interventionsgruppe positivere Gefühle gegenüber der Geburt äusserten, eher bereit waren die Geburt nochmals zu erleben und sich schneller erholten. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht statistisch signifikant, obschon sich klare Tendenzen zeigen. In einer sorgfältig dargelegten Studie untersuchten Guse et al. (2006) die Wirkung der Selbsthypnose auf das psychische Wohlbefinden postpartum. Frauen der Interventionsgruppe zeigten eine deutliche Verbesserung in allen untersuchten Bereichen kurz nach der Geburt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war das Wohlbefinden in den meisten Bereichen höher. Zudem erhöhte sich das psychische Wohlbefinden der Frauen in der Interventionsgruppe nach zehn Wochen postpartum erneut. Die Kontrollgruppe gab keine Verbesserung des Wohlbefindens kurz nach der Geburt an. Dies entwickelte sich erst zehn Wochen postpartum. Die Autoren der Studie legen deutlich einen positiven Einfluss der Selbsthypnose auf das psychische Wohlbefinden postpartum dar. Dieses RCT von guter Qualität weist die statistisch bedeutendsten Ergebnisse im Bereich des psychischen Wohlbefindens postpartum auf.

## 5.2 Güte der verwendeten Forschungsliteratur

Im folgenden Abschnitt wird auf die Qualität der verwendeten Studien eingegangen. Die Hauptlimitationen der einzelnen Studien werden hier kurz dargestellt. Die genaue Analyse der Studien befindet sich im Anhang 1.

Drei der sieben gewählten Studien sind RCT's und entsprechen somit dem Evidenzlevel Ib nach Stahl (2008) (Harmon et al., 1990; Guse et al., 2006; Martin et al., 2001).

Die Studie von **Harmon et al. (1990)** wurde sehr sorgfältig dargestellt und weist wenig Mängel in der Durchführung auf. Als Hauptlimitation wird von den Autorinnen die abweichende Definition der EP gesehen. Wie oben bereits erwähnt, ist durch diese Definition eine Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit nicht möglich. Die Autoren der Studie nennen als weitere Limitation, dass die Teilnehmerinnen trotz Randomisierung hoch motivierte Freiwillige waren. Die Autorinnen dieser Arbeit sehen darin jedoch keine grosse Beeinflussung der Ergebnisse, da es sich sowohl bei der Interventionsgruppe als auch bei der Kontrollgruppe um motivierte Teilnehmerinnen handelt. Dies lässt sich kaum vermeiden, da schwangere Frauen sehr gerne etwas dafür tun, damit die Geburt für sie und ihr Baby reibungslos abläuft (Enkin et al., 2006). Die Studie von Harmon et al. (1990) wird als qualitativ sehr gut eingestuft.

Die Studie von **Guse et al. (2006)** ist ebenfalls sorgfältig durchgeführt worden. In dieser Studie kam es zu Drop-Outs. Acht Frauen der Interventionsgruppe haben sich mangels Zeit nach Beginn der Studie entschieden nicht mehr an den Hypnosesitzungen teilzunehmen. Sie wurden daher automatisch zur Kontrollgruppe gezählt, da sie im selben Krankenhaus entbunden wurden. Dies beeinflusst einerseits die Randomisierung und könnte andererseits eine Kontamination hervorgerufen haben, da nicht bekannt ist, wie viel Inhalt die Frauen bereits aus dem Unterricht in der Interventionsgruppe mitgenommen haben. Eine weitere Limitation der Studie ist die fehlende Angabe über eine Verblindung der involvierten Fachkräfte. In Anlehnung an Pocock (1983) beschreibt Cluett (2003), dass eine Verblindung in der experimentellen Forschung nicht zwingend notwendig ist. Sie werde jedoch empfohlen, um Verzerrungen zu vermeiden. Aufgrund von Aussagen in der Studie

von Guse et al. (2006) kann darauf geschlossen werden, dass die involvierten Fachkräfte verblindet waren. Da es jedoch nicht explizit erwähnt wird, muss es bei dieser Annahme bleiben. Abgesehen von diesen beiden Mängeln ist die Studie von Guse et al. (2006) methodisch korrekt aufgebaut und kann als qualitativ gut eingestuft werden.

Die Studie von **Martin et al. (2001)** stufen die Autorinnen dieser Arbeit aufgrund einiger Mängel in der Durchführung als qualitativ weniger gut ein als die beiden anderen RCT's. Eine der Hauptlimitationen ist das Alter der Teilnehmerinnen. Es werden in der Studie nur Frauen unter 18 Jahren berücksichtigt. Dies führt zu einer fehlenden Generalisierbarkeit. Zudem lässt dies die praktische Signifikanz bezweifeln. Laut LoBiondo-Wood & Haber (2001) ist ein statistisch signifikantes Ergebnis nicht gleichzusetzen mit der praktischen Signifikanz. Hat ein Ergebnis keine Signifikanz für die Praxis, müsse auch die statistische Signifikanz mit Vorsicht betrachtet werden. Da diese Ergebnisse nur für schwangere Frauen unter 18 Jahren und somit für einen kleinen Prozentsatz an Frauen relevant ist, ist die praktische Signifikanz sehr klein und die Ergebnisse somit von kleinerem Wert. Eine weitere Limitation sehen die Autorinnen dieser Arbeit darin, dass die Teilnehmerinnen mit Komplikationen nicht ausgeschlossen wurden. Zudem fassen die Autoren der Studie die relevanten Komplikationen nicht zusammen. Sie erwähnen jedoch, dass Ereignisse wie Gemini-Schwangerschaften oder Präeklampsie ebenfalls in die Kategorie ‚Komplikationen‘ gehören. Dies macht es schwierig einen Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien darzustellen. Zudem verzerrt diese Tatsache das Ergebnis der Studie, da Umstände wie Gemini-Schwangerschaften durch die Selbsthypnose nicht beeinflusst werden können. Die Studie von Martin et al. (2001) wird von den Autorinnen dieser Arbeit als mangelhaft eingestuft.

Bei drei weiteren Studien handelt es sich um quasi-experimentelle Studien (Hüsken-Janssen et al., 2005; Cyna et al., 2006; Brann et al., 1987). Sie sind dem Evidenzlevel IIb nach Stahl (2008) zugeordnet. Laut Cluett (2003) lässt sich bei quasi-experimentellen Studien keine kausale Beziehung zwischen den Variablen, welche untersucht werden, nachweisen. Sie weisen darauf hin, dass jedes Ergebnis ebenso durch die Gruppenzusammensetzung bedingt entstehen könne und nicht

durch die durchgeführte Intervention. Die Outcomes seien demzufolge für die Praxis von geringerem Wert als die Ergebnisse eines RCT.

Die Studie von **Hüsken-Janssen et al. (2005)** wird sehr ausführlich dargestellt. Die Messinstrumente, welche in der Studie gebraucht wurden, sind nicht auf ihre Realibilität hin geprüft worden. Dies wird an der Studie bemängelt. Ein weiterer Mangel ist das kleine Sample. Es wird in der Studie keine Powerkalkulation gemacht um die Stichprobengrösse zu begründen. Es finden sich jedoch kaum signifikante Ergebnisse, woraus sich schliessen lässt, dass die Stichprobengrösse möglicherweise zu klein war für die Untersuchung dieser Outcomes (Cluett, 2003). Als Mangel der Studie von Hüsken-Janssen et al. (2006) wird die fehlende Randomisierung betrachtet, welche jedoch dem Design der quasi-experimentellen Studien angepasst ist (Cluett, 2003). Im Teil der allgemeinen Diskussion wird die kontrovers diskutierte Frage der Randomisierung genauer betrachtet. Die Studie von Hüsken-Janssen et al. (2005) wird von den Autorinnen dieser Arbeit innerhalb des Evidenzlevels als gut eingestuft.

**Cyna et al. (2006)** führten eine Pilotstudie durch. Auch bei dieser Studie wurden die Teilnehmerinnen nicht verblindet. Die Autoren der Studie erkennen dies als Hauptlimitation. Da es sich jedoch um eine Pilotstudie für ein geplantes grösser angelegtes RCT handelt, erscheint dieses Vorgehen angemessen. Eine der Limitationen besteht darin, dass als Messgrösse nur der Einsatz der PDA verwendet wurde nicht aber der Einsatz von anderen gebräuchlichen Schmerzmitteln. Dies verunmöglicht die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Es wäre denkbar, dass zwar weniger Frauen der Interventionsgruppe eine PDA erhielten, diese jedoch schneller auf andere Schmerzmittel ausgewichen sind. Das Ergebnis dieser Studie ist also nur bedingt aussagekräftig. Eine weitere Störvariable der Studie ist die fehlende Angabe über eine allfällige Verblindung der involvierten Fachpersonen, was zu einer Verzerrung führen kann (Pocock, 1983; zit. nach Cluett, 2003, S. 71). Des Weiteren muss die grosse Differenz der Anzahl Teilnehmerinnen bemängelt werden. Es wurden 50 Nulliparae in der Interventionsgruppe 1436 Nulliparae in der Kontrollgruppe gegenüber gestellt. Laut Law et al. (1998) sollten die beiden Gruppen aus einer ungefähr gleich grossen Anzahl Teilnehmerinnen bestehen und die Stichprobengrösse begründet werden. Dies ist in der Studie von Cyna et al. (2006)

nicht der Fall. Gemäss Cluett (2003) soll eine Pilotstudie allfällige Mängel und Schwachstellen im Forschungsdesign oder der Durchführung aufdecken. Die Ergebnisse und Erfahrungen sollen aufzeigen, ob allfällige Änderungen in der Planung der eigentlichen Studie nötig seien. Die Studie von Cyna et al. (2006) erfüllt diese Anforderungen an eine Pilotstudie. Da sie jedoch diverse Mängel aufweist, sind die Ergebnisse nur von geringer Evidenz für die Praxis.

Die Studie von **Brann et al. (1987)** weist ebenfalls einige Mängel auf. Auch die Autoren dieser Studie stützen sich auf die Annahme, dass die freiwillige Teilnahme notwendig ist, da motivierte Frauen eine erhöhte Hypnotisierbarkeit aufweisen würden. Die Teilnehmerinnen wurden somit nicht randomisiert zugeteilt. Auch in dieser Studie fehlen Angaben über eine allfällige Verblindung der involvierten Fachkräfte, was zu einer Verzerrung führen kann (Pocock, 1983; zit. nach Cluett, 2003, S. 71). Weiter ist es schwierig die Qualität der aufgeführten Ergebnisse festzustellen, da in dieser Studie keine Signifikanzberechnungen gemacht wurden. Die Autoren der Studie begründen dies mit dem kleinen Sample, welches aus ihrer Sicht eine Berechnung überflüssig macht. Laut Law et al. (1998) ist es bei quantitativen Studien üblich die statistische Signifikanz der Ergebnisse anzugeben. Nur aufgrund von Mittelwerten und Prozentsätzen sei es kaum möglich, die Wichtigkeit der Ergebnisse festzustellen. Die fehlende Signifikanzberechnung wird bei dieser Studie demnach stark bemängelt. Die gesamte Studie wird als qualitativ eher schlecht eingestuft.

Die Studie von **Jenkins et al. (1993)** ist eine semi-prospektive Fall-Kontrollstudie und gehört somit dem Evidenzlevel III (Stahl, 2008) an. Auch in dieser Studie wird die Frage der Randomisierung aufgeworfen. Aufgrund der Überzeugung, dass die freiwillige Teilnahme die Hypnotisierbarkeit erhöht, wurden die Teilnehmerinnen nicht randomisiert zugeteilt. Eine Hauptlimitation der Studie ist die sehr hohe Ausfallquote von einem Drittel der Frauen mangels Interesse. Gemäss Stahl (2008) muss eine hohe Ausfallquote am Ergebnis der Studie zweifeln lassen, insbesondere wenn die Teilnehmerinnen, welche aus der Studie ausscheiden, sich systematisch von den anderen unterscheiden würden. In der Studie von Jenkins et al. (1993) ist dies der Fall, da nur diese Frauen bis zum Schluss dabei waren, welche hoch motiviert waren. Dies beeinflusst das Ergebnis stark, steht jedoch auch in

Beziehung zur Diskussion über die Hypnotisierbarkeit, welche von den Autoren der Studie im Zusammenhang mit der Motivation steht. Die Güte der Studie wird zudem beeinflusst von zwei Merkmalen der Interventions- und Kontrollgruppe. Deutlich mehr Frauen der Kontrollgruppe waren Singles. Zudem lag das durchschnittliche Alter vier Jahre unter dem der Interventionsgruppe. Gemäss Stahl (2008) sollen sich die beiden Vergleichsgruppen in ihren Merkmalen nicht zu stark unterscheiden, da die Ergebnisse beeinflusst werden können. Das Merkmal ‚Single‘ kann insofern zu einer Verzerrung führen, da diese Frauen mit grösserer Wahrscheinlichkeit keine Begleitung bei der Geburt haben und ihre Fähigkeit mit dem Schmerz umzugehen somit herabgesetzt sein kann. Aus der Sicht von Northrup (2008) führt eine fehlende Unterstützung während der Geburt zu mehr Risiken und längeren Geburten. Diese Aussage wird von Rosenberger (2007) bestätigt. Sie beschreibt, dass die Zuwendung unter der Geburt der Gebärenden mehr Sicherheit vermittelt. Die Ergebnisse der Studie von Jenkins et al. (1993) müssen aufgrund der Limitationen mit Vorsicht betrachtet werden. Sie wird von den Autorinnen dieser Arbeit in ihrer Qualität als mangelhaft eingestuft.

### **5.3 Rückbezüge zur Theorie und dem Angst-Spannung-Schmerz-Modell**

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird auf die positiven Einflüsse der Selbsthypnose in der Geburtshilfe eingegangen. Lorenz-Wallacher (2003) schreibt beispielsweise, dass die Selbsthypnose zu einer Verkürzung der EP führt. Dies wird in den untersuchten Studien einheitlich bestätigt. Die qualitativ sehr gute und auf hohem Evidenzlevel stehende Studie von Harmon et al. (1990) konnte eine signifikante Verkürzung der EP um durchschnittlich 169 Min. nachweisen. Weitere drei Studien zeigen Ergebnisse in dieselbe Richtung, welche jedoch nicht alle statistisch signifikant sind.

Des Weiteren wird in der Theorie auf die Selbsthypnose als Mittel zur Anästhesie eingegangen. Verschiedene Sachbücher berichten von Erfolgen der Selbsthypnose auf die Schmerzausschaltung (Burkhard, 1990; Meinhold, 1997, Bongartz et al., 1988; Lorenz-Wallacher, 2003). Die untersuchten Studien belegen diese Aussagen. Insbesondere im qualitativ sehr guten RCT von Harmon et al. (1990) konnte ein signifikant tieferer Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt

festgestellt werden. Ebenso zeigt die Studie ein signifikant tieferes Schmerzempfinden bereits in der Geburtsvorbereitung mit Selbsthypnose auf. Alle weiteren zu diesem Aspekt untersuchten Studien zeigen die gleichen Ergebnisse auf, sind jedoch nicht von gleich guter wissenschaftlicher Qualität.

Lorenz-Wallacher (2003) beschreibt weitere Vorteile der Selbsthypnose wie beispielsweise die schnellere Erholung sowie die grössere Zufriedenheit postpartum. Dies konnte in der Studie von Hüsken-Janssen et al. (2005) bestätigt werden. Frauen in der Interventionsgruppe erholten sich schneller postpartum und fühlten sich glücklicher und zufriedener als Frauen der Kontrollgruppe. In der qualitativ guten Studie von Guse et al. (2006) konnten statistisch wie auch praktisch signifikante Ergebnisse festgestellt werden. Frauen der Interventionsgruppe fühlten sich schneller gestärkt, gaben ein grösseres psychisches Wohlbefinden an und hatten ein höheres Selbstwertgefühl. Ebenso ist bemerkenswert, dass diese Frauen tiefere Scores im EPDS aufwiesen. Diese Ergebnisse decken sich mit Aussagen in Sachbüchern (Lorenz-Wallacher, 2003; Mongan, 2010).

Ein zentraler Punkt in der geburtshilflichen Hypnosetherapie stellt das Angst-Spannung-Schmerz-Modell nach Dick-Read (1972) dar. Es soll möglich sein, mittels Selbsthypnose diesen Kreislauf zu durchbrechen (Mongan, 2010; Lorenz-Wallacher, 2003; Schmid, 2005). Von dieser Annahme gingen auch die Autoren der multizentralen Studie in Deutschland aus (Hüsken-Janssen et al., 2005). In Anbetracht ihrer Ergebnisse gehen sie davon aus, dass der Kreislauf mittels Selbsthypnose durchbrochen werden könne. Dieselbe Ansicht vertreten auch Harmon et al. (1990). Sie gehen davon aus, dass sich durch die Entspannung mittels Selbsthypnose das Gewebe und die Muskeln des Uterus entspannen würden. Daraus resultierend würde sich der Muttermund schneller öffnen und die Schmerzen sich verringern. Diese Outcomes konnten in der Studie signifikant belegt werden. Auch die Studie von Guse et al. (2006) bestätigt das Angst-Spannung-Schmerz-Modell (Dick-Read, 1972). Frauen der Interventionsgruppe konnten durch die Selbsthypnose Ängste abbauen und Selbstvertrauen gewinnen. Die Autorinnen dieser Arbeit sehen das Angst-Spannung-Schmerz-Modell durch die verschiedenen Ergebnisse der untersuchten Studien bestätigt. Weitere Forschung ist dennoch nötig um ein vollumfassendes Bild über den Kreislauf und dessen Durchbrechung mittels

Selbsthypnose zu erhalten. Die Frage bleibt nämlich offen, ob es tatsächlich möglich ist mit Hilfe der Selbsthypnose eine völlig schmerzfreie – ja sogar lustvolle – Geburt zu erleben, wie sie in einigen Büchern beschrieben wird (Langer, 2011; Gaskin, 1989, 2003).

In der Theorie werden einige Nachteile der Selbsthypnose beschrieben. Es wird jedoch nur in einer Studie ein möglicher Nachteil diskutiert. Ähnlich wie Lorenz-Wallacher (2003) bemerken auch Hüsken-Janssen et al. (2005) in ihrer Studie, dass die Erwartungshaltung der Frauen das subjektive Geburtserleben beeinflussen kann. 45 % der Frauen in der Interventionsgruppe empfanden die Geburt als ‚Schlimmer als erwartet‘. Das Ergebnis in der Kontrollgruppe ist jedoch noch ungünstiger (56.5 %). Das Ergebnis kann demzufolge nicht auf die Selbsthypnose zurückgeführt werden, da es in der Kontrollgruppe deutlich schlechter ausfiel. Vielmehr wird diese Erwartungshaltung damit in Verbindung gebracht, dass es sich um Nulliparae handelt, welche noch keinerlei Erfahrungen haben und somit nicht wissen, was auf sie zukommt. In keiner weiteren Studie wurden Nachteile oder negative Auswirkungen der Selbsthypnose beschrieben oder wissenschaftlich dargelegt.

## **5.4 Allgemeine Diskussionspunkte**

### **5.4.1 Randomisierung vs. freiwillige Teilnahme**

Das Hauptaugenmerk wird hier auf das Studiendesign gelegt, da sich hierbei zwei kontroverse Meinungen herauskristallisiert haben. Drei Studien sind RCT's (Harmon et al., 1990; Guse et al., 2006; Martin et al., 2001), während in den vier anderen die Probandinnen freiwillig teilnahmen. Jenkins et al. (1993) weisen darauf hin, dass es sinnvoll sei Studien ohne Randomisierung durchzuführen. Sie gehen davon aus, dass eine gewisse Motivation nötig sei, damit die Selbsthypnose überhaupt Erfolg erzielen könne. Auf diese Aussage stützen sich zwei weitere Studien (Hüsken et al., 2005; Brann et al., 1987).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Motivation die Suggestibilität positiv beeinflusst und dadurch die Selbsthypnose erleichtert (Lorenz-Wallacher, 2003). Dennoch kann ein RCT Resultate von höherem Evidenzlevel darlegen

und wäre demzufolge auch für die Untersuchung der Selbsthypnose in der Geburtshilfe anzustreben (Stahl, 2008). Im Vergleich der Resultate zwischen RCT's und Studien mit freiwilliger Teilnahme konnte in der vorliegenden Arbeit kein bemerkenswerter Unterschied festgestellt werden. Es zeigt sich sogar, dass die RCT's von Harmon et al. (1990) und Guse et al. (2005) im Vergleich zu den anderen Studien mehr signifikante Ergebnisse erzielten. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass das wissenschaftlich auf sehr hohem Level stehende RCT auch für die Untersuchung der Selbsthypnose in der Geburtshilfe angewandt werden kann. Vielmehr sehen die Autorinnen dieser Arbeit offene Fragen im Zusammenhang mit der Suggestibilität, welche noch nicht abschliessend beurteilt wurden. Möglicherweise ist die Selbsthypnose für Frauen, welche als ‚hoch suggestibel‘ eingestuft werden, von grösserer Bedeutung als für Frauen, welche als ‚wenig suggestibel‘ eingestuft werden. Dies würde für die Praxis bedeuten, dass die Selbsthypnose nicht bei jeder Frau erfolgsversprechend angewendet werden kann.

#### **5.4.2 Suggestibilität**

Im theoretischen Hintergrund dieser Arbeit wird erwähnt, dass grundsätzlich jeder Mensch hypnotisierbar ist (Bongartz et al., 1988). Zehn Prozent der Menschen seien jedoch sehr gut hypnotisierbar und weitere zehn Prozent fast gar nicht. Alexander et al. (2009) fanden heraus, dass Schwangere höher suggestibel sind als nicht Schwangere. Es stellt sich nun die Frage, welchen Einfluss die Hypnotisierbarkeit auf die Wirkung der Selbsthypnose in der Geburtshilfe hat. In Anlehnung an Hilgard et al. (1975) beschreiben Jenkins et al. (1993), dass in einer Studie über Selbsthypnose die Suggestibilität von grosser Bedeutung ist, da man ohne diese zu berücksichtigen keine abschliessende Vorstellung von der Wirksamkeit der Selbsthypnose erhalten kann. Auch wird davon ausgegangen, dass das Ergebnis in Untersuchungen, welche freiwillige Teilnehmerinnen hat, verfälscht ist, da sich die Motivation positiv auf die Hypnotisierbarkeit auswirkt und somit zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann (Hilgard et al., 1994; zit. nach Hüsken-Janssen et al., 2005, S. 137). In der vorliegenden Arbeit untersuchten fünf der sieben Studien die Frauen der Interventionsgruppe auf ihre Hypnotisierbarkeit. Nur in zwei

Studien hatten diese Tests auch Konsequenzen, indem Frauen mit einer tiefen Suggestibilität ausgeschlossen wurden (Cyna et al., 2006; Guse et al., 2006) und in nur einer Studie wurden die Gruppen auf dieses Merkmal hin randomisiert (Harmon et al., 1990). In dieser Studie wird belegt, dass Frauen der Interventionsgruppe, welche zusätzlich der Gruppe ‚Hohe Suggestibilität‘ zugeteilt waren, grössere Erfolge in einigen Bereichen erzielten. Insbesondere im Wohlbefinden postpartum erreichten diese Frauen höhere Werte als alle anderen drei Gruppen. Keine Frau der Gruppe ‚Hohe Suggestibilität‘ in der Interventionsgruppe hatte erhöhte Werte im EPDS. Trotz dieser Ergebnisse konnte keine der untersuchten Studien abschliessend beurteilen, ob für den erfolgreichen Einsatz der Selbsthypnose in der Geburtshilfe ein gewisser Grad an Suggestibilität nötig ist oder nicht. In diesem Bereich sehen die Autorinnen dieser Arbeit einen erhöhten Forschungsbedarf zukünftiger Studien. Denn obwohl Schwangere möglicherweise suggestibler sind als nicht Schwangere, kann ein vollumfassendes Bild dieser Thematik erst gewonnen werden, wenn der Grad der Suggestibilität in weitere Untersuchungen miteinfliesst.

#### **5.4.3 Dauer und Anzahl der Interventionen**

In den untersuchten Studien variierten die Dauer und Anzahl der Interventionen teilweise stark. Die Hypnosositzungen dauerten von 20 bis 90 Minuten und reichten von vier bis sechs Sitzungen. Im Vergleich der unterschiedlichen Dauer und Anzahl der Sitzungen mit den jeweiligen Ergebnissen konnte jedoch kein bemerkenswerter Unterschied festgestellt werden. Der Inhalt, welcher den Frauen vermittelt wird, scheint demzufolge einen grösseren Stellenwert zu haben als die Dauer oder die Anzahl der durchgeführten Lektionen. Kritisch zu betrachten ist jedoch die fehlende Angabe über das Üben zu Hause. Viele Studien bemerken, dass die Frauen auch zu Hause weitergeübt haben. Es fehlen jedoch Angaben über die Häufigkeit und Intensität des Übens. Es wäre von grosser Bedeutung für die Praxis zu wissen, wie oft und wie lange die Frauen zu Hause mit welchem Inhalt geübt haben. Des Weiteren geht aus den Studien nicht hervor, ob Frauen, welche unter der Geburt eine Kassette zur Durchführung der

Selbsthypnose verwendeten, bessere Ergebnisse erzielten. In diesem Bereich sind weitere Untersuchungen nötig.

#### **5.4.4 Vergleichbarkeit**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aufgrund zahlreicher Limitationen in den verschiedenen Studien eine Vergleichbarkeit sowie eine Generalisierbarkeit nicht abschliessend möglich ist. Es lassen sich zwar Tendenzen feststellen, welche sich mit den Aussagen verschiedener Sachbücher decken, dennoch bestehen viele offene Fragen. Jede Studie belegt eine Korrelation der Variable ‚Selbsthypnose‘ mit den gemessenen Outcomes. Um jedoch die Kausalität vollumfänglich darstellen zu können, braucht es weitere gut durchgeführte experimentelle Studien.

## 6. Beantwortung der Fragestellung

Folgende Fragestellung wurde in ihre vier Aspekte unterteilt und untersucht: ‚Wie wirkt sich die Selbsthypnose bei Nulliparae, welche an keinen Nebenerkrankungen oder Risiken für die Geburt leiden, auf die Geburtsdauer, den Einsatz von Schmerzmitteln, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum aus, wenn sie geburtsvorbereitend und unter der Geburt angewendet wird?‘ Aus der im Diskussionsteil dargestellten kritischen Betrachtung der Ergebnisse sowie der Verknüpfung mit der Theorie wird deutlich, dass die Selbsthypnose einen positiven Einfluss auf alle untersuchten Aspekte hat. Die EP wird signifikant kürzer und der Schmerzmittelbedarf während der Geburt sinkt merklich. Das psychische Wohlbefinden postpartum kann durch den Einsatz der Selbsthypnose deutlich verbessert werden. Bei der Dauer der AP und ebenso beim subjektiven Geburtserleben gibt es zu wenig signifikante Ergebnisse, als dass sich zu diesen Aspekten eine evidenzbasierte Aussage machen liesse. Dennoch sind Tendenzen da, welche den positiven Einfluss der Selbsthypnose aufzeigen. Es wird jedoch ebenfalls deutlich, dass ein erhöhter Forschungsbedarf zu allen Aspekten der untersuchten Fragestellung besteht. Nicht alle Studien sind methodisch korrekt durchgeführt oder können eine evidenzbasierte Aussage möglich machen.

## 7. Theorie-Praxis-Transfer

Die vorliegende Arbeit zeigt einen Erfolg der Selbsthypnose in der Geburtshilfe auf. Trotz einiger Mängel in den Studien können gewisse Tendenzen festgestellt werden, die eine Empfehlung an die Praxis möglich machen. Die Ergebnisse aus den ausgewählten Studien lassen erkennen, dass die Selbsthypnose zu einem geringeren Einsatz von Schmerzmitteln, kürzerer EP und einem erhöhten psychischen Wohlbefinden postpartum führen kann. Obwohl in der Literatur mögliche Nachteile der Selbsthypnose beschrieben werden, zeigt keine der untersuchten Studien Nachteile oder eine negative Auswirkung dieser Methode in der Geburtshilfe auf. Dies macht die Selbsthypnose zu einer kosteneffizienten, nichtinvasiven Methode für Frauen, welche sich eine zusätzliche Geburtsvorbereitung wünschen. Die Selbsthypnose kann ein Instrument sein um Ängste abzubauen, Selbstvertrauen zu gewinnen und eine selbstbestimmte Geburt zu erleben. Die Geburtshilfe zeigt einen deutlichen Trend in Richtung PDA und medizinische Interventionen unter der Geburt (Schmid, 2005). Die Selbsthypnose kann diesem Trend entgegenwirken und im Beruf der Hebamme eine bereichernde Methode sein um werdende Mütter in diesem Prozess zu begleiten.

In der Schweiz gibt es bereits einige Anbieter von Selbsthypnose zur Geburtsvorbereitung. Viele von ihnen stützen sich auf die von Mongan (2010) begründete Methode HypnoBirthing®, die es seit 1989 gibt. Trotzdem beobachten die Autorinnen dieser Arbeit, dass sich insbesondere im Krankenhaus kaum eine Frau der Selbsthypnose bedient. Dies kann einerseits daran liegen, dass das Setting des Krankenhauses die Umsetzung der Selbsthypnose erschwert. Die vielen medizinischen Untersuchungen und Kontrollen können es der Frau erschweren, sich zu entspannen. Es kann jedoch auch daran liegen, dass das Angebot im Bereich der Selbsthypnose momentan noch sehr klein ist und wenige Frauen erreicht. Auch hat die hypnotische Geburtsvorbereitung einen erhöhten Zeitaufwand zur Folge (Lorenz-Wallacher, 2003). Dies kann für einige Frauen bereits ein möglicher Hinderungsgrund sein, sich mit der Selbsthypnose auseinanderzusetzen. Die Anwendung kann zudem dadurch erschwert werden, dass die betreuenden Fachpersonen nicht an den Erfolg der Selbsthypnose glauben oder zu wenig darüber wissen. Laut Lorenz-Wallacher (2003) haben viele Hebammen die Auffassung, dass

Frauen unter Hypnose nicht mehr klar denken und somit nicht kooperationsfähig sind. Das führt laut Lorenz-Wallacher (2003) dazu, dass die Hebamme die selbsthypnotische Trance ohne Grund unterbricht. Dies geschehe beispielsweise durch unnötige Fragen zum Schmerzempfinden. Diese Bedenken von Seiten der Hebammen wurden jedoch mehrfach widerlegt. Frauen in selbsthypnotischer Trance erleben die Geburt bewusst und sind jederzeit voll ansprechbar (Meinhold, 1997; Harmon et al., 1990). Die genannten Bedenken machen deutlich, dass Aufklärungsarbeit nötig ist. Eine gut dargelegte, evidenzbasierte Empfehlung an die Praxis kann zum Umdenken bewegen. Abbasi et al. (2009) machen in ihrer qualitativen Studie ebenfalls auf diesen Punkt aufmerksam. Es sei wichtig, dass bereits Hebammenschülerinnen bzw. Hebammenstudentinnen mit dem Thema Hypnose in der Geburtshilfe konfrontiert werden. Laut Grabowska (2003) besteht die Aufgabe der Hebamme darin, die Frau in der Ausübung der Selbsthypnose zu unterstützen indem sie versucht, äussere störende Einflüsse fernzuhalten. So könne erreicht werden, dass die Frau nicht aus der Selbsthypnose herausgerissen werde.

Laut Northrup (2008) sind viele Frauen nicht mehr in der Lage, aus den vielen Angeboten, Informationen und Erzählungen herauszuspüren, was für sie das Richtige ist in der Schwangerschaft und für die Geburt. Durch diese Informationsüberflutung könne es geschehen, dass die schwangere Frau sich ganz den Fachpersonen übergebe und keine Verantwortung für die Situation übernehmen möchte. Durch die Selbsthypnose kann ein Umdenken erreicht werden. Die Frauen können Vertrauen in ihren Körper gewinnen und Selbstverantwortung übernehmen. Dies entlastet einerseits die Frau, kann jedoch auch die Hebammenarbeit erleichtern. Laut Schmid (2005) muss die Hebamme sich genauso mit dem Geburtsschmerz auseinandersetzen und sich klar machen, welche Vorstellungen von einer Geburt sie hat. Oft sei es so, dass die Hebamme nicht fähig sei, die Frau unter der Geburt empathisch zu begleiten, weil sie mit der Situation und dem Ausdruck von Schmerz überfordert sei. Wenn die Selbsthypnose vermehrt während der Schwangerschaft und im Gebärsaal angewendet würde, könnten sich viele Hebammen durch die Begleitung der Frau dem eigenen Denken und Handeln während der Geburt wieder neu bewusst werden. Insbesondere durch die vielen positiven Suggestionen, welche in der Selbsthypnose benutzt werden, kann eine positivere Einstellung zur Geburt bei der Frau aber auch bei der Hebamme erreicht werden. Somit kann durch die

Anwendung der Selbsthypnose das gesamte Geburtsgeschehen lockerer und zuversichtlicher werden (Mongan, 2010). Dies schafft eine Atmosphäre, welche für die Geburt von grosser Bedeutung ist (Schmid, 2005).

## **8. Schlussfolgerung**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war anhand eines Literaturreviews die Auswirkung der Selbsthypnose auf die Geburtsdauer, den Schmerzmitteleinsatz, das subjektive Geburtserleben und das psychische Wohlbefinden postpartum darzulegen. Die Ergebnisse aus den gewählten Studien stimmen mehrheitlich mit den Aussagen aus Fachbüchern überein. Laut Waldenström, Borg, Olsson, Sköld & Wall (1996) gehören die Geburtsdauer, medikamentöse Eingriffe unter der Geburt und das Empfinden des Schmerzes zu den wichtigsten Parametern, welche schlussendlich das psychische Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Mütter ausmachen. Einerseits konnte in den untersuchten Studien eine Erleichterung in den von Waldenström et al. (1996) genannten Bereichen festgestellt werden. Andererseits wurde aber auch das psychische Wohlbefinden postpartum direkt untersucht (Guse et al., 2006). Diese Studie weist bedeutende Verbesserungen im psychischen Wohlbefinden postpartum auf, wenn Frauen sich mittels Selbsthypnose auf die Geburt vorbereitet haben. Die Ergebnisse sind nicht alle von gleich hoher wissenschaftlicher Evidenz und lassen trotz einheitlicher Aussage einige Fragen für die Zukunft offen. Diese werden nachfolgend genauer betrachtet.

### **8.1 Empfehlungen für weitere Forschung / offene Fragen**

In Anbetracht der Limitationen der Studien besteht ein Forschungsbedarf insbesondere in der Durchführung der Studien. Ein RCT mit einem grösseren Sample könnte offene Fragen abdecken und bestehende Ergebnisse untermauern. Bei weiteren Studien mit kleiner Teilnehmerinnenzahl sollte die Effektstärke berechnet und berücksichtigt werden.

Eine offene Frage stellt die Prüfung der Suggestibilität dar. Nur eine Studie hat dieses Merkmal in die Randomisierung aufgenommen (Harmon et al., 1990). Daraus kann keine abschliessende Beurteilung über den Einfluss der Suggestibilität gemacht werden. Dies sollte in weiteren Studien berücksichtigt werden.

Bei den Aspekten subjektives Geburtsempfinden und psychisches Wohlbefinden postpartum könnte allenfalls eine qualitative Studie einige offene

Fragen zum Erleben der Frau oder auch zum subjektiven Schmerzempfinden abdecken. Es wäre zudem interessant zu wissen, inwiefern die einzelnen Suggestionen das Geschehen beeinflussen und ob durch Einfließen lassen von Suggestionen zur guten Erholung postpartum, postpartalen Depressionen vorgebeugt werden kann. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass das fetale Outcome einen erheblichen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Mutter hat (Salis, B, 2008, Illing, S, 2008). In der vorliegenden Arbeit wird nicht spezifisch auf das fetale Outcome eingegangen. Es wäre jedoch in weiteren Forschungen interessant, den Einfluss der Selbsthypnose auf das fetale Outcome im Bezug zum psychischen Wohlbefinden der Mutter sowie die längerfristige Entwicklung der Kinder zu beobachten.

In keiner Studie wurde die Atmosphäre oder das Umfeld in die Auswertung miteinbezogen. Brann et al. (1987) bemerken in ihrer Studie lediglich, dass Frauen, welche eine Hausgeburt durchgeführt hatten, positivere Ergebnisse mit der Hypnose erzielten. Möglicherweise hat die Umgebung einen Einfluss auf das positive Gelingen der Selbsthypnose. Laut Odent (2010) sind Ruhe und Abgeschlossenheit während der Geburt von grosser Wichtigkeit, da jede Störung eine Stimulation des Neokortex hervorruft. Dies verunmöglicht eine vollständige Hingabe der Frauen an das Geburtsgeschehen. Die teilweise hektische Atmosphäre im Krankenhaus erschwert möglicherweise die Umsetzung der Selbsthypnose. Hier sehen die Autorinnen dieser Arbeit einen erhöhten Forschungsbedarf.

In der vorliegenden Arbeit stammen nur drei Studien aus Europa. Es ist wichtig, mehr Studien in Europa und auch in der Schweiz durchzuführen, da die Geburtshilfe in jedem Land anders praktiziert wird und es fraglich ist, ob die Ergebnisse sich eins zu eins in die Schweiz übertragen lassen.

In einem Studienprotokoll berichten Cyna et al. (2006) über ein geplantes RCT, welches ungefähr 350 Frauen umfasst. Unter Anwendung des CIS wird die Hypnotisierbarkeit der Teilnehmerinnen geprüft. Verschiedene Outcomes wie unter anderem Schmerzmittelbedarf, Geburtsmodus, Apgar, postpartale Depression und subjektives Geburtserleben werden untersucht. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung

dieser Arbeit sind jedoch noch keine Ergebnisse dieser Studie veröffentlicht. Weitere geplante Studien sind momentan nicht bekannt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Bereich der Selbsthypnose in der Geburtshilfe weitere Forschung nötig ist, um eine abschliessende Aussage und evidenzbasierte Empfehlungen an die Praxis machen zu können.

## Literaturverzeichnis

- Abbasi, M., Ghazi, F., Barlow-Harrison, A., Sheikvhatan, M. & Mohammadyari, F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant woman. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 174-183.
- Alexander, B., Turnbull, D. & Cyna, A. (2009). The Effect of Pregnancy on Hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(1), 13-22.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (1988). *Hypnose. Wie sie wirkt und wem sie hilft*. Zürich: Kreuz Verlag.
- Brann, L.R. & Guzvica, S.A. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: a feasibility study in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 437-440.
- Brown, C.B. & Hammond, D.C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 355-371.
- Burkhard, P. (1990). Hypnotische Phänomene. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 24-64). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Cluett, E. (2003). Experimentelle Forschung. In E.R. Cluett & R. Bluff (Hrsg.), *Hebammenforschung. Grundlagen und Anwendung* (S. 61-96). Bern: Verlag Hans Huber.
- Crafter, H. (2003). Psychologische Aspekte des Wehenschmerzes während der normalen Geburt. In M. Yerby (Hrsg.), *Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe* (S. 67-87). Bern: Verlag Hans Huber.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505-511.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. (2006). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesthesia and Intensive Care*, 34, 464-469.
- Dick-Read, G. (1972). *Mutterwerden ohne Schmerz. Die natürliche Geburt* (19. Aufl.). Hamburg: Hoffman und Campe Verlag.

- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, J. (2006). *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. Ein evidenzbasiertes Handbuch für Hebammen und GeburtshelferInnen* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Gaskin, I.M. (1989). *Spirituelle Hebammen* (2. Aufl.). München: Heinrich Hugendubel Verlag.
- Gaskin, I.M. (2003). *Die selbstbestimmte Geburt*. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.
- Grabowska, G. (2003). Alternative Methoden der Schmerzerleichterung. In M. Yerby (Hrsg.), *Schmerz und Schmerzmanagement in der Geburtshilfe* (S. 127-148). Bern: Verlag Hans Huber.
- Guse, T., Wissing, M. & Hartman, W. (2006). The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 163-177.
- Harder, U. (2007) Phasen der Geburt. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde* (S.241-242). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Harmon, T.M., Hynan, M.T. & Tyre, T.E. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 525-530.
- Hüsken-Janssen, H., Revenstorf, D. & Tinneberg, H. (2005). *Hypnotherapeutische Geburtsvorbereitung. Studie zur Wirksamkeit der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Hüsken-Janssen, H., Revenstorf, D. & Tinneberg, H. (2005). Childbirth preparation through the hypnoreflexogenous protocol developed by Schauble. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 211(4), 162-164.
- Illing, S. (2008) Soziale, psychische und ethische Probleme. In S. Illing (Hrsg.), *Kinderheilkunde für Hebammen* (S. 311-317). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Jenkins, M.W. & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 100(3), 221-226.
- Kaiser Rekkas, A. (2001). *Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Praxisbezogenes Lehrbuch für die Ausbildung* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Katholische Bibelanstalt (Hrsg.) (1980) *Die Bibel. Einheitsübersetzung der Heiligen Schrift*, Stuttgart: Katholische Bibelanstalt.

- Langer, M. (2011). Psychosomatik in der Geburtshilfe. In H. Schneider, P. Husslein & K.T.M. Schneider (Hrsg.), *Die Geburtshilfe* (S.1140-1154). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Quantitative Review Form Guidelines*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantform.pdf>
- Leboyer, F. (2006). *Atmen, Singen, Gebären*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Lorenz-Wallacher, L. (2003). *Schwangerschaft, Geburt und Hypnose. Selbsthypnosetraining in der modernen Geburtsvorbereitung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Martin, A.A., Schauble, P.G., Rai, S.H. & Curry, R.W.jr. (2001). Effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *Journal of Family Practice*, 50, 441-443.
- Mehl-Madrona, L.E. (2004). Hypnosis to facilitate uncomplicated birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46(4), 299-312.
- Meinhold, W.J. (1997). *Das grosse Handbuch der Hypnose. Theorie und Praxis der Fremd- und Selbsthypnose* (6. Aufl.). Kreuzlingen: Ariston Verlag.
- Mongan, M.F. (k.D.). *Geburtshypnose – eine Einführung in die Theorien und Grundregeln der Hypnose. Studienführer und Arbeitsbuch*. Epsom: HypnoBirthing® Institute.
- Mongan, M.F. (2010). *Hypnobirthing. Der natürliche Weg zu einer sicheren, sanften und leichten Geburt* (2. Aufl.). Murnau a. Staffelsee: Mankau.
- Morren, R. (o.D.). *Selbsthypnose-Anleitung von Raymond Morren*. Heruntergeladen von <http://www.hypnoseland.eu/selbsthypnose/pdf/anleitung-morren.pdf>
- Münch, F. (1990). Geburtshilfe. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S.355-362). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Neff Seitz, A.M. (2007). *PDA – Segen oder Fluch für die Frau?* Heruntergeladen von [http://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx\\_frppublikationen/Neff\\_Seitz\\_2007\\_PD A\\_doc-19.pdf](http://www.gesundheit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/Neff_Seitz_2007_PD A_doc-19.pdf)
- Northrup, C. (2008). *Frauenkörper, Frauenweisheit. Wie Frauen ihre ursprüngliche Fähigkeit zur Selbstheilung wiederentdecken können* (12. Aufl.). München: Verlag Zabert Sandmann.

- Odent, M. (2010). *Die Natur des Orgasmus. Über elementare Erfahrungen*. München: Verlag C.H. Beck.
- Pschyrembel®. *Klinisches Wörterbuch* (260. Aufl.). Berlin; New York: de Gruyter 2004.
- Psychological Well-being. (2011). In *The Oxford Reference Online*. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/views/ENTRY.html?entry=t161.e5636&srn=1&ssid=414524906#FIRSTHIT>
- Ripper, K. (2003). *Hypnose und Geburt: Einfluss von psychologischer Geburtsvorbereitung auf Geburt und postpartale Depression* (Unveröffentlichte Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Sozialwissenschaften) Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Rosenberger, C. (2007) Möglichkeiten der Schmerzerleichterung. In C. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde* (S. 294-298). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Salis, B. (2008) Die Erstversorgung des Neugeborenen. In S. Illing (Hrsg.), *Kinderheilkunde für Hebammen* (S. 2-6). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Schäfers, R. (2010). Schmerzmanagement. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Geburtsarbeit. Hebammenwissen zur Unterstützung der physiologischen Geburt*. (S. 36-56). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Schmid, V. (2005). *Der Geburtsschmerz. Bedeutung und natürliche Methoden der Schmerzlinderung*. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Selbsthypnose. (2011). In *Pschyrembel klinisches Wörterbuch – Online*. Heruntergeladen von [http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch302593431423&startbk=pschyrembel\\_ppp&bk=pschyrembel\\_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node\\_id%3D%27527627%27%5D&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_ppp\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D'ppp\\_artikel12839928'%5D](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch302593431423&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%27527627%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel12839928'%5D)
- Simon, E.P. & Schwartz, J. (1999). Medical hypnosis for hyperemesis gravidarum. *Birth*, 26(4), 248-254.
- Stahl, K. (2008). Evidenzbasiertes Arbeiten. *Hebammen Forum – Das Magazin des Bundes Deutscher Hebammen e.V.*, 2, 23-31.
- Vande Vusse, L., Irland, J., Berner, M., Fuller, S. & Adams, D. (2007). Hypnosis for Childbirth: A Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(2), 109-119.

Waldenström, U., Borg, I., Ollson, B., Sköld, M. & Wall, S. (1996). *The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers*. BIRTH, 23(3), 144-153.

Weltgesundheitsorganisation. (2009). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*.

Heruntergeladen von <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

## **A) Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Angst-Spannung-Schmerz-Kreislauf.

Modifiziert nach Dick-Read (1972).

## **B) Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Psychisches Wohlbefinden postpartum. Vergleich der Interventions- und Kontrollgruppe zwei Wochen postpartum.

Guse, T., Wissing, M. & Hartman, W. (2006). The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 163-177.

## **C) Wortzahl**

Abstract:	248 Wörter
Arbeit exkl. Tabellen, Fussnoten, Abbildungen und Anhängen:	12'346 Wörter

## D) Glossar

<b>Affectometer 2 Short Form (AFM)</b>	Affectometer 2 ist eine fünf minütige Bestandesaufnahme des generellen Glücks oder des Gefühls von Wohlbefinden und misst die Balance zwischen positiven und negativen Gefühlen in vorausgegangenen Erfahrungen.
<b>Amnesie</b>	Erinnerungslosigkeit
<b>Analgesie</b>	Ausschalten von Schmerzen als Schmerztherapie. Im Gegensatz zur Anästhesie bleibt dabei jedoch die Berührungsempfindlichkeit erhalten.
<b>Anästhesie</b>	Zustand der Empfindungslosigkeit zwecks einer diagnostischen oder operativen Massnahme sowie das medizinische Verfahren um diesen Zustand der Schmerzfreiheit zu erreichen.
<b>Appgar</b>	Punkte-Schema zur Überprüfung und Dokumentation der Anpassung eines Neugeborenen vom intrauterinen an das extrauterine Leben. Es umfasst die fünf Komponente Herzfrequenz, Atemanstrengung, Reflexauslösbarkeit, Muskeltonus und Hautfarbe. Diese werden eine Minute, fünf Minuten und zehn Minuten postpartum gemessen.
<b>Childbirth Perceptions Questionnaire (PLD)</b>	Der PLD gibt Auskunft über die Zufriedenheit mit der Geburt und die Empfindung von persönlicher Kontrolle über den Schmerz während der Geburt im Zusammenhang mit den Vorstellungen vor der Geburt.
<b>Conditio sine qua non</b>	Wörtlich: ‚Bedingung, ohne die nicht.‘ Ein lateinischer Ausdruck, der eine Methode in der Rechtswissenschaft sowie der Philosophie beschreibt anhand derer festgestellt wird, ob ein Vorgang oder eine Handlung ursächlich für eine bestimmte Tatsache ist.
<b>Creative Imagination Scale (CIS)</b>	Skala zur Erfassung der Hypnotisierbarkeit.
<b>Desuggestion</b>	Eine zuvor erhaltene Suggestion wieder auflösen
<b>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</b>	Die EPDS wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt zu entdecken (Hebammenbesuch, Stillberaterinnen, Kinderärzte, praktische Ärzte). Dieser Fragebogen schliesst körperliche Symptome aus, die nach der Geburt häufig vorkommen (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und in dieser Phase nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind.
<b>Ego State Therapie</b>	Psychotherapeutische Methode aus der Traumatherapie. Menschen, die ein Trauma erlitten, entwickeln zum Schutz ihrer Persönlichkeit Abwehrmechanismen gegen die mit der Verletzung verbundenen Schmerz- und Angstgefühle. Einige tun dies, indem sie ihre Persönlichkeit in verschiedene Ich-Anteile (englisch: Ego States) ‚aufteilen‘. Dies geschieht zunächst fast immer unbewusst. Die Ego State Therapie hilft den Betroffenen, diese Ich-Anteile wieder besser in Richtung einer ganzheitlichen Persönlichkeit miteinander zu verbinden.
<b>Episiotomie</b>	Dammschnitt
<b>Ericksonian approach</b>	Ericksons Ansatz hat zum Ziel, die durch starre Schemata und Denkmuster begrenzte Fähigkeit des Bewusstseins zu erweitern, indem der Hypnotiseur durch spezielle verbale und non-verbale Techniken es dem Unbewussten ermöglicht, die führende Rolle einzunehmen. Gleichzeitig wird es dem Bewusstsein ermöglicht, die unbewussten Selbstheilungskräfte und kreativen Ressourcen zu akzeptieren und zu integrieren.
<b>Gemini</b>	Zwillinge

<b>Generalized Self-Efficacy Scale (GSE)</b>	Die Skala misst die subjektive Überzeugung, kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Dabei wird an neue oder schwierige Situationen aus allen Lebensbereichen gedacht sowie an Barrieren, die es zu überwinden gilt. Die GSE soll die konstruktive Lebensbewältigung vorhersagen.
<b>Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSS)</b>	Die Harvard Group Scale (HGSS) wird in grossen Gruppen angewandt und misst, wie gut eine Person hypnotisiert werden kann.
<b>Heterohypnose</b>	Hypnose, die mit Hilfe eines Therapeuten (Hypnotiseur) durchgeführt wird.
<b>Hyperemesis gravidarum</b>	Übermässige Übelkeit in der Schwangerschaft.
<b>Hypermnésie</b>	Erinnerung an kleinste Details lange zurückliegender Ereignisse.
<b>Hypnoreflexogene Methode nach Schauble</b>	Die hypnoreflexogene Methode der Geburtsvorbereitung nach Paul Schauble hat die Überwindung des Angst-Spannung-Schmerz-Kreislaufes (Dick-Read, 1972) zum Ziel. Die drei Säulen des HR-Programms: Kognitive Umstrukturierung (das Ersetzen negativ konditionierter Begriffe durch neutrale), die tiefe Entspannung und das mentale Training des Geburtsprozesses in der hypnotischen Trance mittels Hypnoseprotokoll.
<b>IPT (ischemic pain task)</b>	Mittels einer Blutdruckmanschette, welche kontinuierlich aufgepumpt wird, wird ein ischämischer Schmerz hervorgerufen, welcher den Geburtsschmerz simulieren soll. Ziel des Instruments ist es, den Umgang mit diesem Schmerz zu verbessern.
<b>Ischämischer Schmerz</b>	Blutleere in Gewebe oder Organen, welche zu einem Schmerz führt. Ursächlich ist eine mangelnde Blut- und damit Sauerstoffversorgung.
<b>Katalepsie</b>	Extreme Haltung; kann fast ohne Ermüdung über lange Zeit ausgeführt werden.
<b>Kritischer Faktor</b>	Der kritische Faktor ist eine Instanz des Bewusstseins. Seine Aufgabe liegt darin neue Informationen mit alten Glaubenssätzen im Unterbewusstsein zu vergleichen. Widersprechende Wahrnehmungen und Erfahrungen werden zurückgewiesen und gelangen nicht in das Unterbewusstsein. Unerwünschte Eindrücke werden nicht aufgenommen. Somit bleiben die bereits entwickelten Gewohnheiten und Emotionen intakt. Mittels Hypnose kann der kritische Faktor umgangen werden.
<b>Lachgas</b>	Synthetisches Narkotikum, gehört zu den dissoziativen Drogen; löst Entspannung, Euphorie, optische und akustische Wahrnehmungsveränderungen und Verlust des Zeitgefühls aus.
<b>Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ)</b>	Der MPQ wird angewandt um die Schmerzen einer Person zu evaluieren. Anhand des MPQ können die Schmerzen über einen Zeitraum erfasst und die Effektivität der Intervention beurteilt werden.
<b>Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)</b>	Der MMPI ist einer der weltweit am häufigsten verwendeten Persönlichkeitstests in der klinischen Psychologie und Psychiatrie. Er dient als Hilfsmittel bei der Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur, insbesondere bei psychischen Störungen.
<b>Muttermundsdilatation</b>	Muttermundseröffnung
<b>Neokortex</b>	Der Teil des Gehirns in dem Verstandesprozesse ablaufen und uns zu Rationalität und Wissenschaftlichkeit befähigt. Der Neokortex bildet etwa 90 % der Oberfläche des Grosshirns. Eine Stimulation des Neokortex kann sich negativ auf den Geburtsprozess auswirken, da die Gebärende vom Fühlen ins Denken gelenkt wird.

<b>Nullipara</b>	Frau, die mit dem ersten Kind schwanger ist und noch nie geboren hat.
<b>Periduralanästhesie (PDA)</b>	Eine Form der Regionalanästhesie, bei der ein Narkosemittel mit Hilfe eines Katheters in den Periduralraum gespritzt wird. Dieses breitet sich entlang der Nerven aus und schaltet die Schmerzempfindung in den entsprechenden Regionen aus. In 90 % der Fälle kann eine vollständige Schmerzfremheit bei den Frauen erreicht werden.
<b>Pethidin</b>	Starkes vollsynthetisches Schmerzmittel der Gruppe Opioide.
<b>Postnatal, postpartum, postpartal</b>	Zeit nach der Geburt.
<b>Präeklampsie</b>	Umgangssprachlich als ‚Schwangerschaftsvergiftung‘ bekannt. Gehört zu den hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen und tritt im letzten Schwangerschaftsdrittel auf. Sie zeichnet sich durch die Leitsymptome Bluthochdruck, Ödeme und Proteinurie aus.
<b>Pränatal</b>	Zeit vor der Geburt.
<b>Primipara</b>	Frau, die bereits einmal geboren hat.
<b>Reliabilität</b>	Zuverlässigkeit
<b>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</b>	Der international bekannteste und weltweit meist verwendete Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Leben. Die SWLS misst die Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen.
<b>Sectio caesarea</b>	Kaiserschnitt
<b>Sense of Coherence Scale (SOC)</b>	Instrument zur Ermittlung des Kohärenzgefühls. Dieses besagt in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äussere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit grosser Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann. Das Kohärenzgefühl ist eine Bewältigungs-Ressource.
<b>Somatisch</b>	Den Körper betreffend.
<b>Suggestibilität</b>	Hypnotisierbarkeit
<b>The Maternal Self-Confidence Scale (MSC)</b>	Die MSC misst das mütterliche Selbstbewusstsein.
<b>The Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS)</b>	Test zur Messung der hypnotischen Suggestibilität.
<b>Vegetativ</b>	Das vegetative Nervensystem betreffend. Es steuert biologisch festgelegte, automatisch ablaufende Körperfunktionen.
<b>Vigilant</b>	Wachsam / aufmerksam
<b>Weheninduktion</b>	Künstliche Weheneinleitung.

### **E) Eigenständigkeitserklärung**

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Datum:

Unterschriften:

## **F) Danksagung**

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die uns bei dieser Arbeit in irgendeiner Form unterstützt und beraten oder aufgemuntert haben. Ohne diese grosse Unterstützung wäre die vorliegende Arbeit nur schwer zu realisieren gewesen. Namentlich erwähnen möchten wir folgende Personen:

Unsere betreuende Lehrperson Katrin Oberndörfer, die sich sehr engagiert mit unserer Arbeit befasste;

Alle Frauen, die uns ihre Erfahrungen und Berichte über ihre Hypnosegeburt anvertrauten und somit unseren Glauben an die leichtere Geburt in Hypnose bestärkt haben;

Unsere Freunde Elias Menzi und Stefan Zillig, die uns durch die Hochs und Tiefs wähen unserer Arbeit hinweg begleitet haben;

Alle Interessierten, die unsere Arbeit kritisch gelesen und ihr damit den letzten Schliff gegeben haben.

Ein spezieller Dank geht an unsere Eltern. Sie haben es uns ermöglicht überhaupt unseren Berufswunsch zu verfolgen und haben ein Studium für uns machbar werden lassen.

## Anhang

### 1. Studienanalyse

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
<p>Harmon, T.M., Hynan, M.T. &amp; Tyre, T.E. (1990). Improved Obstetric Outcomes Using Hypnotic Analgesia and Skill Mastery Combined With Childbirth Education. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 5, 525-530.</p> <p><b>Evidenzlevel nach Stahl (2008):</b> Ib</p>	<p>Quantitativ (Randomisierte kontrollierte Studie)</p> <p>Interventionsgruppe: 30 Nulliparae Kontrollgruppe: 30 Nulliparae</p> <p>In beiden Gruppen sind gleichviele Frauen der Kategorie „Tiefe Suggestibilität“ und „Hohe Suggestibilität“.</p> <p>Die Intervention fand am Ende des 2. Trimenon statt.</p> <p><b>System. Fehler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Teilnehmerinnen waren trotz Randomisierung hoch motivierte Freiwillige</li> </ul>	<p><b>Interventionsgruppe:</b> Sechs Lektionen normale Geburtsvorbereitung (selbe Inhalte wie in der Kontrollgruppe), zusätzlich sechs Trainings à 60 Min. in Selbsthypnose mit Einsatz des IPT mittels Blutdruckmessgerät; Audio-Kassette mit der Selbsthypnoseübung drauf für das tägliche Üben zu Hause.</p> <p><b>Kontrollgruppe:</b> Sechs Lektionen Geburtsvorbereitung mit Entspannungs- und Atemübungen mit Einsatz des IPT mittels Blutdruckmessgerät; Audio-Kassette mit den Übungen drauf zum täglichen Üben zu Hause.</p> <p><i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i></p>	<p>Varianzanalyse anhand MANOVA und ANOVA.</p> <p>Frauen in der Interventionsgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Unterschiede in den Untersuchungen vor der Intervention (MPQ, Schmerzempfinden mit IPT, MMPI)</li> <li>- Signifikant tieferes Schmerzempfinden mit IPT während der 3. und 4. Lektion</li> <li>- Frauen der Gruppe „Hohe Suggestibilität“ hatten signifikant tieferes Schmerzempfinden als Frauen der Gruppe „Tiefe Suggestibilität“</li> <li>- Signifikant kürzere EP (fünf cm – zehn cm Muttermunds dilatation)</li> <li>- Keinen Unterschied in der Dauer der AP</li> <li>- Signifikant tieferes Schmerzempfinden während der Geburt</li> <li>- Signifikant tieferer Einsatz von Medikamenten unter der Geburt (Wehenmittel, Schmerzmittel,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Randomisiertes Sample</li> <li>- Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt</li> <li>- guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt</li> <li>- Genaue Ein- und Ausschlusskriterien sind definiert</li> <li>- Stichprobe detailliert beschrieben</li> <li>- biases werden genannt</li> <li>- Beschreibung der Messgrößen sehr genau vorhanden</li> <li>- Instrumente zur Datenerhebung inkl. Quellen genau beschrieben; Reliabilität geprüft</li> <li>- Verblindung der involvierten Fachkräfte</li> <li>- Ethisches Vorgehen ist beschrieben; informed consent eingeholt</li> <li>- Genaue Beschreibung der Intervention; Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</li> <li>- angemessene Analyse der Daten</li> <li>- Hypnotisierbarkeit wurde geprüft → in beiden Gruppen gleichviele Frauen der Kategorien „Tiefe Suggestibilität“ und „Hohe Suggestibilität“</li> <li>- Verständliche und vollständige Darstellung der Ergebnisse</li> <li>- Grenzen der Studie werden aufgezeigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der genaue Zeitpunkt und Ort der Durchführung wird nicht genannt</li> <li>- kleines Sample</li> <li>- Stichprobengrösse nicht begründet</li> <li>- EP wird erst ab 5 cm MM Dilatation bis 10 cm MM Dilatation definiert → Generalisierbarkeit nur bedingt möglich</li> <li>- Drop-Out: 3 Frauen wurden ausgeschlossen aufgrund psychischer Probleme</li> </ul>

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
			<p>Beruhigungsmittel)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signifikant höhere 1 Min. und 5 Min. Apgar-Scores</li> <li>- Subjektives Geburtsempfinden signifikant besser</li> </ul> <p>Frauen der Interventionsgruppe, welche als „hoch suggestibel“ eingestuft wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- signifikant tieferes Schmerzempfinden während der Geburt als alle anderen Gruppen</li> <li>- signifikant tiefere Werte im EPDS postpartum als alle anderen Gruppen</li> </ul>	- angemessene Schlussfolgerung	

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Guse, T., Wissing, M. & Hartmann, W. (2006). The Effect of prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. <i>Journal of Reproductive Psychology</i> , 24(2), 163-177.  <b>Evidenzlevel nach Stahl (2008): Ib</b>	Quantitativ (Randomisierte kontrollierte Studie)  Interventionsgruppe: 23 Nulliparae Kontrollgruppe: 22 Nulliparae  Die Intervention begann zwischen der 24-38. SSW.  <b>System. Fehler</b> - einige Frauen der Interventionsgruppe sind mangels Zeit zur Kontrollgruppe gewechselt → Beeinflussung der Randomisierung und dadurch evtl. Kontamination - Verblindung der involvierten Fachkräfte nicht ersichtlich	<b>Interventionsgruppe:</b> Sechs Lektionen Training in Selbsthypnose auf der Basis von Ego State Therapie und Ericksonian Therapie (Dauer der einzelnen Sitzungen unbekannt).  <b>Kontrollgruppe:</b> Vorgehen nicht beschrieben.  <i>Mögliche Kontamination, da ein Wechsel von der Interventions- zur Kontrollgruppe stattfand. Ko-Interventionen ausgeschlossen.</i>	Analyse mittels two sample t-test  Frauen in der Interventionsgruppe: - <i>vor der Geburt:</i> signifikant höhere Scores im Depression-Scale sowie allgemein schlechteres Wohlbefinden - <i>2 Wo pp.:</i> Signifikant grösseres Wohlbefinden im Vergleich zu vor der Geburt.; signifikant mehr positive Gefühle gegenüber ihrem Baby - <i>2 sowie 10 Wo pp.:</i> Signifikant grösseres Wohlbefinden als die Kontrollgruppe; signifikant tiefere Werte im EPDS als die Kontrollgruppe - Stärkung des Selbstwertgefühls und der Mutterrolle geschah signifikant früher als in der Kontrollgruppe	- Randomisiertes Sample - Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt - Sehr guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt - Genaue Ein- und Ausschlusskriterien sind definiert - Stichprobe detailliert beschrieben - biases werden genannt - Beschreibung der Instrumente inkl. Quellen vorhanden - Reliabilität der Messinstrumente geprüft - Ethisches Vorgehen ist beschrieben; informed consent eingeholt - Genaue Beschreibung der Intervention; Ko-Interventionen ausgeschlossen - Rücklaufquote der Fragebogen bei 65% in der Kontrollgruppe bzw. 100% in der Interventionsgruppe - angemessene Analyse der Daten - Hypnotisierbarkeit wurde geprüft → Frauen mit sehr tiefer Hypnotisierbarkeit wurden ausgeschlossen - Ergebnisse werden ausführlich dargestellt - angemessene Schlussfolgerung	- Der Zeitraum und Ort der Durchführung wird nicht genannt - kleines Sample - Stichprobengrösse nicht begründet - Vorgehen in der Kontrollgruppe nicht beschrieben - Drop-Outs: 8 Frauen der Interventionsgruppe sind zur Kontrollgruppe gewechselt → Randomisierung beeinflusst, Generalisierbarkeit nicht möglich - eine mögliche Verblindung der involvierten Fachkräfte wird nicht genannt - Signifikanzniveau wird nicht benannt

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Martin, A.A., Schauble, P.G., Rai, S.H. & Whit Curry, R. (2001). The Effects of Hypnosis on the Labor Processes and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents. <i>The Journal of Family Practice</i> , 50, 441-443.  <b>Evidenzlevel nach Stahl (2008): Ib</b>	Quantitativ (Randomisierte kontrollierte Studie)  Interventionsgruppe: 22 Nulliparae Kontrollgruppe: 20 Nulliparae  Die Intervention begann zwischen der 20-24. SSW und dauerte ca. acht Wochen.  <b>System. Fehler</b> - Das Mass „Komplikationen“ beinhaltet Aspekte, welche nicht beeinflusst werden können (z.B. Gemini-Schwangerschaft) - Verblindung der Forschenden fehlt	<b>Interventionsgruppe:</b> Vier Lektionen Training in Selbsthypnose unter Miteinbezug von herkömmlichen geburtsvorbereitenden Informationen; die Hypnosesitzungen beinhalteten Elemente der Ego State Therapie sowie der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble (Dauer der einzelnen Sitzungen unbekannt).  <b>Kontrollgruppe:</b> Vier Lektionen Geburtsvorbereitung mit der Möglichkeit verschiedene soziale oder geburtshilfliche Anliegen zu besprechen.  <i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i>	Analyse mittels two-tailed Fisher's exact test  Frauen in der Interventionsgruppe: - Signifikant kürzerer Aufenthalt im Krankenhaus p.p. (1 Frau vs. 8 Frauen) - weniger Einsatz von Schmerzmitteln unter der Geburt sowie postpartum (nicht signifikant) - signifikant weniger operative Eingriffe (0 Frauen vs. 12 Frauen) - signifikant weniger Komplikationen (12 Frauen vs. 17 Frauen) - weniger Kinder hatten einen stationären Aufenthalt auf der Neonatologie-Abteilung (nicht signifikant)	- Randomisiertes Sample - Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt - guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt - biases werden teilweise genannt - Beschreibung der Messgrößen vorhanden - Stichprobe detailliert beschrieben - Verblindung der involvierten Fachkräfte - Ethisches Vorgehen ist beschrieben; informed consent eingeholt - Genaue Beschreibung der Intervention bzw. Verweis auf das verwendete Protokoll; Kontaminierung und Ko-Intervention ausgeschlossen - angemessene Analyse der Daten - angemessene Schlussfolgerung	- Ein- und Ausschlusskriterien werden nur teilweise genannt - Der Zeitpunkt der Durchführung wird nicht genannt - kleines Sample - Stichprobengrösse nicht begründet - Nur Frauen unter 18 Jahren berücksichtigt → Generalisierbarkeit nicht möglich - unter Komplikationen werden auch Ereignisse wie Gemini-Schwangerschaften, Präeklampsie etc. gezählt, was die Ergebnisse massgeblich beeinflusst. Es fehlt eine genaue Auflistung, wie viele Frauen, welche Komplikationen erlittenen - Drop-Outs: 3 Frauen zogen aus der Region weg, 2 Frauen füllten die Fragebögen nicht aus - Die Ergebnisse werden zuwenig ausführlich dargestellt

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Hüsken-Janssen, H., Revenstorf, D. & Tinneberg, H. (2005). <i>Hypnotherapeutische Geburtsvorbereitung. Studie zur Wirksamkeit der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble.</i> Frankfurt am Main: Peter Lang.	Quantitativ, multizentral ( <i>quasi-experimentelle Studie</i> )  Interventionsgruppe: 31 Nulliparae Kontrollgruppe: 70 Nulliparae  Interventionsgruppe: 12 Multiparae Kontrollgruppe: 51 Multiparae (für diese Arbeit nicht relevant)  Die Intervention begann im letzten Trimenon.	<b>Interventionsgruppe:</b> zusätzlich zum normalen Geburtsvorbereitungskurs sechs Trainings à ca. 90 Min., mit Inhalten der hypnoreflexogenen Methode nach Schauble (abgeänderte Form), CD zum Üben oder während Geburt hören (freiwillig).  <b>Kontrollgruppe:</b> Keine Intervention bzw. normale Geburtsvorbereitung falls erwünscht.  <i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i>	Interferenzstatistische und deskriptivstatistische Auswertung der Daten mittels x2-test  Frauen in der Interventionsgruppe: - kürzere EP (nicht signifikant) - kürzere AP (nicht signifikant) - signifikant weniger Einsatz von Schmerzmitteln - erfahren signifikant weniger Schmerzen unter der Geburt - Signifikant grösseres Wohlbefinden bzw. Erholung am Tag der Geburt - 52% der Frauen sind bereit diese Geburt nochmals durchzuführen vs. 35% in der Kontrollgruppe (nicht signifikant) - Geburt wird von Hebamme als unkomplizierter eingeschätzt (nicht signifikant) - Mehr Frauen fühlen sich „stolz, glücklich und zufrieden“ nach der Geburt (nicht signifikant) - Hatten eher das Gefühl, die Kontrolle über das Geburtsgeschehen zu	- Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt - Sehr guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt - Ort und genauer Zeitpunkt der Durchführung werden genannt - Beschreibung der Instrumente inkl. Quellen vorhanden - Stichprobe detailliert beschrieben - Verblindung der involvierten Fachkräfte (ausser Ärzte) - Ethisches Vorgehen ist beschrieben, informed consent eingeholt - biases werden genannt - Genaue Beschreibung der Intervention; Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen - Hypnotisierbarkeit wurde in der Interventionsgruppe geprüft - Beschreibung der Messgrößen vorhanden - angemessene Analyse der Daten - Ergebnisse werden ausführlich dargestellt - Grenzen der Studie werden aufgezeigt - angemessene Schlussfolgerung	- Keine randomisierte Gruppenzuteilung sondern freiwillige Teilnahme. Dies wird begründet und beruht auf der Annahme, dass Frauen, welche freiwillig teilnehmen mehr Motivation aufweisen und somit die Hypnotisierbarkeit erheblich steigt - Ein- und Ausschlusskriterien werden nur teilweise genannt - eher kleines sample - Stichprobengrösse nicht begründet - Fragebögen teilweise nicht retourniert, vor allem bei ambulanten Geburten, daraus ergaben sich Drop-outs (Anzahl unbekannt) - Reliabilität der Messinstrumente nicht geprüft
<b>Evidenzlevel nach Stahl (2008): IIb</b>	<b>System. Fehler</b> - Die Teilnehmerinnen waren Freiwillige				

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
--------------------------	---	----------------	--------------------------------	---------	--------

haben (nicht signifikant)

- 45% empfanden die Geburt als „schlimmer als erwartet“ vs. 56.5% in der Kontrollgruppe (nicht signifikant)

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. (2006). Antenatal Self-hypnosis for Labour and Childbirth: A Pilot Study. <i>Anaest Intensive Care</i> , 34, 464-469.	Quantitativ (quasi-experimentelle Studie) ( <i>Pilotstudie</i> )  Interventionsgruppe: 50 Nulliparae Kontrollgruppe: 1436 Nulliparae  Interventionsgruppe: 27 Multiparae Kontrollgruppe: 1813 Multiparae (für diese Arbeit nicht relevant)  Die Intervention begann nach der 35. SSW.	<b>Interventionsgruppe:</b> 4 Lektionen Training in Selbsthypnose à 40-60 Min. mit dem Fokus auf positive Suggestionen.  <b>Kontrollgruppe:</b> Keine Intervention bzw. normale Geburtsvorbereitung falls erwünscht.  <i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i>	Deskriptivstatistische Auswertung der Daten - Chi Square test - Fisher's exact test  Frauen in der Interventionsgruppe: - signifikant tieferer Einsatz der PDA - kein signifikanter Unterschied in der Anzahl elektiver Sectios und Notfall Sectios - signifikant mehr spontane Geburten ohne Einsatz der PDA - signifikant weniger Einsatz von Wehenmitteln	- Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt - guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt - Ort und genauer Zeitpunkt der Durchführung werden genannt - biases werden genannt - Beschreibung der Messgrößen vorhanden - Ethisches Vorgehen ist beschrieben; informed consent eingeholt - Genaue Ein- und Ausschlusskriterien sind definiert - Stichprobe detailliert beschrieben - keine Drop-Outs - Genaue Beschreibung der Intervention; Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen - angemessene Analyse der Daten - Hypnotisierbarkeit wurde geprüft → Ausschluss von Frauen mit sehr tiefer Hypnotisierbarkeit - Verständliche und vollständige Darstellung der Ergebnisse - Grenzen der Studie werden aufgezeigt - angemessene Schlussfolgerung	- Keine randomisierte Gruppenzuteilung sondern freiwillige Teilnahme. Die Autoren beschreiben, dass dies die Hauptlimitation der Studie sei - zu grosse Differenz in der Anzahl Teilnehmenden (50 Frauen in der Interventionsgruppe vs. 1436 Frauen in der Kontrollgruppe) - Stichprobengrösse nicht begründet - nur die PDA wird in den Resultaten aufgenommen ohne Einschluss anderer gebräuchlicher Schmerzmittel → Generalisierbarkeit nicht möglich - Keine Angaben über eine allfällige Verblindung der involvierten Fachkräfte
<b>Evidenzlevel nach Stahl (2008): IIb</b>	<b>System. Fehler</b> - Die Teilnehmerinnen waren Freiwillige; eine hohe Anzahl in der Interventionsgruppe wünschte sich eine „natürliche Geburt“ - nur die PDA wird als Mass verwendet, die herkömmlichen Schmerzmittel werden nicht untersucht - Verblindung der Fachkräfte nicht ersichtlich				

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Brann, L.R. & Guzvica, S.A. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: a feasibility study in general practice. <i>Journal of the Royal College of General Practitioners</i> , 37, 437-440.  <b>Evidenzlevel nach Stahl (2008):</b> IIb	Quantitativ (quasi-experimentelle Studie)  Interventionsgruppe: 22 Nulliparae Kontrollgruppe: 18 Nulliparae  Interventionsgruppe: 23 Primiparae Kontrollgruppe: 33 Primiparae (für diese Arbeit nicht relevant)  Die Intervention begann ca. ab der 28. SSW.  <b>System. Fehler</b> - Die Teilnehmerinnen waren Freiwillige - Verblindung der Fachkräfte nicht ersichtlich	<b>Interventionsgruppe:</b> zusätzlich zur normalen Geburtsvorbereitung wöchentlich die Möglichkeit für Hypnoseseitzungen à ca. 20 Min.; Möglichkeit das Programm auf Kassette zu kaufen, um zu Hause zu üben oder unter der Geburt zu hören. Basis bildete eine abgeänderte Form der Ego State Therapie.  <b>Kontrollgruppe:</b> zusätzlich zum normalen Geburtsvorbereitungskurs, 4 Psychoprophylaxe-Stunden, in denen hauptsächlich Atemtechniken angeschaut wurden.  <i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i>	Frauen in der Interventionsgruppe: - kürzere EP (496 Min. ± 234 Min. vs. 594 Min. ± 231 Min.) - längere AP (durchschnittlich 5 Min.) - höhere Zufriedenheit mit der Geburt - weniger Einsatz von Schmerzmitteln (40% vs. 35%) - gleich viele Spontangeburt - weniger Sectios (4% vs. 6%) - weniger Wehenmittel (4% vs. 8%) - höhere 1 Min. und 5 Min. Apgar-Scores - mehr Mütter stillten nach sechs Wochen ihre Kinder (60% vs. 50%)  → keine Berechnung der Signifikanz vorhanden	- Zielformulierung klar benannt - Guter Literaturüberblick und Forschungsstand - Ort und Zeitpunkt der Durchführung werden genannt - Stichprobengrösse detailliert beschrieben - biases werden teilweise genannt - Genaue Beschreibung der Intervention; Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen - Hypnotisierbarkeit wurde geprüft - Ergebnisse werden ausführlich dargestellt - Grenzen der Studie teilweise aufgezeigt - angemessene Schlussfolgerung	- Keine randomisierte Gruppenzuteilung sondern freiwillige Teilnahme. Dies wird begründet und beruht auf der Annahme, dass Frauen, welche freiwillig teilnehmen mehr Motivation aufweisen und somit die Hypnotisierbarkeit erheblich steigt - Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht genannt - kleines sample - Stichprobengrösse nicht begründet - keine Angaben über die Datenerhebung und eine allfällige Verblindung der involvierten Fachkräfte - Die Daten wurden nicht auf ihre Signifikanz geprüft, da die Autoren das sample zu klein empfanden → keine Berechnungen vorhanden - Ethisches Vorgehen ist nicht beschrieben; Einholen des informed consent nicht beschrieben

Studie / Evidenzlevel	Design / Sample / Systematische Fehler (Biases)	Interventionen	Datenanalyse / Key findings	Stärken	Kritik
Jenkins, M.W. & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. <i>British Journal of obstetrics and gynaecology</i> , 100 (3), 221-226  <b>Evidenzlevel nach Stahl (2008): III</b>	Quantitativ (Semi-prospektive Fall-Kontroll-Studie)  Interventionsgruppe: 126 Nulliparae Kontrollgruppe: 300 Nulliparae  SSW während der Intervention unbekannt.  <b>System. Fehler</b> - Die Teilnehmerinnen waren Freiwillige - zwei Merkmale der Gruppen unterscheiden sich deutlich: Alter, Anzahl Singles	<b>Interventionsgruppe:</b> Sechs individuelle Unterrichtungen in Selbsthypnose mit einem Hypnosetherapeuten während der Schwangerschaft à ca. 30 Min. (Die Teilnehmerinnen lernten wie sie die Selbsthypnose während der Geburt anwenden können)  <b>Kontrollgruppe:</b> Keine Intervention bzw. normale Geburtsvorbereitung falls erwünscht  <i>Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen</i>	Analyse mittels Student's t test und $\chi^2$ test  Frauen in der Interventionsgruppe: - signifikant weniger Einsatz von Schmerzmitteln - Signifikant kürzere EP → Ähnlich lange wie die EP der Kontrollgruppe bei den Multiparae - signifikant kürzere AP - signifikant höheres Geburtsgewicht der Kinder	- Zielformulierung und Untersuchungsgegenstand klar benannt - guter Literaturüberblick / Forschungsstand benannt - Ausführliche Begründung der Wahl des Designs - Ort und genauer Zeitpunkt der Durchführung werden genannt - Stichprobe detailliert beschrieben - biases werden genannt - Verblindung der involvierten Fachkräfte - Genaue Beschreibung der Intervention; Kontaminierungen und Ko-Interventionen ausgeschlossen - Beschreibung der Messgrößen vorhanden - Stichprobengröße mittels Student's t test berechnet - angemessene Analyse der Daten - Verständliche und vollständige Darstellung der Ergebnisse - Grenzen der Studie werden von Autoren klar aufgezeigt - angemessene Schlussfolgerung	- Keine randomisierte Gruppenzuteilung sondern freiwillige Teilnahme. Dies wird begründet und beruht auf der Annahme, dass Frauen, welche freiwillig teilnehmen mehr Motivation aufweisen und somit die Hypnotisierbarkeit erheblich steigt - Drop-outs: 1/3 der Frauen in der Interventionsgruppe entschieden sich nach der ersten Hypnoseunterrichtung mangels Interesse gegen eine Teilnahme - Keine genaue Beschreibung vom Zeitraum der Durchführung (welche SS-Woche?), der Intervention und der Art der Durchführung - In der Kontrollgruppe hat es mehr Single-Frauen. Das durchschnittliche Alter der Interventionsgruppe ist 4 Jahre höher. - die Einwilligung durch die Ethikkommission wurde von den Autoren nicht als nötig empfunden; Einholung des informed consent nicht beschrieben

## 2. Suchstrategie

---

### Suchstrategie MEDLINE VIA OVIDSP

Datum	Kombination	Anzahl
18.01.2011	Hypnobirth	0
	Hypnobirthing	5
	Hypnosis AND birth	37
	Self-hypnosis AND birth	1
	Self-hypnosis AND labor	7
	Self-hypnosis AND delivery	3
	Self-hypnosis AND parturition	2
	(Hypnosis OR self-hypnosis) AND childbirth	91
	hypnotic analgesia AND childbirth	1
19.01.2011	Hypnosis AND antenatal	7
	Suggestion AND antenatal	3
25.01.2011	Hypno* AND birth experience	2
	Hypno* AND labor AND satisfaction	9
	Hypno* AND psychological AND antenatal	3

---

### Suchstrategie CINAHL

Datum	Kombination	Anzahl
19.01.2010	Hypnobirth	0
	Hypnobirthing	14
	Hypnosis AND birth	17
	Hypnosis AND antenatal	0
	Self-hypnosis AND birth	3
	Self-hypnosis AND labor	9
	Self-hypnosis AND delivery	3
	Self-hypnosis AND parturition	0
	self-hypnosis AND childbirth	10
	hypnotic analgesia AND childbirth	1

---

**Suchstrategie COCHRANE**

---

Datum	Kombination	Anzahl
19.01.2010	Hypnobirth	0
	Hypnobirthing	1
	Hypnosis AND birth	5
	Hypnosis AND labor	1
	Hypnosis AND labour	1
	Hypnosis AND parturition	0
	Hypnosis AND pregnancy	2
	Self-hypnosis AND birth	0
	Self-hypnosis AND labor	1
	Self-hypnosis AND delivery	0
	Self-hypnosis AND parturition	0
	Self-hypnosis AND pregnancy	1
	(Hypnosis OR self-hypnosis) AND childbirth	0
	hypnotic analgesia AND childbirth	1
	hypnosis analgesia AND childbirth	1
hypnosis AND analgesia AND birth	1	

---

---

**Suchstrategie Pubmed**

---

Datum	Kombination	Anzahl
18.01.2010	Hypnobirthing	5
	Hypnosis AND birth	118
	Self-hypnosis AND birth	3
	Self-hypnosis AND labour	18
	Self-hypnosis AND delivery	3
	Self-hypnosis AND parturition	2
	hypnosis analgesia AND childbirth	19
	hypnotic analgesia AND childbirth	13
19.01.2011	Hypnosis AND antenatal	7
	autohypnosis AND birth	2
25.01.2011	Self-hypnosis AND birth experience	10

---

---

**Suchstrategie MEDLINE VIA CSA**

---

Datum	Kombination	Anzahl
18.01.2010	Hypnobirth	0
	Hypnobirthing	4
	Hypnosis AND birth	19
	Self-hypnosis AND childbirth	4
	Self-hypnosis AND labour	2
	Self-hypnosis AND delivery	0
	Self-hypnosis AND parturition	2
	hypnotic analgesia AND birth	0
	hypnotic analgesia AND childbirth	0

---

---

**Suchstrategie MiDirs**

---

Datum	Kombination	Anzahl
21.01.2011	Hypnotic analgesia	1
25.01.2011	Autohypnosis AND birth	0
	Autohypnosis AND childbirth	0
	Autohypnosis AND pregnancy	0
	Hypnotherapie AND pain relief	13
	Self-hypnosis AND childbirth	17
	Hypno*.ti. AND satisfaction	3
	Hypno*.ti. AND depression	6

---

---

**Suchstrategie PSYCHinfo**

---

Datum	Kombination	Anzahl
25.01.2010	Self-hypnosis AND birth AND satisfaction	20
	Self-hypnosis AND antenatal AND satisfaction	4
	Self-hypnosis AND labor AND experience	10
	Hypnotherapy AND birth experience	14
	Hypnotherapy AND labor AND experience	47
	Hypno* AND prenatal	32
	Hypno* AND birth AND experience	38
	Hypno* AND effect AND birth	26
	(hypno* AND delivery).ti.	6
	(hypno* AND birth).ti.	12
	(hypno* AND labor).ti.	15
	(hypno* AND antenatal).ti.	3

---

---

**Suchstrategie MEDPilot**

---

Datum	Kombination	Anzahl
25.01.2010	Hypnotherapie AND childbirth	2
	Hypno*.ti. AND birth experience	27
	(Hypno* AND birth).ti. AND psychological outcome	5
	self-hypnosis AND feeling AND birth	3

---

---

**Suchstrategie PSYINDEXplus**

---

Datum	Kombination	Anzahl
25.01.2010	Hypno* AND birth	13
	Hypno* AND birth experience	0
	Hypno* AND Geburt	21
	Hypno* AND Schwangerschaft	19
	Hypno* AND pregnancy	9
	Autohypnosis AND labor	0
	Self-hypnosis AND birth	0

---