

Einleitung

Zielgruppe

Dieses Handbuch wendet sich an Therapeuten, die eine Hypnose-Ausbildung absolviert haben und mit chronischen Schmerzpatienten arbeiten. Es enthält demzufolge keine Hilfestellungen zum Aufbau von Rapport, zur Tranceinduktion und -vertiefung oder zur Rücknahme. Diese Hypnose-Elemente gehören zu den hier vorausgesetzten Grundfertigkeiten. Schmerzspezifisch ausgestaltet und im Buch enthalten sind dagegen die Primings, die den Veränderungsrahmen vorgeben, die Interventionstexte und schließlich Anregungen zu posthypnotischen Suggestionen. Unter Priming wird in diesem Zusammenhang die verbesserte Fähigkeit zur Verarbeitung, Wahrnehmung oder Identifikation von Vorstellungen und Suggestionen verstanden, wobei die Informationsverarbeitung durch die kurz vorher erfolgte Präsentation eines ähnlichen Reizes (z. B. Kontexte, Bilder, Metaphern) vorbereitet wird.

Indikation und Kontraindikation

Hypnotische Analgesie kann bei allen chronischen Schmerzen wirken; bei Schmerzen mit erkennbarer Organschädigung und bei solchen ohne belegte Organschädigung (vgl. MILZNER, 1999a). Zumindest teilweise eignen sich die Texte auch zur Behandlung akuter Schmerzen. Deren Veränderung erfordert in der Regel eine hohe Suggestibilität, welche vorab durch die gängigen Suggestibilitätstests geprüft werden muss oder deren Gegebenheit man, durch den schmerzbedingt hohen Leidensdruck, voraussetzt.

Die Kontraindikationen für die Anwendung von Hypnose bei chronischen Schmerzen unterscheiden sich nicht von denen, die grundsätzlich für Hypnose gelten (vgl. REVENSTORF & PETER, 2001). Darüber hinaus ist ein erstmalig auftretender oder anhaltender Schmerz zunächst selbstverständlich als Warnsignal einer potenziell zugrunde liegenden Funktionsstörung oder Organschädigung zu verstehen, die vor einer Behandlung mit Hypnose organmedizinisch abzuklären ist.

Hypnotherapeutische Schmerzdiagnostik

Da, wie es so schön heißt, der „liebe Gott die Diagnostik vor die Therapie“ gesetzt hat, folgt auch dieses Buch dem „göttlichen Gesetz“, indem es einige hypnotische Techniken zur Schmerzdiagnostik aufführt (siehe Techniken 1 bis 8). Deren Ziel besteht darin, psychosoziale Faktoren der Schmerzverursachung und -aufrechterhaltung, die dem Bewusstsein des Patienten und damit auch der Exploration des Interviewers nicht ohne weiteres zugänglich sind, in Trance und z. T. mithilfe ideomotorischer Signale aufzudecken. Dabei wird das Unbewusste des Patienten befragt, wobei es, durch die Initiierung entsprechender Fingersignale, auf diagnostische Fragen antworten soll. Der Patient bekommt vorab die Instruktion, die vereinbarten Fingersignale für „Ja“, „Nein“, „Ich weiß es nicht“ oder „Ich möchte nicht antworten“ nicht willkürlich hervorzurufen bzw. zu beeinflussen, sondern die jeweilige Antwort vertrauensvoll seinem Unbewussten zu überlassen (vgl. MILZNER, 1999a).

Problemorientiertes Vorgehen

Schmerzstörungen, bei denen psychosoziale Faktoren bei der Verursachung (z. B. ein Psychotrauma), der Beeinflussung des Schweregrades, der Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzproblematik (z. B. Distress am Arbeitsplatz), eine wesentliche Rolle spielen, sollten in erster Linie mit problemorientierten Techniken (vgl. PETER, 2004) behandelt werden, d. h. es werden primär hypnotische Interventionen aus nicht schmerzspezifischen Anwendungsfeldern benötigt, die nicht Schwerpunkt dieses Handbuchs sind (siehe dazu z. B. REVENSTORF & PETER, 2001). Wenn, wie im oben genannten Beispiel, ein Psychotrauma behandelt werden soll, können u. a. verschiedene Dissoziationstechniken zur Dämpfung der Symptome zum Einsatz kommen. Bei Distress am Arbeitsplatz kann z. B. die Aktivierung allgemeiner und spezifischer Ressourcen zur Stressbewältigung hilfreich sein. Allerdings enthalten alle Techniken im Kapitel „Hypnotherapeutische Schmerzdiagnostik und problemorientierte Techniken“ neben Suggestionen zur Diagnostik auch solche, die der problemorientierten Bearbeitung schmerzrelevanter Faktoren dienen, sodass sich u. U. die Anwendung weiterer problemorientierter Techniken erübrigt.

Die im nächsten Abschnitt näher erläuterte schmerzspezifisch-symptomorientierte Herangehensweise ist beim Vorliegen wesentlicher, Schmerz verursachender oder aufrechterhaltender psychosozialer Bedingungen zwar nicht unbedingt erforderlich, muss aber in folgenden Fällen dem problemorientierten Vorgehen vorangestellt werden:

- a) Wenn die Ausprägung der Schmerzintensität eine Fokussierung auf andere Themen verhindert und
- b) wenn die Einsicht des Patienten, was die Einbettung der Schmerzsymptomatik in psychosoziale Zusammenhänge angeht, noch nicht vorhanden ist und nur die unmittelbare Arbeit an den Schmerzsymptomen die Aufrechterhaltung des Rapports sicherstellt.

Symptomorientiertes Vorgehen

Die in diesem Buch vorgestellten Interventionstexte ermöglichen die symptomorientierte Behandlung chronischer Schmerzen. Die hypnotischen Interventionen konzentrieren sich dabei auf die Annahme, Reduktion oder Veränderung der Schmerzsymptome, im Sinne einer besseren Erträglichkeit. Es ist zu erwarten, dass die alleinige Anwendung symptomorientierter Techniken vor allem bei Personen zum Erfolg führen dürfte, bei denen Schmerz aufrechterhaltende psychosoziale Faktoren keine wesentliche Rolle spielen (HOPPE, 2001).

Das symptomorientierte Vorgehen kann, was dessen primäre Zielsetzung angeht, in drei Klassen von Techniken unterteilt werden (siehe Abb. 1):

- I. Annahme des Symptoms,
- II. unmittelbare Symptomveränderung und
- III. Ablenkung vom Symptom

Symptomorientierte Techniken zur Annahme des Schmerzes

Symptomorientierte Techniken mit dem Ziel der Annahme des Schmerzes (siehe Techniken 9 bis 11) sind indiziert bei Schmerzen hoher Intensität, von denen sich Patienten nicht ablenken können, deren aktive Veränderung nicht gelingen will oder zu viel Kraft kostet. Grundsätzlich ist die Annahme oder Akzeptanz von Schmerzen eine Erfolg versprechende Alternative zu allen Ansätzen, welche die Vermeidung oder die direkte Veränderung des Schmerzerlebens zum Ziel haben. In der so genann-

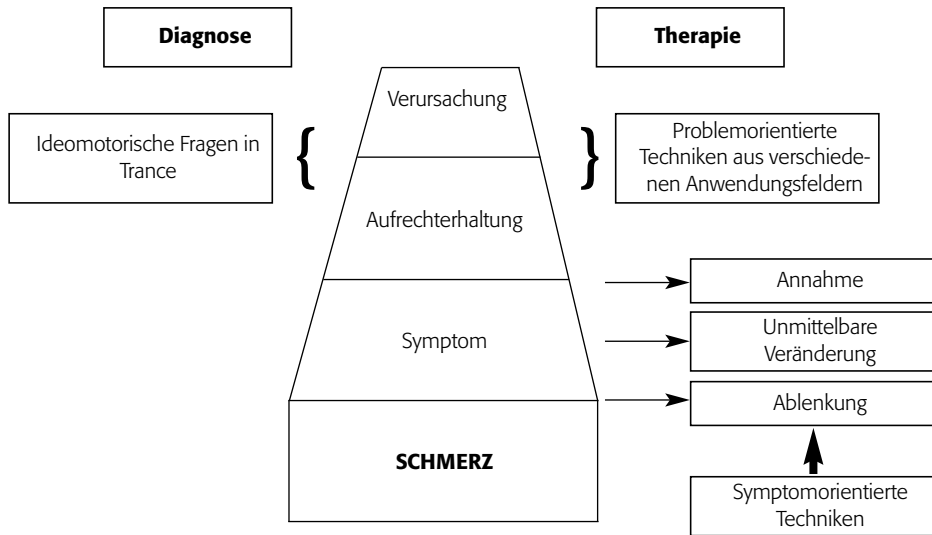


Abb. 1: Ebenen und Techniken der hypnotischen Schmerzveränderung

ten „Akzeptanz und Commitment-Therapie“ – abgekürzt „ACT“ – (DAHL, WILSON, LUCIANO & HAYES, 2005) werden zwei Hauptkriterien in Bezug auf die Annahme chronischer Schmerzen formuliert:

1. Die Bereitschaft, Schmerzen zu erleben und
2. die Aufnahme oder Beibehaltung bedeutungsvoller Aktivitäten im täglichen Leben – trotz und mit Schmerz.

Symptomorientierte Techniken zur unmittelbaren Veränderung der Schmerzempfindung

Die Anwendung symptomorientierter Techniken zur unmittelbaren Veränderung des Schmerzempfindens (siehe Techniken 12 bis 81) ist ohne explizite Hypnoseinduktion möglich, allerdings erhöht ein explizites Hypnoserial deren Wirksamkeit.

Symptomorientierte Techniken, die auf eine unmittelbare Veränderung der Schmerzempfindung abzielen, können bei weit mehr Patienten angewandt werden als symptomorientierte Techniken zur Ablenkung vom Schmerz und sind letzteren möglicherweise auch überlegen, wie einige Befunde nahelegen (z. B. PETERS, 1990). Die erforderliche Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die Schmerzsymptomatik, kann die wahrgenommene Intensität der Schmerzen vorübergehend erhöhen. Die Patienten sollten im Voraus auf diese Möglichkeit hingewiesen werden.

Symptomorientierte Techniken zur Ablenkung von der Schmerzempfindung

Symptomorientierte Techniken mit dem Ziel der Ablenkung von der Schmerzempfindung (siehe Techniken 82 bis 98) sind vor allem bei Patienten mit hoher Suggestibilität und bei solchen mit hohem affektivem Schmerzanteil indiziert, deren Angst vor einer Hinwendung der Aufmerksamkeit zum Schmerz die aktive Mitarbeit blockiert. Die imaginierten Situationen zur Ablenkung von der Schmerzempfindung müssen einen schmerzantagonistischen Charakter haben und subjektiv bedeutsam genug sein, um wirken zu können. Die Anwendung sollte mit der Durchführung eines klassischen Hypnoserials zur Tranceinduktion beginnen.

Allgemeine Hinweise zur hypnotischen Arbeit mit Schmerzpatienten

Motivationssteigerung durch Hinweise auf Wirksamkeitsuntersuchungen

Diejenigen unter den Patienten, die nur glauben, was sie sehen, lassen sich vielleicht mit den Ergebnissen moderner bildgebender Verfahren, vom ehrenwerten Zustand des Zweifels und der Skepsis in Bezug auf Hypnose, in den Zustand des Wissens um deren Zustandscharakter überführen. Hypnotherapie bei Schmerz erzeugt nachgewiesenermaßen hirnpfysiologische Veränderungen, die vom Patienten als Veränderung des Schmerzempfindens wahrgenommen werden (vgl. PETER, 2004). Aus experimentellen Untersuchungen und der klinischen Praxis lässt sich die Faustformel ableiten, dass 75-90% aller Patienten ihre Schmerzempfindlichkeit hypnotisch reduzieren können. Der Einsatz von Hypnose hilft folgerichtig auch Schmerzmittel einzusparen.

Evaluation

Es hat sich bewährt, vor dem Beginn einer Hypnose, mit dem Ziel der Schmerzveränderung, nach der aktuellen Schmerzstärke zu fragen. Hilfreich ist dabei der Einsatz einer „Numerischen Rating-Skala (NRS)“, die von 0 = kein Schmerz bis 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz reicht. Auch nach der Rücknahme der Hypnose und der Reorientierung des Patienten, sollte nach der gegenwärtigen und der während der Hypnose empfundenen Schmerzstärke gefragt werden. Hinweise zur Wirkungsdauer der Schmerzreduktion erhält man durch entsprechende Eintragungen des Patienten in einen Schmerzkalender mit relativ kleinem Zeitfenster (z. B. halbstündliches Raster), die posthypnotisch so lange durchgeführt werden sollten, bis das prähypnotische Schmerzniveau wieder erreicht ist oder sich eine überdauernde Schmerzlinderung abzeichnet.

Anleitung zur Selbsthypnose

Da Schmerzhypnose, wie ein Analgetikum auch, meist nur eine begrenzte Wirkungsdauer hat, sollte man den Patienten zur Selbstanwendung anleiten (ein Schmerzpatient sucht ja auch nicht wegen jeder einzelnen Schmerztablette einen Arzt auf). Fremd angeleitete Hypnose dient also in der Regel nur als appetizer zur Selbsthypnose („Werden Sie zu Ihrem eigenen Schmerztherapeuten!“). Andere Verläufe, auch anhaltende Schmerzfreiheit, sind natürlich möglich, nicht zuletzt in Abhängigkeit von den jeweils vorliegenden ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren sowie der Art der Schmerzen und der Chronifizierungsdauer.

Streng genommen muss man noch anmerken, dass eigentlich jede Hypnose eine Selbsthypnose ist, da das „Therapeutenhirn“ dem „Patientenhirn“ nur ein Angebot unterbreiten kann, das es annimmt, verändert oder ablehnt.

Der Therapieerfolg hängt wesentlich davon ab, wie häufig der Patient, die in der Sitzung mit dem Therapeuten durchgeführte Übung in Eigenregie zu Hause durchführt. Die Patienten sollten ermuntert werden, durchschnittlich zweimal am Tag zu üben, und zwar unabhängig von der momentanen Schmerzsituation. Auch in schmerzfreien Intervallen kann man zumindest Teile der jeweiligen Intervention durchführen – u. U. auch mithilfe der Erinnerung an die Schmerzempfindung. Schriftliche Anleitungen erleichtern dem Patienten die Durchführung dieser Hausaufgaben. Auch die Nutzung von Tonträger-Aufzeichnungen des Therapeuten kann eine sinnvolle Unterstützung des Patienten in der ersten Zeit der Eigenübung, aber auch im weiteren Verlauf der Therapie darstellen, gerade wenn bei größeren Schmerzstärken (etwa > NRS 7) die völlig eigenständige Selbsthypnose schwerfällt. Patientenberichte über Abwandlungen oder Ergänzungen der ursprünglichen Übungsprotokolle, die sich während der selbst- oder fremdangeleiteten Übungen als zielführend erwiesen haben, sollten gefördert und positiv verstärkt werden sowie in zukünftigen Übungseinheiten Beachtung finden.

Tipps zum Erlernen von Selbsthypnose für Patienten, mit explizitem Bezug auf chronische Schmerzen, finden sich bei ALMAN & LAMBROU (1995) oder bei STENZEL (2004).

Weitere wertvolle Informationen zur Planung und Durchführung von Hypnotherapie bei chronischen Schmerzkrankungen findet man z. B. bei SCHOLZ (2006).

Aufbau der einzelnen Kapitel

Die nun folgende Auflistung der 99 hypnotischen Techniken zur Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen folgt einer einheitlichen Struktur.

Zunächst wurde eine Grobeinteilung vorgenommen in die Kapitel „Hypnotherapeutische Schmerzdiagnostik und problemorientierte Techniken“ und „Symptomorientierte Techniken“. Letzteres wurde nochmals untergliedert in die Abschnitte „Annahme des Schmerzes“, „Unmittelbare Schmerzveränderung“ und „Ablenkung vom Schmerz“. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die einzelnen Techniken z. T. Elemente aus anderen Kapiteln und Abschnitten enthalten, sodass die Klassifikation lediglich dem inhaltlichen Schwerpunkt folgt. So dient beispielsweise die erste Technik „Erzeugung, Externalisierung und Utilisation der Schmerzgestalt“, wie der Titel schon erahnen lässt, nicht nur diagnostischen, sondern auch therapeutischen Zwecken. Ein anderes Beispiel für die u. U. auch sinnvolle Sprengung der trennscharfen Kategorisierung ist die Technik „Kraftquellen der Vergangenheit aktualisieren“, die sicherlich der Ablenkung vom Schmerz dient, aber auch eine unmittelbare Veränderung der Schmerzempfindung anstrebt. Sinnvoll kann eine Kopplung verschiedener hypnotischer Techniken deshalb sein, weil ihr schmerzwirksames Potenzial dadurch gelegentlich gesteigert wird (vgl. MILZNER, 1999a).

Bei jeder aufgeführten Technik signalisieren entsprechende Icons, welche anderen Ziele, neben dem jeweiligen inhaltlichen Schwerpunkt einer Technik, noch anvisiert werden:

Diagnostik / Problemorientierung	Annahme	Ablenkung	Schmerzveränderung
			

Die einzelnen Techniken beginnen immer mit einem „Priming“. Wie bereits erwähnt, bleibt es dem Anwender überlassen, die auf das Priming folgende Tranceinduktion und -vertiefung frei zu gestalten. Hat der Patient einen Trancezustand erreicht, erfolgt die eigentliche Trancearbeit mit dem jeweiligen „Interventionstext“. Danach kann man der vorgeschlagenen „Posthypnotischen Suggestion“ folgen oder eine eigene kreieren. Schließlich unterliegt die „Rücknahme“ wieder der freien Ausgestaltung, in Abhängigkeit von der gewählten Induktions- und Vertiefungstechnik.

In Klammern gesetzte Informationen dienen nur als „Regieanweisungen“ und sind nicht laut auszusprechen. Zum Teil enthalten die Klammern auch alternative Textversionen und „Sprungregeln“.

Hypnotherapeutische Schmerzdiagnostik und problemorientierte Techniken



Auf der Suche nach der Bedeutung des Schmerzes

1. Erzeugung, Externalisierung und Utilisation der Schmerzgestalt



Priming:

Schmerzen können eine Botschaft enthalten, die bislang nicht ausreichend verständlich oder interpretierbar war. Diese diagnostische Hypnose hilft dabei, die in den Schmerzen enthaltenen Botschaften zu erschließen, auf Verwertbarkeit zu überprüfen und ins Leben zu integrieren.

Tranceinduktion / Vertiefung

Interventionstext:

Bitte konzentrieren Sie sich auf den Schmerzbereich innerhalb Ihres Körpers. Stellen Sie sich den Ort vor, an dem die Schmerzen im Körper zu Tage treten. Nehmen Sie deren Ausdehnung im Körper wahr. Vielleicht spüren Sie dort eine Bewegung, einen Druck oder eine gewisse Temperatur. Stellen Sie sich die Form Ihres Schmerzbereichs und seine Oberflächenbeschaffenheit vor.

Angenommen, der Gegenstand Ihrer inneren Betrachtung hätte eine Farbe, welche Farbe würde wohl am besten passen? Ist die Farbe glänzend oder matt, hell oder dunkel, gleichmäßig oder veränderlich? Ist das, was Sie innerlich sehen, quadratisch, rund oder eckig? Ist es in Bewegung, z. B. lebhaft, schnell, langsam oder rhythmisch? Wenn das Bild Ihres Schmerzsymbols hier im Raum wäre, wo würden Sie es lokalisieren? Wie weit wäre es von Ihnen entfernt? Wie groß wäre es? Ist ein Rahmen oder eine Begrenzung vorhanden oder nicht? Wie sieht – wenn vorhanden – die Umgebung aus? Ist es ein einzelnes Bild, das vor Ihrem inneren Auge erscheint oder sind es mehrere Bilder, oder gar eine Filmsequenz?

Bitte antworten Sie mir laut, ob Sie ein Bild oder einen inneren Film sehen.

(Version Bild)

Nehmen Sie das Bild Ihres Schmerzes wahr. Betrachten Sie es einfach. Achten Sie darauf, ob Sie Veränderungen des Bildes wahrnehmen. Erzeugen Sie jedoch keine absichtlichen Veränderungen. Schauen Sie, ob unter der geduldigen Betrachtung Veränderungen ablaufen, die das Bild angenehmer werden lassen. Wenn sich bei Ihrem Bild keine weiteren positiven Veränderungen mehr von selbst einstellen, ordnen Sie dem Bild einen passenden Rahmen zu und geben Sie ihm einen Platz.