

Am 15. Internationalen Kongress für Hypnose 2.-7.10.2000 an der Universität München

haben folgende deutschsprachige Hypnosegesellschaften mitgewirkt:

Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT)
Sekretariat: Postfach 1365, 41436 Neuss, Tel.: +49/2131/463370, Fax: 02131/463371,
www.dgaehat.de, gegründet 1955 in Lindau am Bodensee von J. H. Schultz

Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH)
Druffelsweg 3, D-48653 Coesfeld, Tel: +49/2541/70007, Fax: +49/2541/880670,
www.hypnose-dgh.de, gegründet 1982, Gründungspräsident: Thomas Svoboda

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)
Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart, Tel: +49/711/2360618, Fax: +49/711/244032,
mail@dgzh.de, gegründet 1994, Gründungspräsident: Albrecht Schmierer

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)
Waisenhausstr. 55, 80637 München, Tel: +49/89/34029720, Fax: +49/89/34029719,
www.MEG-Hypnose.de, gegründet 1978, Gründungsvorsitzender: Burkhard Peter

Schweizer Gesellschaft für medizinische Hypnose (SMSh)
Dorfhaldenstr. 5, CH-6052 Hergiswil, Tel: +41/41/2811745, Fax: +41/41/2803036,
www.smsh.ch, gegründet 1981, Gründungspräsident: Konrad Wolff

Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (GHypS)
Sekretariat: Apollostr.8, CH-8032 Zürich, Tel: +41/1/383.89.38, smsh@smile.ch,
www.ghyps.psych.ch, gegründet 1985, Gründungspräsidentin: Susy Signer-Fischer

Österreichische Gesellschaft für autogenes Training u. allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)
Kaiserstr. 14/13, A-1070 Wien, Tel: +43/1/5233839 Fax: +43/1/5233839-10, gegründet 1969,
Gründungspräsident: Heinrich Wallnöfer

Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeittherapie, Austria (MEGA)
c/o Charlotte Wirl, Dr.med., Waldmeisterg. 43, A-1140 Wien, Tel: +43/1/9141796,
gegründet 1989, Gründungspräsident: Wolfgang Ladenbauer

DGZH und M.E.G. haben ihre regulären Jahrestagungen auf diesem Kongress abgehalten.

Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden

Hansjörg Ebell

■ Schmerzpatienten suchen Linderung oder Heilung - ganz gleich wie die Ursachen und Zusammenhänge ihrer Symptomatik aus therapeutischer Perspektive gesehen und interpretiert werden mögen. Die Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen setzt heute grundsätzlich komplexe "bio-psycho-soziale" Verständnismodelle voraus. Einfache Ursache-Wirkungsannahmen zwischen der subjektiven Dimension Schmerz und objektiv nachweisbaren Veränderungen greifen nicht nur zu kurz, sondern tragen durch zusätzliche Schädigungen (durch "Therapie"-Maßnahmen) und Perspektivlosigkeit oft unmit- telbar zur Chronifizierung bei. Ärztlich und psychothera- peutisch muss eine chronifizierte Symptomatik so effektiv wie möglich behandelt (Ziel: Symptomkontrolle) und die E- manzipation der Patienten aus Abhängigkeiten - insbeson- dere im medizinischen Behandlungssystem - gefördert wer- den (Ziel: optimales Coping, "Selbstmanagement"). Häufig sind dabei psychotherapeutische Aspekte zu beachten. Be- handlungsmaßnahmen für die Patienten und Bemühungen der Patienten selbst sollten sich sinnvoll ergänzen. Nur un- ter aktiver Einbeziehung der Schmerzpatienten bzw. ihrer Ressourcen (Ziel: Entwicklung von "Betroffenen" zum "Be- teiligten", Arbeitsbündnis von Therapeut und Patient) ist es möglich, ein objektiv angemessenes und subjektiv wirk- sames "Gesamt-Therapie-Konzept" zu erstellen. Exempla- rische Fallgeschichten veranschaulichen, dass Hypnose und Selbsthypnose einen wesentlichen Beitrag dazu leisten können.

Schlüsselwörter: Hypnose, Selbsthypnose, Leiden, chroni- scher Schmerz

Einführung

Im Praxisalltag stoßen Ärzte in der Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen regelmäßig an ihre Grenzen. Die leidvolle Selbsterfahrung und Weltsicht dieser Patienten wird durch eine stunden- oder auch tagelange anhaltende Linderung ihrer Beschwerden meist nicht grundlegend verändert. Bei komplexen Schmerzstörungen müssen einerseits Ärzte und andere Behandler im medizinischen System (als Experten für die objektiven Befunde und die daraus abzuleitenden gezielten Interventionen) und andererseits die Betroffenen selbst (als Experten für das subjektive Befinden, d.h. die auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen für die Schmerzen und die durch Therapie erzielbaren Veränderungen) unbedingt zusammenarbeiten. Für die häufige Ausgangssituation, dass die erheblichen objektiven Befunde das subjektive Befinden nicht erklären können, bedarf es notwendigerweise psychotherapeutischer Ansätze bzw. psychosomatischer Verständnismodelle, um die individuelle Persönlichkeit der Schmerzpatienten mit einzubeziehen bzw. um in einem gemeinsamen Arbeitsbündnis ein objektiv angemessenes und subjektiv wirksames Gesamt-Therapiekonzept zu entwickeln (Basler et al., 1999; Brune et al., 2001; Ebell, 1994; Egle & Hoffmann, 1993; Hunter, 1996; Kröner-Herwig et al., 1999; Nickel & Egle, 1999). Hypnose und Selbsthypnose können in diesem Kontext eine wesentliche Hilfe sein - insbesondere um die "Ressourcen" (Erfahrungen und Fähigkeiten) der Patienten zu ermitteln und zu verwenden (Montgomery et al., 2000; Barber, 1996; Peter, 1998; Seemann, 1998, 2001; Hoppe, 2001).

Allgemeine Behandlungsziele

Die folgenden exemplarischen Fallgeschichten veranschaulichen drei allgemeine Behandlungsziele. Diese sind im Einzelfall sehr unterschiedlich zu gewichten (und scheinen bei Therapiebeginn meist in weiter Ferne), sind aber bei allen Patienten zu berücksichtigen, die an chronischen Schmerzen leiden.

- Unterstützung für optimales Coping bzw. Selbstmanagement

Individuelle Möglichkeiten zur Symptomkontrolle sind zu ermitteln. Die Emanzipation von Abhängigkeiten im Behandlungssystem (im Sinne einer "Hilfe zur Selbsthilfe") sowie im persönlichen Beziehungssystem (Partner, Familie) ist zu fördern (Kanfer et al., 2000; Beutel, 1988; Schüller, 1993).

Um ein objektiv angemessenes und subjektiv wirksames Gesamt-Therapie-Konzept zu ermitteln, ist ein aufeinander abgestimmtes "Sowohl-als-auch" unterschiedlicher Behandlungs- und Selbsthilfemaßnahmen einem "Entweder-oder" grundsätzlich überlegen.

- Förderung der persönlichen Entwicklung

Die Fixierung auf die chronischen Schmerzen als die "Ursache aller Probleme" gilt es zu überwinden. Dem stehen "Hindernisse" entgegen, in der Regel nicht bewusste Erfahrungen und Themen bzw. Konflikte, die bisher aus unterschiedlichen Gründen bzw. Ängsten vermieden

wurden. Diese müssen identifiziert und bearbeitet werden, damit die Patienten aus ihrer passiven Rolle als "Betroffene" überwechseln können in eine aktive Teilnahme als "Beteiligte" an einem Arbeitsbündnis (Ebell, 2001a, b).

Sowohl ein verbessertes Coping, erzielte Veränderungen der Schmerzempfindungen als auch Anstöße zur persönlichen Entwicklung werden zu Impulsen, die eine bis dahin subjektiv unerträgliche Situation wesentlich verändern können. Gelingt dies, sollte man - aufbauend auf den Ressourcen des Patienten - das Arbeitsbündnis prinzipiell auf das dritte Behandlungsziel, einen systemischen Aspekt, konzentrieren:

- Anstreben synergetischer Effekte von Symptomkontrolle und persönlicher Entwicklung

Zeiten ohne bzw. mit weniger Schmerzen und die Überwindung der Fixierung darauf als zentrales Lebensproblem führen zu veränderter Selbstwahrnehmung bzw. Weltsicht; daraus resultieren mehr Aktivität und "Selbsteffizienz". Dies wiederum ermöglicht und fördert eine notwendige Neu-Orientierung. Neue Erfahrungswerte (insbesondere auch Effekte von Therapiemaßnahmen) werden dadurch nicht nur als vorübergehend registriert (wie alle prinzipiell nur kurz- und höchstens mittelfristig für Stunden wirksamen Effekte von Medikamenten bzw. von Hypnose und Selbsthypnose), sondern es werden Prozesse angestoßen, die die Ausgangsvoraussetzungen verändern und damit weitere Entwicklungen ermöglichen, induzieren und fördern. In einem psychotherapeutischen Kontext ist es wichtig, diese Veränderungen im jeweiligen Modell (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, hypnosystemisch) zu verstehen und zu reflektieren, um die Reorganisation der Selbstwahrnehmung und des Beziehungserlebens zu festigen und deren Integration zu fördern. Hypnose und Selbsthypnose stellen für die Zusammenarbeit mit dem Patienten ein flexibles und vielfältiges Instrumentarium zur Verfügung, um die drei genannten Hauptziele zu erreichen.

Fallgeschichten

1. Frau L. (55 Jahre)

"Neuropathischer Schmerz bei fortgeschrittener Krebserkrankung" Kategorie A der Einteilung nach Egle und Nickel (1996, s. Abb. unten)

- Objektive Befunde und subjektives Befinden (Ausgangssituation)

Schulter-Arm-Schmerzsyndrom als Folge einer Schädigung des Plexus (Nervenstränge hinter dem Schlüsselbein und in der Achselhöhle) bei infiltrierend wachsendem Rezidiv eines Mammacarcinoms (Z.n. Entfernung der Brust und Bestrahlung). Hoch dosiertes retardiertes Morphin erweist sich für den "nozizeptiven" Anteil der Schmerzen (durch Gewebeschädigungen ausgelöste Veränderungen, die im Zentralnervensystem intensive "Schmerz"-Signale auslösen) als sehr effektiv und wird gut vertragen. Eine neuropathische Komponente (Überempfindlichkeit auf leichte Berührung und ausgeprägte Missemfindungen) spricht auch auf eine hohe Dosierung bzw. Kombination von Medikamenten (trizyklisches Antidepressivum und Carbamazepin) nicht an. Die Patientin schildert das Gefühl so: "Es ist, wie wenn man den ganzen Arm

dauern über einen Kaktus mit tausend Stacheln bewegen würde." Zusätzlich befürchtet sie das Schwenden ihrer körperlichen Kräfte und ihrer Selbstständigkeit als Folge ihrer Krebserkrankung wie auch der Behandlungsmaßnahmen. Sie ist verzweifelt, da sie sich mit diesen Schmerzen nicht mehr vorstellen kann, ihre Familie zu versorgen, sollte sie nach Hause entlassen werden.

- Arbeitsbündnis: Anleitung zur Selbsthypnose

Während der 3 Monate ihres stationären Aufenthaltes erlernt die Patientin - trotz anfänglich großer Skepsis - einfache Selbsthypnoseübungen. Mit intensiven Imaginationen vertrauter Sinesqualitäten (in der Selbsthypnose umhüllt sie ihren Arm z.B. "mit Eiswürfeln von genau der richtigen Form und Temperatur") gelingt es ihr immer wieder, für Stunden vollständige Schmerzlinderung zu erzielen, was ihre Stimmung erheblich verbessert. Trotz Progression der Erkrankung bleibt dieser Effekt stabil (Katamnese 6 Monate). Im Verlauf der Erkrankung wendet sie Selbsthypnose zudem selbstständig auch sehr wirksam zur Linderung weiterer Symptome, wie z.B. gegen die Übelkeit bei der Chemotherapie (sie interpretiert z.B. das Gefühl im Bauchraum als "Hunger" bzw. begibt sich "an einen ruhigen Ort, an dem alles in Ordnung ist") und gegen ihre Atemnot aufgrund einer ausgedehnten Lungenmetastasierung (sie schaut in "die Weite von riesigen, gelben Kornfeldern in Kanada").

Obwohl die Medizin an ihre Grenzen stieß (mangelnde Wirksamkeit der medikamentösen Schmerztherapie, Nebenwirkungen der Chemotherapie, Fortschreiten der Erkrankung), ermöglichen die Selbsthypnose-Fähigkeiten ("Ressourcen") der Patientin wesentliche Linderung. Dies führte zu einer Wende in ihrem Befinden, und sie konnte aus dem Teufelskreis von Verzweiflung und Verstärkung der Schmerzen durch das Leiden aussteigen. Ergebnis: optimales Coping bzw. Selbstmanagement bei extrem schwierigen Ausgangsvoraussetzungen.

2. Frau A (40 Jahre)

"Chronische Rückenschmerzen bei Z. n. rezidivierenden Bandscheibenvorfällen und mehrfachen operativen Eingriffen"
Kategorie B der Einteilung nach Egle und Nickel (1996; s. Abb. unten) bei Therapiebeginn; dann C

- Objektive Befunde und subjektives Befinden (Ausgangssituation)

Auf Grund von irreversiblen Nervenschädigungen durch mechanischen Druck des Bandscheibengewebes und schmerztherapeutisch nur bedingt erfolgreicher operativer Eingriffe kann die alleinerziehende Mutter (zwei Kinder, 16 und 10 Jahre alt) ihren Alltag kaum bewältigen. Subjektiv sind die Schmerzen die "Ursache" aller Probleme, so dass sie mehrfach verschiedene Neurologen und Orthopäden aufsucht. Der Hausarzt verschreibt ihr zwar das vom Schmerztherapeuten verordnete Morphin (orales Retard-Präparat), steht dem aber sehr skeptisch gegenüber, was immer wieder zu Spannungen führt. Eine laufende Umschulungsmaßnahme vom Arbeitsamt ist gefährdet, da sie die erforderliche Zeit des Sitzens vor einem PC nicht ohne unerträgliche Schmerzen übersteht. Wegen ihrer Hilflosigkeit und Verzweiflung, der Ineffizienz der bisherigen Therapien (maximal nur "Stundeneffekte") und der Aussichtslosigkeit im Hin-

blick auf eine mögliche Besserung reagiert sie teilweise aggressiv.

- Arbeitsbündnis: Psychotherapeutische Zusammenarbeit zur Copingunterstützung unter Einschluss von Hypnose und Selbsthypnose zur Symptomkontrolle

Nachvollziehbar reagiert die Patientin auf die vielfältigen, oft erfolglosen bzw. von weiterer Verschlechterung gefolgt medizinischen Maßnahmen enttäuscht und verzweifelt und wird zur "schwierigen" Patientin. Ihre Schmerzen werden als "psychisch erheblich überlagert" angesehen. Ihr primär schon eingeschränktes Coping wird durch die gegenseitige Ablehnung und die daraus folgenden Konflikte und Reibungen im Medizinsystem noch zusätzlich verschlechtert. Durch gemeinsame Recherche von Ressourcen (frühere Erfolgsergebnisse in Prüfungs- bzw. Stress-Situationen) und Hypnose und Selbsthypnose zur Symptomkontrolle gelingt es der Patientin, die laufende Weiterbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahme durchzusetzen. Durch diese "erfolgreiche" Zusammenarbeit ist ein Vertrauensverhältnis etabliert worden, das es ermöglicht, ein "bescheidenes" (aber subjektiv ausreichend wirksames) Gesamt-Therapiekonzept zur Koordination von medikamentösen, medizinischen, physikalisch-therapeutischen und Selbsthilfemöglichkeiten zu ermitteln.

Durch ein "Coaching" zur Coping-Optimierung gelang eine Emanzipation der Patientin im Rahmen des dringend notwendigen, aber auf der Beziehungsebene als sehr belastend erlebten Behandlungskontexts. Dadurch konnten weitere Kränkungen und Rückschläge verhindert werden. Die Patientin konnte damit aus der bisherigen "Chronifizierungsspirale" aussteigen und eine relativ stabile Behandlungssituation erzielen (Opiatmedikation durch den Hausarzt, Krankengymnastik bei einer erfahrenen Therapeutin sowie sinnvollere Arbeitsteilung und effektivere Selbsthilfe im familiären Bereich). Erst in der sich anschließenden vertrauensvollen psychotherapeutischen Zusammenarbeit zeigte sich, dass die Patientin eigentlich auch in Kategorie C hätte eingeordnet werden müssen bzw. warum wahrscheinlich die (im Prinzip richtigen) medizinischen Behandlungsmaßnahmen subjektiv nicht ausreichend waren: eine bis dato nicht bewusste und daher noch nie explizit thematisierte Psychodynamik auf der Grundlage von Gewalterfahrungen und sexuellen Übergriffen in Kindheit und Jugend. Diese kristallisierte sich in den Gesprächen der Psychotherapie heraus und wurde - unterstützt durch Hypnose und Selbsthypnose - aus der Amnesie gehoben und bearbeitet. Trotz schmerztherapeutisch weiterhin äußerst komplexer Voraussetzungen führte die Psychotherapie die Patientin zu einer stabilen und subjektiv befriedigenderen Lebensphase.

Nachbemerkung: Kurz vor Fertigstellung dieses Artikels, exakt 13 Jahre nach dem ersten Bandscheibenvorfall, kommt es bei stürmischem Wetter ("eine blöde Bewegung gemacht") tragischerweise zu einer erneuten extremen Verschlechterung der Rückenschmerzen. CT und Kernspintomografie zeigen wieder einen massiven Bandscheibenvorfall, der inzwischen operiert wurde. Ich halte es für wahrscheinlich, dass die Patientin diesmal einen "normalen" und komplikationslosen postoperativen Verlauf haben bzw. wesentliche Linderung erfahren wird; die restlichen Stunden der Psychotherapie - evtl. auch wieder unter Verwendung von Hypnose bzw. Selbsthypnose - werden sich dabei wahrscheinlich auf die Copingunterstützung konzentrieren können.

3. Herr S (60 Jahre)

"Komplexes regionales Schmerzsyndrom" (früher "Morbus Sudeck"), "Depressiv-ängstliche Verarbeitung einer Krise durch Veränderungen in Arbeit und Partnerschaft"

Kategorie C der Einteilung nach Egle und Nickel (1996, s. Abb. unten)
 - Objektive Befunde und subjektives Befinden (Ausgangssituation)

Der Patient verspürt nach längerem Tragen einer Aktentasche Schmerzen im Bereich des Ellenbogens, die in den Unterarm ausstrahlen. Von einem konsultierten Chirurgen wird angenommen, dass der Ulnaris-Nerv das Problem sei, der anatomisch bedingt in diesem Bereich einen Druckschaden erleiden kann. Er führt eine "Entlastungs"-Operation durch. Daraufhin schwillt der Arm an, wird extrem schmerzhaft, selbst auf leichteste Berührung. Ein weiterer operativer Therapieversuch verschärft diese Symptomatik noch einmal. Anästhesiologische, physikalisch-therapeutische und medikamentöse Therapieversuche (incl. höchst dosiertes Opiat) bringen subjektiv kaum Linderung, wenn sich auch der objektive Befund deutlich bessert. Der Patient, Führungspersönlichkeit einer Universität, erlebt dies als "absolute Katastrophe", da er für ein halbes Jahr "außer Gefecht gesetzt" ist und er einen Ruf an eine andere Universität mit großen Herausforderungen angenommen hat. Zudem ist es für ihn zu diesem Zeitpunkt besonders wichtig, "fit" zu sein, da seine Frau zur gleichen Zeit wegen einer Prüfungssituation besonders unter Stress steht und seine Unterstützung unbedingt braucht. Da er dies so mit seinen Schmerzen aber nicht leisten kann, fühlt er sich im Gegenteil sogar als eine zusätzliche Belastung für sie. Er ist vollkommen verzweifelt.

- Arbeitsbündnis: Psychotherapeutische Zusammenarbeit zur Klärung möglicher Zusammenhänge

Die eigentliche Katastrophe und auch die Behandlungsfehler sind geschehen und lassen sich nicht rückgängig machen. Die Schmerztherapie ("lege artis" durchgeführt) erweist sich objektiv zwar teilweise als wirksam (Rückgang der Sudeck-Symptomatik), ist subjektiv aber "wirktungslos". Therapieziel ist ein tieferes Verständnis für die Verzweiflung, die passive "Opfer"-Haltung und den depressiv-ängstlichen Verarbeitungsmodus des Patienten. Die "Verletzung und ineffiziente Behandlung" können nicht die "alleinige Ursache" der persönlichen "Katastrophensituation" sein. Es verwundert den Patienten selbst, dass eine "Missempfindung" von wenigen Quadratzentimetern in seinem kleinen Finger solch desaströse Auswirkungen auf seine Lebensqualität bzw. Lebensumstände haben kann. Über einen "wissenschaftlichen Diskurs" und entsprechende "Experimente" mit Hypnose und Selbsthypnose kann zwar keine "Schmerzkontrolle" erzielt werden; der dadurch entstandene intensive und vertrauensvolle Austausch über mögliche psychophysiologische Zusammenhänge geben dem Patienten allerdings viele Impulse und unterstützen seine Möglichkeiten, eine aktivere Haltung einzunehmen. Er erkennt zunehmend die persönlichen Bedingungen seiner Krisensituation, was zu einer gemeinsamen Recherche der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen führt. Bald kann auf jegliche medizinische Maßnahmen verzichtet als auch die hoch dosierte Morphinmedikation abrupt

abgesetzt werden. Das minimale sensible Defizit mit Dysästhesie im Bereich der Außenseite des kleinen Fingers (vorher die "Ursache allen Übels") bleibt unverändert.

In diesem Fall wurden die psychotherapeutisch klar indizierte Krisenintervention und gleichzeitig durchgeführte hypnosystemische Kurzzeitpsychotherapie letztendlich auch schmerztherapeutisch ausschlaggebend. Sie halfen, das passive und depressiv-ängstliche Selbst- und Beziehungserleben des Patienten (sowohl im Medizin- als auch im Partnerschafts-"System") konstruktiv zu verändern und aus dem Circulus vitiosus der nicht nur ineffizienten, sondern auch schädigenden "Therapie"-Interventionen auszustiegen.

4. Frau E (42 Jahre)

"Chronischer atypischer Gesichtsschmerz" bzw. "Chronische Zahnschmerzen ohne organisches Korrelat"

Kategorie D der Einteilung nach Egle und Nickel (1996, s. Abb. unten)

- Objektive Befunde und subjektives Befinden (Ausgangssituation)

Die Patientin leidet seit 13 Jahren unter subjektiv extremen Dauer-Zahnschmerzen, die nur durch ständiges Kaugummikauen zu lindern sind. Beginn nach der Geburt des ersten Sohnes, wobei sie (primär) keinen ursächlichen Zusammenhang annimmt. Mehrfache zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Maßnahmen (incl. Zahnextraktionen) bringen keine Linderung, sondern führen vielmehr meist zu einer Verstärkung der Beschwerden. Die Patientin fühlt sich generell unter Hochspannung, kann aber keine Zusammenhänge zwischen Schwankungen ihrer Befindlichkeit und der Schmerzwahrnehmung erkennen.

- Arbeitsbündnis: Psychotherapie unter Einschluss von Hypnose und Selbsthypnose

Im Laufe der psychotherapeutischen Zusammenarbeit (60 Stunden) über einen Gesamtzeitraum von 3 Jahren kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass der Kern der maximalen Dauerspannung (auch im Bereich der Kiefergelenkmuskulatur) in ihrer "äußerst angespannten" Ehe-situation zu suchen ist. Die Patientin verlangt von sich, "alles" kompensieren zu können bzw. zu müssen, was an Belastungen durch Kinder, Schwiegereltern und insbesondere auch durch das abwertende und aggressive Verhalten des Ehepartners auf sie zukommt. Die Symbolik des "Zähnezusammenbeißen um nicht durchzudrehen" wird von ihr subjektiv und objektiv als bezeichnend akzeptiert. Hypnoseerfahrungen können phasenweise einen persönlichen Schutzraum der Gelassenheit, des Kraftschöpfens u.ä. herbeiführen, um Voraussetzungen für die Bearbeitung der verstrickten Beziehungsproblematik zu schaffen. Es gelingt, in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit ein Verständnis für die Situation bzw. für ihre aus dieser Perspektive "normalen" Reaktionen zu erarbeiten und weitere iatrogene Verschlechterungen durch zahnärztliche Eingriffe zu vermeiden. Subjektiv führt dies zu einer deutlichen Erleichterung bzw. sogar zu schmerzfreien Phasen von Tagen bis zu Wochen. Die Psychotherapie stößt jedoch - bedingt durch das Einzelsetting - dann an ihre Grenzen, da sich die eheliche Beziehungsproblematik aus verschiedenen komplexen Bedingungen (incl. in beiden Herkunftsfamilien) nicht grundsätzlich ändert. Eine anschließende Paartherapie wird empfohlen und akzeptiert.

In diesem Fall erwies sich der Einsatz von Hypnose als hilfreich, um die Patientin situativ zu entlasten und damit auf die Veränderung einer funktionellen, psychosomatisch mitbedingten chronischen Schmerzproblematik hin zu arbeiten. Durch die vielen zahnärztlichen Eingriffe und die Verzweiflung über die Aussagen, dass dieser Dauerschmerz "nie mehr weggehen" würde, war die chronische Stress-Situation der Patientin noch zusätzlich verschärft worden. In der Bearbeitung der Partnerproblematik (Ziel: Förderung der persönlichen Entwicklung) stieß die individuelle Arbeit an ihre Grenzen, auch wenn sie sich phasenweise im Hinblick auf das Ziel des optimalen Coping und der Ermittlung individueller Möglichkeiten der Symptomkontrolle doch auch als effektiv erwies. Dies ermöglichte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Psychotherapie und damit den Zugang zu einem tieferen Verständnis der nicht bewussten Dynamik bzw. der zugrunde liegenden verstrickten Beziehungsthematik.

5. Frau N (40 Jahre)

"Anhaltende somatoforme Schmerzstörung"

Kategorie E der Einteilung nach Egle und Nickel (1996, s. Abb. unten)

- Objektive Befunde und subjektives Befinden (Ausgangssituation)

Die Patientin, allein erziehende Mutter (Kind 10 Jahre) unter schwierigen ökonomischen Bedingungen, leidet unter starken "Schmerzen" vom Nabel an abwärts, wobei dies bei näherem Befragen bzw. neurologischen Untersuchungen oft eher als Empfindungsstörung ("spüre nichts") bzw. Missempfindung imponiert. Nach vielen Jahren mehrfacher Untersuchungen und Behandlungen (wozu auch invasive Maßnahmen gehören mit z.T. erheblichen behandlungsbedingten Komplikationen) wird durch eine psychotherapeutisch erfahrene Schmerztherapeutin (in einer interdisziplinär arbeitenden Schmerzambulanz) eine somatoforme Schmerzstörung (früher: "Konversionsstörung") diagnostiziert und weitere somatisch orientierte Therapiemaßnahmen ausdrücklich abgelehnt. Nicht zum ersten Mal wird damit eine seelische Problematik angenommen, aber zum ersten Mal werden mit Einverständnis der Patientin die Weichen für eine psychotherapeutische Zusammenarbeit gestellt.

- Arbeitsbündnis: Psychotherapeutische Zusammenarbeit wegen großem Interesse an Hypnose und Selbsthypnose zur Klärung von vermutlich traumatisierenden Erfahrungen (noch laufende Therapie)

Nachdem in vorbereitenden Gesprächen ein belastungsfähiges Vertrauensverhältnis geschaffen ist, kann die "eigentliche" Problematik (Deprivationserfahrungen und Ängste in der Kindheit, wahrscheinlich sexuelle Übergriffe durch den Großvater) adressiert und vorsichtig reichert werden. Diese Themen kristallisieren sich relativ schnell heraus, wobei die Patientin insbesondere an Hypnose und Selbsthypnose als Zugang zu nicht bewussten und verdrängten Erfahrungen interessiert ist. Dieser Wunsch ist naturgemäß hoch ambivalent besetzt. Zur Zeit (Beginn einer tiefenpsychologischen Psychotherapie) werden Veränderungen der Schmerzsymptomatik zwar thematisiert, in der Regel aber "nur" als symptomatisch für einen "tiefer" liegenden Prozess behandelt. Der Schwerpunkt wechselt von Sitzung zu Sitzung, aber

das Thema Hypnose stellt immer wieder die Weichen zur Rekonstruktion der für die Schmerzstörung vermutlich wesentlichen Vorgeschichte.

Hypnose und Selbsthypnose dienen in diesem Kontext (noch) nicht als Intervention zur Symptomkontrolle, sondern zur Förderung der persönlichen Entwicklung in dem Sinne, dass die Patientin bei der Klärung der inneren Repräsentation vermuteter, wahrscheinlicher traumatisierender Erfahrungen unterstützt wird.

Systematik

Ein gemeinsames Arbeitsbündnis ist Voraussetzung, um die Hauptziele (Copingunterstützung und Entwicklungsförderung) anzustreben und mögliche Chancen auf synergetische Effekte zu recherchieren. Grundlage sind dabei vor allem Bedingungsanalysen der Zusammenhänge von "Schmerzempfindungen" und individuellem Verhalten, Gefühlen und Gedanken - gewonnen durch einen intensiven Austausch mit den Patienten. Der schmerztherapeutisch Kundige kann an Hand der Schilderung der subjektiven Erfahrungen die Hypothesen zugrunde liegender, objektiv nachweisbarer Störungen überprüfen und die Effektivität bzw. subjektive Unwirksamkeit bisheriger Behandlungsmaßnahmen einordnen. Dies ist wesentlich, um funktionelle und somatoforme Störungen differenzialdiagnostisch zu erkennen. Um die Indikation für supportive und/oder klärende psychotherapeutische Beziehungsangebote zu stellen, hat sich die Einordnung in die folgenden Kategorien (nach Egle & Nickel, 1996; siehe Abb. unten) sehr bewährt.

Als alleinige Intervention sind Hypnose und Selbsthypnose nur in Kategorie A ausreichend (manchmal auch Gruppe B). Hier handelt es sich um ein weites Feld für den segensreichen Einsatz der "Medizinischen Hypnose" unter Einschluss traditioneller direktiv-suggestiver Techniken. Ab Einordnung der Patienten in Kategorie B sind psychosomatische Kenntnisse und z.T. spezifische psychotherapeutische Einschätzungen bzw. Vorgehensweisen erforderlich (z.B. Krisenintervention, kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme zur Edukation und Copingförderung). Hypnotherapeutische Ansätze können grundsätzlich in allen fünf Kategorien einen

Abb.: Einteilung von (chronischen) Schmerzsyndromen nach Egle & Nickel (1996)

- A Schmerzsyndrome bei körperlichen Erkrankungen mit adäquater Krankheitsbewältigung (Fallgeschichte 1, Frau L.)
- B Schmerzsyndrome bei körperlichen Erkrankungen mit inadäquater Krankheitsbewältigung (Fallgeschichte 2, Frau A.)
- C Schmerzsyndrome bei körperlicher Erkrankung und gleichzeitig bestehender psychischer Erkrankung (Komorbidität) (Fallgeschichte 3, Herr S.)
- D Schmerzsyndrome auf der Grundlage einer funktionellen psychosomatischen Störung (Fallgeschichte 4, Frau E.)
- E Schmerzsyndrome auf der Grundlage einer psychischen Störung/Erkrankung (Fallgeschichte 5, Frau N.)

wichtigen Beitrag leisten, sowohl um die Symptomatik zu verändern als auch um eine notwendige persönliche Entwicklung der Patienten zu initiieren und zu fördern (vgl. die entsprechenden Kapitel in Revenstorff & Peter, 2001). Motivation und Fähigkeiten auf Seiten der Patienten vorausgesetzt, ist insbesondere die Anleitung zur Selbsthypnose indiziert. Selbstverständlich ist das Vorgehen den individuellen Gegebenheiten anzupassen. Hypnose und Selbsthypnose werden als Intervention für sich genommen um so eher wirksam sein, als die Patienten in der Lage sind, selbstständig gestalterisch aktiv werden zu können. Dies ist auch der Grund, warum die Förderung des optimalen Coping prinzipiell im Vordergrund steht.

Bei Vorliegen inadäquater Krankheitsbewältigung (Kategorie B) und insbesondere bei zusätzlicher Psychopathologie und komplexen Konflikten (Kategorien C, D und E) gehören Hypnose und Selbsthypnose unbedingt in den Kontext eines psychotherapeutischen Therapiekonzepts: im Falle des Hauptziels der Vermittlung und Förderung gewünschter Lernerfahrungs ("self efficacy") mit Schwerpunkt auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen bzw. "systemischen" Ansätzen; bei wahrscheinlicherem Vorliegen von nicht bewussten Faktoren und Konflikten ("Psychodynamik") mit Schwerpunkt auf einer tiefenpsychologischen Betrachtungs- und Herangehensweise.

Schlussfolgerung

Unter Beachtung der Einordnung von Schmerzsyndromen nach Egle und Nickel (1996, s. Abb.) sind Hypnose und Selbsthypnose für die direkte Unterstützung und insbesondere für die psychotherapeutische Zusammenarbeit mit Schmerzpatienten besonders wertvoll. In Ausnahmefällen sind sie für sich genommen eine ausreichend effektive schmerztherapeutische Intervention. Hypnose und Selbsthypnose helfen insbesondere, Erfahrungen zu vermitteln bzw. ein Um-Lernen zu induzieren und zu fördern und Ressourcen zu ermitteln, die oft nicht bewusst sind. In einem Arbeitsbündnis von Behandlern (objektive Perspektive) und Betroffenen/Beteiligten (subjektive Perspektive) können gemeinsame Therapieziele erarbeitet und etwaige nicht bewusste Widerstände dagegen identifiziert und überwunden werden. Ein objektiv angemessenes und subjektiv wirksames Gesamt-Therapie-Konzept hat die größten Chancen, über synergistische Effekte von Symptomkontrolle und persönlichen Entwicklungsschritten relevante Veränderungen zu erzielen. Dabei ist - als Ausdruck der Förderung von Wachstum - eine mittel- bis langfristige Perspektive der Zusammenarbeit erforderlich bzw. anzustreben.

Literatur

- Barber, J. (Ed.) (1996). Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain - A Clinical Guide. New York, London: Norton.
- Basler, H.D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehlfisch, H.P., & Seemann, H. (Hrsg.) (1999). Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (4. korrigierte Auflage). Berlin: Springer.
- Beutel, M. (1988). Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Weinheim: VCH.
- Brunne, K., Beyer, A., & Schäfer, M. (Hrsg.) (2001). Schmerz - Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie.

pie. Berlin Heidelberg: Springer.

- Ebell, H., & Beyer, A. (1994). Die Schmerzbehandlung von Tumorpatienten. Stuttgart New York: Thieme.
- Ebell, H. (2001). Psychotherapeutische Aspekte (S. 162-168). In Brunne, K., Beyer, A., & Schäfer, M. (Hrsg.), Schmerz - Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie. Heidelberg: Springer.
- Ebell, H. (2001). Patientenfürung bei chronisch Schmerzkranken (S. 169-172). In Brunne, K., Beyer, A., & Schäfer, M. (Hrsg.), Schmerz - Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie. Heidelberg: Springer.
- Egle, U.T., & Hoffmann, S.O. (1993). Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart: Schattauer.
- Egle, U.T., & Nickel, R. (1996). Schmerzsyndrome - Psychoanalytische Therapie (S. 418-425). In Senf, W., & Broda, M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie - Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Stuttgart New York: Thieme.
- Hoppe, F. (2001). Chronischer Schmerz (S. 556-566). In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin - Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hunter, M.E. (1996). Making Peace with Chronic Pain: A Whole Life Strategy. New York: Brunner Mazel.
- Kamfer, F.H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2000). Selbstmanagement - Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B., Franz C., & Geissner, E. (Hrsg.) (1999). Praxisfeld Schmerztherapie - Psychologische Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Stuttgart: Thieme.
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., & Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 48(2), 138-153.
- Nickel, R., & Egle, U.T. (1999). Therapie somatoformer Schmerzstörungen - Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Stuttgart New York: Schattauer.
- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. Der Schmerz, 12, 179-186.
- Revenstorff, D., & Peter, B. (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin - Manual für die Praxis. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schüller, G. (1993). Bewältigung chronischer Krankheiten. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Seemann, H. (1998). Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen und anderen Störungen. München: Pfeiffer.
- Seemann, H. (2001). Psychosomatische Schmerzen (S. 537-555). In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin - Manual für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hypnosis and Self-Hypnosis in the Treatment of Patients Suffering from Chronic Pain

Abstract: Patients suffering from chronic pain seek relief or healing no matter how the causes of their illnesses or their symptoms might be interpreted from a therapeutic point of view. The treatment of chronic pain syndromes rests on complex "bio-psycho-social" models of comprehension. Simplistic cause-effect suppositions that exclusively link the subjective dimension of pain with objectively verifiable changes can even increase damage (through "therapeutic" measures) and, in turn, a lack of perspective that indeed promotes chronicification. The truly effective treatment of chronicified symptom complaints must focus on a symptom control that favors the patient's emancipation from dependencies - especially his dependency on the system of me-

tical treatment. This aim often requires that attention be paid to psychotherapeutic as well as medical aspects. The treatment measures offered to the patient must be sensibly complemented by his own independent efforts. It is only the activation of the patients innate resources that enables his development from someone afflicted to a full-fledged partner in a working alliance with his therapist. Case vignettes exemplify how hypnosis and self-hypnosis can play an essential part in an objectively adequate and subjectively effective comprehensive therapeutic concept.

Key words: hypnosis, self-hypnosis, chronic pain, suffering

Hansjörg Ebell, Dr. med.
Breisacherstr. 4 / Rückgebäude
D-81667 München
e-mail: Dr.H.Ebell@t-online.de

erhalten: 18.01.02 akzeptiert: 12.03.02

Hypnose und Hypnotherapie bei psychosomatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen

Charlotte Wirl

■ *Hypnose und Hypnotherapie bieten verschiedene therapeutische Möglichkeiten bei psychosomatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen. Die folgende Arbeit beschäftigt sich - neben Hinweisen auf die Ätiologie der Symptomatik - mit hypnotherapeutischen (Kurzzeit-)Interventionen zur Aufwertung des Selbstwertgefühls und zur Unterstützung von Bewältigungsstrategien, zur symbolischen Darstellung des Symptoms und seiner Veränderung in Trance, für das Erlernen von Selbsthypnose und deren Nutzung bei Symptomen wie allergisches Asthma und Neurodermitis. Spezielle Vorgehensweisen für Enuresis, einschließlich der Konstruktion von passenden, individualisierten Metaphern, werden erläutert. Diese Techniken beruhen auf dem lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz von Milton H. Erickson.*

Schlüsselwörter: Psychosomatik, Asthma, Enuresis, Hypnose, Selbsthypnose

1. Einleitung

"Der Körper ist der Übersetzer der Seele ins Sichtbare" (Christian Morgenstern, 1871-1914). Kindliche unbewusste Konflikte drücken sich häufig in verschiedenen somatoformen Beschwerden aus. Ärztinnen, Psychotherapeutinnen, Psychologinnen und in verwandten Berufen Tätige werden in zunehmendem Maße mit diesen Problemen konfrontiert. Die auf Milton H. Erickson basierenden hypnotherapeutischen Kurzinterventionen bieten symbolische, vom Kind oder Jugendlichen selbst kommende Lösungs- und Veränderungsstrategien, vertrauensvoll auf die jedem Kinde innewohnenden Fähigkeiten und Ressourcen, ausgedrückt in der kindgerechten Sprache der Symbolik, Metapher und Imagination. Im Folgenden wird kurz auf die Definition und die Ätiologie von psychosomatischen Beschwerden eingegangen, einzelne hypnotherapeutische Ansätze werden aufgezeigt, wobei spezielle Möglichkeiten bei Asthma und Enuresis auf-

Hypnose und Kognition (HyKog)

Zeitschrift für die Grundlagen und klinische Anwendung von Hypnose und kognitiver Psychologie
Thematische Schwerpunkte von HyKog sind die klinisch-therapeutische Anwendung von Hypnose und kognitiver Psychologie, Grundlagenforschung im Bereich der Hypnose und der klinisch relevanten Kognitionspsychologie. Zur Veröffentlichung vorgesehen sind theoretische Arbeiten und Überblicksartikel, experimentelle Untersuchungen, Falldarstellungen, Kurzberichte und Besprechungen.

Herausgeber: Burkhard Peter, Dr.phil., Dipl.-Psych., MEG-Stiftung, München, www.Burkhard-Peter.de
Christoph Kraiker, Dr.phil., Dipl.-Psych., Institut für Psychologie der Universität München

Schriftleitung: Alida Iost-Peter, Dipl.-Psych., M.E.G.-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München

Mitarbeiter: Peter B. Bloom, Philadelphia, USA; Walter Bongartz, Konstanz; Willi Butollo, München; Peter Fiedler, Heidelberg; Wolfgang Freesmeyer, Berlin; Wilhelm Gerl, München; Vladimir Gheorghiu, Gießen; Ulrike Halsband, Freiburg; Nicolas Hoffmann, Berlin; Karl-Ludwig Holtz, Heidelberg; Frank Hoppe, Hamburg; Thomas Köhler, Hamburg; Hans-Christian Kossak, Bochum; Peter Kruse, Bremen; Mats Mehrstedt, Hamburg; Dirk Revenstorf, Tübingen; Gunther Schmidt, Heidelberg; O. Berndt Scholz, Bonn; Detlef W. Timp, Berlin; Bernhard Trenkle, Rotte; Henriette Walter, Wien; Per-Olof Wickström, Stockholm, Schweden; Jeffrey K. Zeig, Phoenix, USA

Die Abstracts aktueller HyKog-Bände können Sie auch über Internet abrufen. Die Adresse lautet:

www.MEG-Stiftung.de

Mit der Veröffentlichung in *HyKog* gehen alle Rechte, auch die des teilweisen Abdrucks an die MEG-Stiftung, München. Fotokopien für den privaten Gebrauch dürfen nur von Teilen einzelner Beiträge hergestellt werden. Alle gewerblich genutzten oder im Bereich eines gewerblichen Unternehmens hergestellten Kopien verpflichten zur Gebühreinzahlung an die Verwertungsgesellschaft **WORT**, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München; dort ist auch die Zahlungsweise zu erfragen.

© Copyright: MEG-Stiftung, München ISSN 0178-093X