

Suggestierte Analgesie bei Intoleranz von Anästhetika Zahnimplantation unter Hypnose¹

Vladimir A. Gheorghiu

Zusammenfassung: Bei einem Patienten mit starker Idiosynkrasie gegenüber anästhetischen Mitteln wurde unter Hypnose ein Metallanker für eine Zahnbrücke implantiert. Die angewandte Suggestionstechnik sowie der Bericht des Patienten werden dargestellt und erläutert.

Schmerzbekämpfung ist eines der wesentlichen Ziele der klinischen Hypnose (Hartland, 1971; Hilgard & Hilgard, 1975; Crasilneck & Hall 1985; Hoppe, 1986). Die medikamentösen Lösungen können natürlich nicht von der Hypnose ersetzt werden; in besonderen Fällen aber, wie z.B. in dem hier dargestellten, kann sich die hypnotische Anästhesie als eine Alternative erweisen. Hilgard & Hilgard geben in ihrem Buch "Hypnosis in the Relief of Pain" (1975) u.a. auch eine ausführliche Darstellung der Anwendungsmöglichkeiten suggestiver Verfahren in der Zahnmedizin. In ganz verschiedenartigen Fällen wurde Hypnose als einziges anästhetisches Mittel angewandt. Die Durchführung von Zahnimplantationen unter hypnotischen Bedingungen ist aber nicht erwähnt. Die Erklärung kann darin bestehen, daß sich derartige Eingriffe in der alltäglichen Praxis noch nicht ausreichend durchgesetzt haben, aber auch darin, daß sie sich als äußerst schmerzhaft erweisen. Der Eingriff erfolgt in einer Zone, die für ihre hohe Schmerzempfindlichkeit bekannt ist. Die Vorbereitung des Gewebes für das Einpflanzen verlangt einen 3-4 cm langen Einschnitt in die Schleimhaut und die Periostes und anschließend einen genauso langen 1,5 - 2 cm tiefen Schnitt in den horizontalen Zweig der Mandibula. Die entsprechende Zone ist stark vaskularisiert. Durchaus möglich sind Blutungen, die während der Operation auftreten und die Durchführung des Eingriffs negativ beeinflussen können.

Falldarstellung und Vorgehensweise

Der Patient C.B. hatte eine größere Zahnlücke, die unter normalen Bedingungen durch eine mobile Prothese auszugleichen gewesen wäre. Da er aber Schauspieler war, war er schon aus beruflichen Gründen stark interessiert, einer mobilen Prothese mit der Gefahr unerwünschter Bewegungen aus dem Wege zu gehen. Es wurde ihm von seinem Zahnarzt vorgeschlagen, sich für ein Metall-Implantat, das eine Zahnbrücke ermöglichen würde, zu entscheiden. Anfangs zeigte er sich aber eher ablehnend gegenüber dieser Lösung. Unter anderem stellte sich heraus, daß er eine starke Idiosynkrasie gegenüber Betäubungsmitteln hatte. In dieser Situation stellte sich die Frage, ob er nicht dem Eingriff zustimmen würde,

wenn anstelle von Anästhetika hypnotische Analgesie angewandt würde.

Der Patient befand sich wegen neurovegetativer Dysfunktionen bei mir in psychotherapeutischer Behandlung. Unter anderem hatte ich bei ihm auch hypnotische Verfahren angewandt. Analgetische Suggestionen während des normalen Wachzustands blieben erfolglos; C.B. reagierte empfindlich schon auf relativ oberflächliche Stiche. Unter hypnotischen Bedingungen dagegen erwies sich der Patient selbst gegenüber sehr tiefen Stichen als unempfindlich. Der Grad seiner hypnotischen Bereitschaft wurde mittels der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (Shor & Orne, 1962) getestet. Er erreichte 10 Punkte von 12 möglichen. Bei der Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978) erzielte er 36 von 40 möglichen Punkten. C.B. zeigte keine spontane Amnesie; auch die suggestierte Amnesie stellte sich nur teilweise ein. Er konnte sich im allgemeinen an die intra-hypnotischen Ereignisse erinnern. Der Patient erklärte sich bereit, die Implantation unter hypnotischen Bedingungen durchführen zu lassen. Der Eingriff wurde von Dr. P. Orleanu in der Bukarester Universitätsklinik für Zahnmedizin (Ltg. Prof. Dr. L. Ene) durchgeführt.

Aus Gründen, die weiter unten erläutert werden, habe ich mich für die Anwendung eines dissoziativen Verfahrens entschlossen. Gleich nach dem Induzieren der Hypnose wurde dem Patienten suggeriert, er befände sich an einem ihm sehr angenehmen Urlaubsort am Meer, er sei dort mit einem Bekannten zusammen, der ihm über einen unter Hypnose durchgeführten Eingriff berichtet. Sinn dieser Vorgehensweise war, einerseits die Spaltung zwischen der eigentlichen Situation und der suggerierten zu akzentuieren; andererseits stellte sich das Problem, einen Bezugsrahmen zu schaffen, bei dem nicht die Gefahr einer vollkommenen Zusammenhangslosigkeit mit den tatsächlichen Ereignissen bestand. Denn - wie noch zu zeigen sein wird - trotz seiner ausgeprägten Umschaltbarkeit erreichte der Patient nie diesen Grad der Loslösung von Umweltreizen, die einer sog. Identifikation mit den suggerierten Inhalten gleichkam.

Vor dem Eintritt in den OP wurde der Patient ziemlich nervös, er versuchte aber, sein Unbehagen zu verbergen. Auch während der hypnotischen Induktion sowie danach war seine Unruhe sichtbar. Erst nach und nach konnte der hypnotische Zustand vertieft werden. Zu Anfang des Eingriffs drückte die Mimik ein gewisses Unbehagen aus, der Patient stöhnte auch ein paarmal. Durch persuasive Beeinflussung gelang es aber immer mehr, den Patienten zu beruhigen. Nach und nach entspannte sich sein Gesicht. Er hatte ein paarmal die Tendenz zu sprechen, lachte mehrmals und zeigte ein wachsendes euphorisches Verhalten. Die ganze Zeit über habe ich die Hand des Patienten in meiner Hand gehalten; so war es möglich, die Reaktionen des Patienten besser zu erfassen und ihm gleichzeitig noch stärker das Gefühl protektiver Nähe zu geben. Keinen Moment war das Unbehagen, das sich auf dem Gesichtsausdruck widerspiegelte, von einer Kontraktion der Glieder begleitet. In keiner Phase des Eingriffs hat der Patient die Verkrampfung gezeigt, die bekannterweise schon bei leichter zahnärztlicher Behandlung auftritt.

Der Eingriff dauerte 25 Minuten. Das Ausmaß der Blutung entsprach durchaus demjenigen bei Eingriffen unter Anwendung medikamentöser Anästhetika und vaso-konstriktorischer Mittel. Der Patient erwies sich sofort nach dem Eingriff wie auch später als schmerzfrei. Er nahm weder vor noch nach der Operation Medikamente. Der Allgemeinzustand nach dem Eingriff war ferner durch ein euphorisches Verhalten gekennzeichnet.

Eigenbericht des Patienten

Zwei Stunden nach dem Eingriff hat der Patient seine Eindrücke auf Tonband gesprochen. Hier einige Auszüge davon:

"Ich hatte schon seit 10 Tagen mit dem Gedanken gespielt, die Einpflanzung unter Hypnose vornehmen zu lassen. Die Erfahrung, die ich mit meinem Therapeuten gewonnen hatte, zeigte mir, daß eigentlich nichts Schlimmes passieren könnte. Seit gestern aber war ich nicht mehr so selbstsicher. Ich fühlte, daß der Termin näher rückte und eine gewisse Unruhe überwältigte mich. Vor dem Einschlafen habe ich nochmals ein Autogenes Training durchgeführt und mich beruhigt. Der Schlaf war gut.

Als ich heute morgen der Vorbereitung zusah, wurde es mir mulmig. Es war nicht so sehr meine skeptische Einstellung, die mich beeinflusste, als vielmehr die Nervosität der Ärzte. Am Anfang konnte ich mich nicht so richtig entspannen. Nach und nach haben die beruhigenden Worte des Therapeuten auf mich gewirkt, und ich konnte fast vergessen, was eigentlich mit mir los war. Ich konnte abschalten. Ich fühlte mich ans Schwarze Meer versetzt, ins Hotel International in Mamaia. Ich hatte den Eindruck, daß ich nicht Beteiligter war, sondern nur Zuschauer oder Zuhörer von Ereignissen, die mir erzählt wurden.

Die Dinge sind mir nicht ganz klar. Mehr als der Eingriff haben mich die Kommandos der Ärzte gestört. Da hieß es: "Tupfer", "Klammer", "Bohrer". Das alles waren Sachen, die, wie soll ich sagen, von außen auf mich eindrangten. Wenn dies alles nicht gesagt worden wäre, hätte ich von den Ärzten gar nicht Kenntnis genommen.

Wie lange alles gedauert hat, kann ich nicht sagen. Ich habe die Vögel aus dem Park neben der Zahnklinik gehört und es war alles wie am Schwarzen Meer, dort, wo ich jahrelang im Sommer gewohnt habe.

Wahrscheinlich habe ich auch gestöhnt oder vielleicht gezittert, wie es nun mal ist, wenn man mit dem Bohrer direkt auf dem Knochen arbeitet; so wurde es mir jedenfalls später gesagt.

Ich war aber von mir selbst getrennt. Die Berührung mit der Hand meines Therapeuten hielt mich mit der Außenwelt verbunden. Ich spürte, daß da Dinge passierten, die unangenehm waren. Aber es war, als ob man vor dem Bildschirm hockt und zusieht, wie eine Frau verprügelt wird. Man kann aber nicht ins Fernsehgerät reinkriechen, um einzugreifen. So ungefähr könnte ich meinen Zustand beschreiben.

Ich habe jahrelang mit Zahnärzten zu tun gehabt. Ich kann behaupten, daß ich trotz Anästhesie immer starkes Unbehagen hatte. Mein genereller Zustand war bedeutend schlimmer als heute bei einem Eingriff, der viel komplizierter war als alles, was ich vorher erlebt habe.

20 Minuten nach dem Eingriff habe ich mich ans Steuer gesetzt und bin meiner Wege gegangen. Jetzt, zwei Stunden danach, fühle ich mich ausgezeichnet."

Diskussion

Aufgrund von Einzelfällen sollten keine Schlußfolgerungen gezogen werden, die

sich auf den gesamten in Frage kommenden Bereich beziehen. Die Darstellung etwas ungewöhnlicher Situationen ermöglicht jedoch einen besseren Zugang zum Verstehen charakteristischer Aspekte des hypnotischen Geschehens. Der oben beschriebene Fall gibt mir Gelegenheit, auf einige Besonderheiten hypnotischer Vorgänge hinzuweisen, die ich z.T. auch anhand anderer klinischer und experimenteller Situationen beobachten konnte (Gheorghiu, 1971, 1973, 1977).

(1) Die Einleitung der Hypnose sowie auch das hypnotische Phänomen selbst können nur schwer verstanden werden, wenn man sie nicht in enger Verbindung mit gewissen Eigenschaften und Erfahrungen der hypnotisierten Person in Verbindung bringt. Wie aus den anamnestischen Erhebungen, aus dem normalen Umgang mit dem Patienten sowie aus seinem Bericht über seine Empfindungen während des Eingriffs zu entnehmen war, erwies sich C.B. als eine Person voller Phantasie und Imagination. Es ist anzunehmen, daß diese Eigenschaften ihm bei der Übernahme und Gestaltung der Rolle einer hypnotisierten Person zu Gute kamen. Wahrscheinlich begünstigte auch seine schauspielerische Begabung zu einem gewissen Grade das "Hineinversetzen" in die hypnotische Situation. (Siehe im Zusammenhang mit der Beziehung zwischen Schauspielkunst und Hypnose die Arbeit von Sarbin & Coe, 1972.) Wie weiter oben schon angeführt, demonstrierte C.B. zwar die Kapazität, sich schnell in der suggerierten Rolle zurechtzufinden, erlangte aber nicht den Grad der Involvierung, der einer Identifikation mit der übernommenen Rolle gleichkommt. Das zeigte sich u.a. auch bei der sog. hypnotischen Altersregression, die ich bei ihm während der vorangegangenen psychotherapeutischen Betreuung wiederholt eingeleitet hatte. Er konnte sich in das suggerierte Alter "hineinleben", diese Rückversetzung war aber nicht ganz frei von einem wenn auch nur halbwegs kontrollierten Rollenspiel.

Ich schließe nicht aus, daß sich hier ein gewisser Zusammenhang mit seiner künstlerischen Erfahrung zeigt. Denn man könnte davon ausgehen, daß C.B., gerade weil er Schauspieler ist, auch unter hypnotischen Bedingungen noch eine gewisse Kontrolle über das durch gezielte Suggestionen eingeleitete Rollenspiel behält. Anders als man sich vorstellt, interpretiert ein Schauspieler seine Rolle nicht bis zur totalen Identifikation.

(2) Die üblichen Skalen zur Erfassung der Hypnotisierbarkeit (Weitzenhoffer & Hilgard, 1961; Shor & Orne, 1962) und ähnliche Meßverfahren können das untersuchte Phänomen nur approximieren. Sie geben u.a. keine Auskunft über die Wirkung suggerierter Analgesie, eigentlich auch nicht über den Grad der hypnotischen Involvierung. Zwei Personen mit maximalem Punkte-Wert auf den entsprechenden Skalen können sich trotzdem in wesentlichen Aspekten unterscheiden hinsichtlich der Art, wie sie nach Induzieren der Hypnose die Umwelt und sich selbst empfinden. Wie ich immer wieder aus eigener Erfahrung feststellen konnte, erweist sich z.B. eine Person mit einem hohen Score auf den genannten Skalen nicht unbedingt als ansprechbar auf analgetische Suggestionen, eine Person mit einem etwas niedrigeren Score kann dagegen sehr gut auf derartige Suggestionen reagieren. Wir konnten den Schritt zu diesem sonst außergewöhnlich schmerzhaften Ein-

griff, bei dem die Hypnose die einzige Analgesie war, erst wagen, nachdem wir durch wiederholte Überprüfung die Wirkung hypnotisch suggerierter Analgesie festgestellt hatten. Es ist insofern wichtig, mehr Informationen über die Besonderheiten der hypnotischen Fähigkeiten einer Person zu gewinnen, u.a. auch darüber, ob Amnesie effizient suggeriert werden kann, weil in Abhängigkeit davon die entsprechende Vorgehensweise während der hypnotischen Intervention zu bestimmen ist.

- (3) Hypnose, unter welchen Bedingungen und zu welchen Zwecken auch immer sie eingeleitet wird, ist als ein komplexer Kontext zu verstehen (Coe & Sarbin, 1977). Verschiedenartigen, in Wechselbeziehung stehenden kognitiven und sozialpsychologischen Prozessen ist Rechnung zu tragen. Es geht stets um gewisse Erwartungshaltungen, um Einstellungen zum Phänomen, zum Therapeuten, zu anderen Beteiligten und zur eigenen Person, um Zuschreibungs- und Motivationsvorgänge sowie um Erfahrungen und Erlebnisempfindungen. Selbstverständlich spielen Umschaltungs-, Imaginations- und Lernfähigkeiten eine wichtige Rolle, aber auch diese sind nicht immer in gleicher Weise beteiligt. Wird die Hypnose unter besonderen Umständen induziert - und das war wohl hier der Fall - treten andere, der speziellen Aufforderungssituation entsprechende Zusammenhänge auf. C.B. war sicherlich trainiert. Wie schon gesagt, wuden bei ihm während der vorangegangenen Behandlung auch hypnotische Verfahren angewandt. Er übte mit Erfolg Autogenes Training. (Auch zur weiteren Zahnbehandlung wurden Suggestiv-Verfahren einschließlich Hypnose eingesetzt.) Wie ausgeprägt bei ihm die Hypnose als quasi konditionierter Prozeß ablief, zeigte sich an der Tatsache, daß die Einleitung der Hypnose schon allein beim Anhören der Stimme des ihm vertrauten Therapeuten möglich war. Es ließ sich ohne weiteres eine Hypnose per Telefon einleiten bzw. annullieren. Besonders das Verhalten des Patienten am Anfang des Eingriffs weist darauf hin, wie verkehrt es wäre, die hypnotisierte Person als einen Automaten zu betrachten, der mehr oder weniger blind auf die ihm erteilten Suggestionen reagiert. Als die Durchführung des Eingriffes unmittelbar bevorstand, zeigte der Patient eine gewisse Angst vor seiner eigenen Courage. Er war, wie er selber zugab, ziemlich nervös. Der OP und sein typischer und penetranter Geruch, die vielen Ärzte ringsum, die nicht zu übersehenden Instrumente, stellten eine sich aufzwingende traumatisierende Realität dar, die es zu bewältigen galt. Die Hypnose war somit nicht mehr leicht einzuleiten bzw. zu vertiefen. Derartige Umstände verlangen eine starke Konsolidierung des Paktes zwischen den beiden Hauptakteuren, dem Patienten und dem Therapeuten; (dem Chirurgen, zwar "Hauptexekutor", galt es, wenig Aufmerksamkeit zu schenken, was dieser in diesem Fall nur begrüßen konnte). Solange die hypnotische Konvention aufrechterhalten wird und beide davon ausgehen, daß jetzt das "Spiel" ernsthaft bis zu Ende gespielt werden muß, zumal sich auch keine angemessenen Alternativen anbieten, kommt es mehr und mehr auf das gegenseitige Vertrauensverhältnis an und nicht zuletzt auf die Anwendung der adäquaten Suggestionstechnik.

In der gegebenen Situation galt es, den Patienten noch mehr zu unterstützen, z.B. durch Halten seiner Hand, durch ständiges, sicheres und ruhiges Zureden, um ihm zu helfen, sich der traumatischen Situation mehr und mehr zu entziehen.

Der Patient seinerseits ist motiviert, sein Bestes zu tun, sich und die anderen nicht zu enttäuschen. Er wirkte immer gelassener, nutzte jede Gelegenheit aus, um etwas Fröhliches mitzuteilen und zu lachen.

Auf dieser Grundlage war es dann nicht mehr schwierig, Schritt für Schritt das Dissoziationsverfahren einzuleiten bzw. weitere beruhigende Suggestionen zu erteilen, die auch das posthypnotische Verhalten implizieren. Sowohl die analgetischen Suggestionen als auch die, die sich auf den Blutungsvorgang nach der Operation bezogen, erwiesen sich als äußerst wirksam.

- (4) Schließlich illustriert der oben geschilderte Fall nicht nur, wie komplex, sondern auch wie widersprüchlich das hypnotische Geschehen sein kann. Meines Erachtens besteht die besondere Herausforderung der Hypnose gerade darin, daß sie die Aufmerksamkeit auf die Dialektik paradoxer Erscheinungen und Mechanismen lenkt. Sie macht deutlicher, daß einander scheinbar ausschließende Erscheinungen als "sowohl-als-auch-Realitäten" zu betrachten sind. Das ist auch unabhängig von einem hypnotischen Kontext feststellbar, wird aber wegen unseres schematischen Denkens seltener oder nur ungern erfaßt. Der hypnotische Zustand erweist sich als eine eigenartige Mischung von bewußter und unbewußter Orientierung über das "Jetzt" und das "Hier", von Aufmerksamkeit und Gelassenheit, von Unterordnung und Selbstkontrolle, von adäquatem und verzerrtem Wahrnehmen, von simuliertem und authentischem Verhalten, von Mitmachen und von Einfach-Geschehen-Lassen. Der Fehler vieler Hypnoseforscher besteht darin, daß sie nur je eine der bipolaren Dimensionen gelten lassen und je nach theoretischer Ausgangsposition entweder alles als genuin oder aber alles eben als Artefakt verstanden haben wollen. Eine Befürwortung des "Sowohl-als-auch-Prinzips" mutet mehr als eine opportunistische Betrachtungsweise denn als eine Anerkennung dialektischer Sachverhalte an. Der Patient erlebt sich, wie er selbst zeigt, sowohl in der Bukarester Klinik als auch weit weg von ihr. Er hört das Zwitschern der Vögel aus dem naheliegenden Park, fühlt sich aber gleichzeitig ans Schwarze Meer versetzt. Die persuasiven Suggestionen helfen ihm, eine neue Realität zu schaffen, die ihn mehr und mehr der schmerzhaften Szenerie entzieht. Er fühlt sich, wie er bildhaft durch die TV-Allegorie beschreibt, von sich selbst getrennt, hat ein Gefühl des Traumes im Traum. Er weiß, daß gewisse Dinge nicht zutreffen, läßt sich aber weiterhin täuschen. Er befindet sich ständig zwischen Fiktion und Realität, zwischen den Kommandos der Ärzte, die ihn an das "Hier" und "Jetzt" erinnern und den Erlebnissen am Meer. Er ist von seiner Phantasie getragen und legt rasch eine starke, fast unglaubliche Euphorie an den Tag, was in krassem Gegensatz zu seinem ursprünglichen Unbehagen steht, das seine Grimasse, wenn auch nur für kurze Zeit zum Ausdruck brachte.

Natürlich ist er stolz auf sein Verhalten. Er bittet uns, die Video-Aufnahme, die während des Eingriffs gemacht wurde, in Rumänien nicht zu zeigen. "Als bekannter Schauspieler", der keinen Hehl aus seiner Künstler-Eitelkeit macht, möchte er vermeiden, daß seine schlechten Zähne zur Schau gestellt werden. Er selbst verliert aber keine Gelegenheit, um voller Selbstbewunderung in seinem Bekanntenkreis über den in Hypnose durchgeführten Eingriff zu berichten.

Meines Erachtens ist es notwendig, gerade diesen komplexen Situationen mehr Aufmerksamkeit zu widmen, um somit ein besseres Bild von der Vielfältigkeit und den paradoxen Dimensionen der Hypnose zu gewinnen.

Literatur

- Coe, W.C., & Sarbin, T. (1977). Hypnosis from the standpoint of a contextualist. In W. Edmonston (Ed.), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Crasilneck, H., & Hall, J.A. (1985). *Clinical Hypnosis. Principles and Applications*. New York: Grune and Stratton.
- Gheorghiu, V.A. (1971). The influence of motivational factors on hypnotic susceptibility. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13(3).
- Gheorghiu, V.A. (1973). *Hypnose und Gedächtnis*. München: Goldmann.
- Gheorghiu, V.A. (1977). *Hipnoza*, Editura Stiintifica si Enciclopedica. Bukarest.
- Hartland, J. (1971). *Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications*. London: Bailliere Tindall.
- Hilgard, E.R., & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the Relief of Pain*. Los Altos, Ca.: W. Kaufman.
- Hoppe, F. (1986). Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen. Frankfurt: Peter Lang.
- Sarbin, T., & Coe, W. (1972). *Hypnosis. A Social Psychological Analysis of Influence Communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Shore, R.E., & Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility*. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C*. Palo Alto, Ca.: Consulting Psychologists Press.
- Wilson, S.C., & Barber, T.X. (1978). The creative imagination scale as a measure to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 235-249.

Keywords: pain, dental hypnosis, suggestive analgesia.

Summary: Dental implant was performed under hypnosis with a man who was allergic to drugs. This report includes the operator's remarks, the patient's verbatim comments of the surgery and a discussion about the nature of hypnosis.

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Vladimir A. Gherghiu
Universität Gießen, Fachbereich Psychologie
Otto-Behagel-Str. 10
6300 Gießen

Anmerkungen:

1) Ein Kurzbericht über diesen Fall wurde bereits im *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1982, 25(1), 68-70 veröffentlicht.

Hypnotische Schmerzlinderung Erklärungsansätze, Vorgehensweisen und Befunde

Frank Hoppe und Eckard Winderl

Zusammenfassung: Es werden die verschiedenen, auf Laborexperimenten basierenden Erklärungsansätze zur hypnotischen Analgesie diskutiert. Daran anschließend werden aus unserer eigenen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten drei Untersuchungen zur symptomorientierten Vorgehensweise berichtet, in denen die Effektivität direkter und indirekter Suggestionen überprüft wurde. Abschließend gehen wir auf unsere Erfahrungen mit einer psychodynamischen Vorgehensweise in der hypnotischen Schmerzlinderung ein.

Hypnose kann schmerzlindernd bei akuten oder bei chronischen Schmerzen eingesetzt werden. Im ersten Fall zielt die Hypnose häufig darauf ab, Angst und Schmerzen, die mit bestimmten medizinischen Eingriffen (z.B. Zahnextraktionen, Knochenmarkpunktionen) verbunden sind, sofort und kurzfristig (meist für die Dauer des Eingriffs) zu reduzieren. Die Schmerzen sind hier im allgemeinen klarer, organischer Genese und die in der Hypnose gegebenen Suggestionen symptombezogen. Der analgetische Effekt der Hypnose tritt in der Hypnose ein und ist häufig auf die Dauer der Hypnose (oder posthypnotisch auf eine kurze Zeit danach) begrenzt (vgl. Barber, 1982a; Hilgard & LeBaron, 1984).

Bei chronischen Schmerzen hingegen geht es in der Regel darum, durch Interventionen in der Hypnose eine die Hypnose überdauernde Schmerzreduktion herzustellen. Man findet zwar auch hier vielfach einen analgetischen Effekt innerhalb der Hypnose, doch tritt dieser nach unseren Beobachtungen häufig unabhängig von der Schmerzlinderung außerhalb der Hypnose auf, die bei chronischen Schmerzen das eigentliche Behandlungsziel darstellt. Die Schmerzen sind oft unklarer Genese; sie können, müssen aber keine feststellbare körperliche Ursache haben. Desgleichen können die in der Hypnose durchgeführten Interventionen symptomorientiert (schmerzbezogen) sein, ebenso gut aber auch problemorientiert, wenn "hinter dem Symptom" seelische Probleme oder Konflikte vermutet werden. Bei chronischen Schmerzen lassen sich mindestens folgende vier Anwendungsmöglichkeiten der Hypnose unterscheiden, die in der Praxis oft kombiniert auftreten:

- (1) In der Hypnose werden schmerzbezogene Suggestionen (etwa für Analgesie, Amnesie, Zeitverzerrung, Reinterpretation schmerzhafter Empfindungen) gegeben, die - über die Aktivierung schmerzunverträglicher Erfahrungen - auf eine Veränderung des Schmerzerlebens abzielen.
- (2) Der Patient wird zur Selbsthypnose angeleitet, um auftretenden Schmerzattacken z.B. mit einer selbstinduzierten Entspannungsreaktion entgegenwirken zu können. Hypnose wird dem Patienten hier (ähnlich wie das Autogene Training) als Copingstrategie an die Hand gegeben.