

„Wenn Sie sich verschlucken, werden Sie sterben!“

Wie es gelang, eine jahrelang höchst wirksame Suggestion zu entmachten

Ein Fallbericht

Matthias Mende

Ausgangssituation der psychotherapeutischen Behandlung

Ein 53-jähriger Handwerker erleidet vier Jahre vor Therapiebeginn infolge eines Sturzes bei der Arbeit ein schweres Schädelhirntrauma sowie ein komplettes Querschnittssyndrom mit Schädigung des Rückenmarks in Höhe des zwölften Brustwirbels. Er liegt mehrere Wochen im Koma und übersteht auf der Intensivstation eine schwere Lungenentzündung.

Gleich nachdem er das Bewusstsein wiedererlangt hat, wird ihm mitgeteilt, dass die Gefahr einer neuerlichen Lungenentzündung bestünde, sollte er sich verschlucken – und, dass er eine weitere Lungenentzündung nicht überleben würde.

Im Zuge der erfolgreichen akutmedizinischen Versorgung ist Herr T. nach einigen Wochen außer Gefahr, sich neuerlich eine Lungenentzündung zuzuziehen und erhält die Erlaubnis, wieder zu schlucken. Allerdings ist er außerstande, dies willentlich zu tun, so sehr er sich auch bemüht. Alle logopädischen Maßnahmen helfen nicht, Kontrolle über den Schluckakt wiederzugewinnen. Herr T. verwendet seither stets einen Spucknapf, um Speichel zu entsorgen. Es ist dem Patienten zu Therapiebeginn seit nunmehr vier Jahren nicht mehr möglich, Flüssigkeit oder Nahrung über den Mund aufzunehmen, sodass er seit dem Unfall auf eine PEG-Sonde zur Nahrungsaufnahme angewiesen ist, mit der der Speisebrei durch die Bauchwand direkt in den Magen eingeführt wird.

In den folgenden Jahren werden bei verschiedenen Reha-Aufenthalten mehrere logopädische und psychologische Anläufe genommen, um den Schluckakt wieder zu ermöglichen – ohne Erfolg. Allerdings hat es den Anschein, dass während der Nacht ein unbewusstes Schlucken erfolgt, zumal Herr T. nach dem Aufwachen am Morgen keine größere Speichelmenge im Mund hat. Nachdem im Laufe der Jahre keine Bes-

Matthias Mende

Psychotherapiezentrum Dr. Mende, Salzburg

„Wenn Sie sich verschlucken, werden Sie sterben!“

**Wie es gelang, eine jahrelang höchst wirksame Suggestion zu entmachten
- Ein Fallbericht**

Der 53-jährige Martin T. leidet zu Therapiebeginn seit vier Jahren unter einer dissoziativen Schluckstörung, die sich nach einem Arbeitsunfall mit komplettem Querschnittssyndrom entwickelt hatte. Seither ernährt er sich ausschließlich über eine PEG-Sonde. Neurologische Ursachen für die vollständige Schluckstörung konnten ausgeschlossen werden. Ausgangspunkt war höchstwahrscheinlich die postoperativ gegebene eindringliche Warnung der Ärzte, sich auf keinen Fall zu verschlucken, da dies in einer tödlichen Lungenentzündung enden könnte. Die hypnotherapeutische Arbeit bezog sich darauf, (1) die lebensrettende Absicht und Gründlichkeit des „inneren Sicherheitszentrums“ zu würdigen, das in der Lage war, das Schlucken so zuverlässig zu unterbinden, (2) dieses Sicherheitszentrum anzuregen, sich davon zu überzeugen, dass das Schlucken heute wieder sicher möglich ist, (3) die motorische Schluckblockade zu lösen und die Schluckmotorik wieder zu aktivieren und (4) Herrn T. durch eine bewusst/unbewusst-Dissoziation von absichtlichen Schluckversuchen zu entlasten. Nach 30 Sitzungen innerhalb von 13 Monaten war die Schluckstörung vollständig gelöst, sodass die PEG-Sonde entfernt werden und Herr T. sämtliche Nahrungsmittel wieder normal essen konnte.

Stichworte: Trauma, dissoziative Schluckstörung, ärztliche Alarmsuggestionen, Psychoedukation, inneres Sicherheitszentrum, Utilisation, Ressourcenaktivierung, hypnotherapeutisches Timing

„If you choke, you will die!” Finding ways to defy a long lasting, utterly effective suggestion - A case report

Martin T., 53 years old, had incurred a work accident with a complete paraplegic syndrome four years before the start of this therapy. He had been suffering from a dissociative dysphagia ever since, forcing him to depend on a PEG tube to feed on. Neurological causes for the complete inability to swallow could be ruled out. The disorder most likely got started when doctors gave the insistent warning not to choke, because this might possibly end in a fatal pneumonia. The hypnotherapeutic work was directed at (1) appreciating the lifesaving intention and thoroughness of the inner safety hub which had been so reliable in preventing any swallowing, (2) to encourage this safety hub to assure itself that once again swallowing was a safe thing to do, (3) to resolve the motoric blockage of swallowing and reactivating the swallowing motor function and (4) to keep Mr. T. from intentional attempts to swallow by introducing a conscious/unconscious dissociation. After 30 sessions held in a period of 13 months the dysphagia was dissolved completely. The PEG tube could be removed as a consequence and Mr. T. was able to eat normally again.

Keywords: Trauma, dissociative dysphagia, alarming medical suggestions, psychoeducation, inner safety hub, utilization, activating resources, hypnotherapeutic timing

Dr. Matthias Mende

Psychotherapiezentrum Dr. Mende

Taxhamgasse 17, A-5020 Salzburg, mende@hypnose.co.at

serung zu erzielen ist, versucht das medizinische Personal, den Patienten darauf einzustellen, sich mit der Unmöglichkeit des Schluckens abzufinden. Nach medizinischer Einschätzung zu Therapiebeginn liegt eine „neurogene Dysphagie“ bzw. „dissoziative Schluckstörung“ vor. Ein ursächlicher Zusammenhang mit einer ebenfalls bestehenden Nervus-laryngeus-recurrens-Parese konnte neurologisch ausgeschlossen werden.

Der Patient kommt ausdrücklich wegen Hypnose zu mir in Therapie, da er gelesen hatte, dass sich Hypnotherapie in besonderer Weise dafür eigne, „unbewusste Blockaden“ zu lösen, die nach einer Traumatisierung auftreten – eine Sicht, die ich ihm sofort bestätigt habe.

Therapieverlauf

Die Ausgangssituation legte von vornherein die Verwendung von Hypnose nahe: Es lag eine schwere körperlich/seelische Traumatisierung vor – einerseits durch den Unfall und seine unmittelbaren Folgen selbst und andererseits durch die alarmierende ärztliche Suggestion während der hochsuggestiblen Aufwachphase nach dem Koma, als Herr T. vor den möglicherweise tödlichen Folgen des (Ver-) Schluckens gewarnt wurde. Die Anwendung von Hypnotherapie empfahl sich in diesem Fall, um auf stabilisierende Weise direkt das innere amygdaloide Alarmzentrum anzusprechen und symptomorientiert an der Auflösung der Dissoziation zu arbeiten.

Psychoedukation

Wie immer bei der Behandlung von Traumafolgestörungen, legte ich auch diesmal großen Wert auf Psychoedukation, um die psychovegetative Traumadynamik verständlich darzustellen und daraus den hypnotherapeutischen Therapieplan abzuleiten (Mende, 2010, 2018). Gestützt auf die Arbeiten von Reddemann (2017, 2019), Perren-Klingler (2015), van der Hart (2015) und Fischer & Riedesser (2009) sind dabei die folgenden Aussagen von besonderer Bedeutung:

- Bei einer Traumatisierung startet der Organismus automatisch bestimmte Maßnahmen, um das Überleben zu sichern.
- Ein Großteil dieser Maßnahmen zielt darauf ab, den Menschen vor Überflutung mit unerträglichen Gefühlen und Sinnesempfindungen zu schützen, indem die Betroffenen vom Erleben solcher Extremreize abgekoppelt werden. Dies ist das Wesen der Dissoziation.
- Ziel dieser Maßnahme des Unbewussten ist, auch in lebensbedrohlichen Extremsituationen hinreichend handlungsfähig zu bleiben, um zu funktionieren.
- Gleichzeitig wird ein Alarmzentrum aktiv, dessen Aufgabe es ist, künftige Gefahren abzuwenden. Diese innere Alarmstelle ist hochsensibel und reagiert schon auf feinste Anzeichen, die eine Gefährdung andeuten könnten. Auch wenn nach einiger Zeit objektiv betrachtet keine Gefahr mehr besteht, erkennt diese Stelle dies nicht ohne weiteres, und setzt ihre Schutzmaßnahmen fort. Längerfristig sind

Schluckstörung

es diese Schutzmaßnahmen selbst, die Leid verursachen.

- Während und unmittelbar nach einer Traumatisierung ist der Mensch hochsuggestibel. Das bedeutet, er ist sehr empfänglich für einfache positive Botschaften, die Stabilisierung, Orientierung und Sicherheit bringen; aber er ist auch anfällig für negative Suggestionen, die eventuell unbedacht gegeben werden.

Konkret sagte ich dem Patienten: *„Sie waren in der Aufwachphase nach dem Koma in einer außergewöhnlichen Situation, in der es vollkommen normal ist, völlig desorientiert zu sein. Sie standen vor der Aufgabe, die körperlichen Unfallfolgen der massiven Kopfverletzung und der Querschnittslähmung zu verstehen. Als sie noch dabei waren, diese Unfallfolgen zu begreifen, sagte Ihnen der Arzt, Sie dürften auf keinen Fall schlucken, weil ein Verschlucken zu einer tödlichen Lungenentzündung führen könnte. Ihr Unbewusstes hat daraufhin ein inneres Sicherheitszentrum in Alarmbereitschaft versetzt, das dafür gesorgt hat, dass diese Aufforderung zu 100 % zuverlässig umgesetzt wurde. So hat dieses innere Sicherheitszentrum geholfen, Ihr Überleben zu garantieren. In der Therapie wird es jetzt darum gehen, dieses Sicherheitszentrum davon zu überzeugen, dass es heute wieder vollkommen in Ordnung und sicher ist, das Schlucken nach langer Zeit wieder zuzulassen.“*

Utilisieren von Ressourcen

Von Anfang an imponierte die feste Überzeugung des Patienten, eines Tages wieder schlucken zu können. Der Patient hatte schon mehrfach empfohlene Vorsichtsmaßnahmen der Ärzteschaft abgelehnt und damit Recht behalten:

Nachdem er aus dem Koma erwacht war, wurde die künstliche Beatmung zunächst beibehalten, weil medizinisch nicht gesichert war, dass die Atemfunktion auch ohne Unterstützung von außen stabil bleiben würde. Entgegen der Skepsis der Ärzte bestand Herr T. nach einiger Zeit darauf, von der künstlichen Beatmung genommen zu werden, weil er überzeugt war, wieder aus eigener Kraft atmen zu können, womit er recht behalten sollte. Später setzte er ebenfalls gegen den Rat der Ärzte durch, über die PEG-Sonde mit normaler pürierter Nahrung versorgt zu werden, anstatt die zu diesem Zweck hergestellte Spezialnahrung zu sich zu nehmen.

Psychodiagnostisch lag ein höheres Strukturniveau vor (Ermann, 2016). Der Patient zeigte von Anfang an eine hyperthyme Grundstimmung und behielt eine ausgeglichene Stimmungslage auch angesichts von Schwierigkeiten oder Rückschlägen. In der therapeutischen Beziehung äußerte er Entschlossenheit, Zuversicht und Mut und zeigte die Fähigkeit, sich voll und ganz auf die hypnotische Erfahrung einzulassen. Er ließ eine hohe emotionale Reife und ein gutes Autonomieverständnis mit Bereitschaft zum Widerspruch erkennen. Im Therapieverlauf äußerte er Freude selbst an kleinen Fortschritten, war geduldig und zeigte sich zufrieden mit der Realisierung des Möglichen. Dies war die Voraussetzung für ein sorgfältiges hypnotherapeutisches Arbeiten ohne Zeitdruck.

Therapieplanung

Für die Therapieplanung habe ich mehrere Prämissen aufgestellt, entlang derer sich die hypnotherapeutischen Interventionen bewegen:

1. Es handelt sich um eine dissoziative Schluckstörung, die entstanden war, als der Patient posttraumatisch in einer hochsuggestiblen Bewusstseinslage ärztlicherseits vor dem Verschlucken gewarnt wurde, was vom Unbewussten als ein generelles Schluckverbot gedeutet wurde.
2. Die bis dato bestehende Schluckstörung ist zu sehen als eine fortgesetzte unbewusste Befolgung dieses Verbots, welches dissoziiert abläuft und durch bewusste Absicht nicht aufgehoben werden kann.
3. Der erste Teil der traumatherapeutischen Hypnotherapie zielt darauf ab, das „innere Sicherheitszentrum“ für seine sorgfältige Befolgung des Schluckverbotes als Umsetzung einer lebensrettenden Maßnahme anzuerkennen und ihm dafür zu danken.
4. Der zweite Teil der traumatherapeutischen Hypnotherapie zielt darauf ab, dieses innere Sicherheitszentrum davon zu überzeugen, dass es heute wieder absolut sicher ist, das Schlucken zuzulassen – eine Tatsache, die alle hierfür kompetenten Mediziner bestätigen würden.
5. Da über vier Jahre kein bewusster Schluckakt stattgefunden hatte, ist es naheliegend, dass die Schluckmotorik „ingerostet“ ist und ein Teil der symptom- bzw. lösungsorientierten Hypnotherapie darauf abzielen muss, die motorische Blockade aufzulösen.
6. Es ist davon auszugehen, dass während der Nacht unbewusste Schluckakte stattfinden, zumal Herr T. meistens gut durchschläft und am Morgen ohne größere Speichelmengen im Mund erwacht. Daher bietet es sich an, zur Lösung der motorischen Blockade zunächst das unbewusste Schlucken zu fördern und mit einer bewusst/unbewusst Dissoziation zu arbeiten, um Konfusion darüber zu erzeugen, ob oder wann eine bewusste Wahrnehmung des Schluckaktes möglich sein würde. Ziel sollte sein, den Patienten möglichst weitgehend von willkürlichen Schluckanstrengungen entlasten.
7. Nachdem etabliert ist, dass das Schlucken heute wieder absolut sicher stattfinden kann und die Vorbereitungen für die Auflösung der motorischen Schluckblockade getroffen sind, geht es um die Ressourcenaktivierung: Der Körper verfügt von Anfang an über fest verankerte Bewegungsmuster, die ohne jede Anstrengung bewusst oder unbewusst abgerufen werden können, wie das Atmen, Blinzeln oder das Schlucken. Nachdem dies heute wieder sicher möglich ist, erfolgt das Schlucken jetzt wieder ähnlich leicht wie das Blinzeln oder Atmen.

Hypnose

Induktion

Im Rollstuhl nahm Herr T. eine entspannte Sitzposition ein, hielt den Kopf bei stabiler, freier Kopfhaltung etwas nach unten und ließ die Hände auf den Beinen ruhen. Der rasch entstehende und tragfähige Rapport in Verbindung mit einer deutlichen Sprechfaulheit des Patienten brachte mich zu dem Entschluss, monologisch zu arbeiten und für die Kommunikation mit dem Unbewussten Fingersignale ideomotorisch zu nutzen, die bald während der Trance spontan auftraten. Für die Kommunikation mit dem Bewussten verwendete ich Kopfnicken und Kopfschütteln als Ja/Nein-Signale.

Nachdem gut zu erkennen war, dass Herr T. auf ein Atem-Pacing und paraverbale Cues wie Stimmabsenkung und Sprechverlangsamung mit ersten Entspannungszeichen reagierte, verwendete ich stets eine permissive Fixationsmethode, die rasch zum Lidschluss führte:

„Während Sie hier in diesem Rollstuhl wie in einem bequemen Sessel sitzen, richten Sie Ihren Blick bitte auf Ihren rechten Daumnagel. (Ich wählte den Daumnagel, da Herr T. im entspannten Zustand vor der Tranceinduktion den Blick bereits deutlich nach unten senkte). Während Sie hören, wie meine Stimme zu Ihnen spricht, schauen Sie auf Ihren Daumnagel so, als wäre das das Einzige, was Sie mit dem Bewussten im Moment tun bräuchten. Und während Sie Ihren Blick konzentriert auf Ihren Daumnagel richten, beobachten Sie, wie die Wahrnehmung beginnt, sich ganz selbstständig etwas zu ändern. Dabei bemerken Sie, wie der Punkt, den Sie betrachten, zwischendurch verschwimmt. Die Konturen lösen sich auf und werden wieder schärfer, in einem ganz bestimmten Rhythmus. Und alle Veränderungen, die in der Wahrnehmung ganz von selbst geschehen, sind jetzt recht, weil sie auf die wichtigen Aktivitäten des Unbewussten hinweisen, die frei von jeder Anstrengung in Gang kommen. So wird jetzt auch ein gewisses Brennen in den Augen spürbar und ein Tränen, das ganz von selbst entsteht. Wenn jetzt der Punkt, den Sie betrachten, immer häufiger verschwimmt und das Brennen und Tränen intensiver wird, kann es sein, Sie bemerken bald die Schwere und die Müdigkeit in den Augenlidern, die ganz von selbst entstehen. Und wenn Sie dann die Schwere und Müdigkeit in den Augenlidern spüren, bitte ich Sie, sich darauf zu konzentrieren, nichts mehr absichtlich zu tun, um die Augen offen zu halten, weil Sie dann am besten den Zeitpunkt bemerken, an dem sie sich am liebsten ganz von selbst schließen wollen. Und vielleicht freuen Sie sich schon auf das angenehme Gefühl, das Sie hinter den geschlossenen Lidern haben, wenn das Brennen nach dem Schließen der Lider sofort nachlässt und die Augen sich entspannen (Lidschluss).

Jetzt, wo die Lider geschlossen sind, hat das Brennen hinter den Lidern sofort nachgelassen, die Augen entspannen sich und ganz leichte, feine, selbstständige Bewegungen der geschlossenen Lider begleiten Sie in die erste Zeit dieser Trance. Der Punkt auf dem Daumnagel, den Sie gerade noch angeschaut haben, tritt in den Hintergrund, weil die Lider geschlossen sind und der Punkt da draußen jetzt für Ihr

inneres Wohlbefinden ja auch vollkommen gleichgültig ist. Und nicht nur dieser Punkt, sondern auch die meisten anderen Dinge in der äußeren Umgebung treten in den Hintergrund, weil diese Dinge jetzt ebenfalls für Ihr inneres Wohlbefinden vollkommen gleichgültig sein dürfen und Sie ja auch im Moment nichts weiter in Bezug auf die äußere Umgebung zu tun brauchen. Daher ist es vollkommen in Ordnung, wenn Ihre Aufmerksamkeit jetzt mehr und mehr nach innen geht. Aber egal, wie weit die äußeren Dinge jetzt für Sie gleichgültig sind, Sie hören doch die ganze Zeit meine Stimme, die zu Ihnen spricht. Und während Sie die Dinge hören, die ich sage, versteht Ihr Unbewusstes, alles Brauchbare aufzunehmen und alles Unbrauchbare abperlen zu lassen, wie Wasser an einer Scheibe.“

Trancevertiefung

„Sie hören jetzt, wie ich von 10 bis 1 rückwärts zähle. Und während ich von 10 bis 1 rückwärts zähle, gehen Sie tiefer; mehr und mehr nach innen, auf eine Ebene, auf der Ihr Unbewusstes die Weichen für Ihr inneres Wohlbefinden stellt ...10. Und während Sie mit jeder Zahl tiefer gehen, entspannen Sie tiefer und tiefer ...9. Der leichte Druck, den Sie unter den Armen spüren, die auf der Lehne ruhen, hilft den Muskeln der Arme zu erkennen: Sie können jetzt ganz sicher lockerlassen, soweit Sie wollen ...8. Und wenn die Muskeln lockerlassen, ist dies häufig mit einem Gefühl der Schwere verbunden, das sich gerade so weit entwickelt, wie dies jetzt im Moment angenehm ist ...7. Tiefer und tiefer ...6. Und Sie brauchen nichts absichtlich tun, damit Sie mit jeder Zahl tiefer in Trance gehen ...5 und Ihr Unbewusstes Sie an einen sicheren Ort im Inneren führt, an dem es die Weichen für Ihr inneres Wohlbefinden stellt ...4... 3 ... 2 ... 1.“

Utilisation der Trance

(Zur Bestätigung der lebensrettenden Absicht des „inneren Sicherheitszentrums“, das Schlucken zu unterbinden): *„Glücklicherweise verfügt jeder Mensch über ein inneres Sicherheitszentrum, das in bedrohlichen Situationen von allein weiß, was zu tun ist, um zu überleben. Ich hätte gerne, dass Ihr Unbewusstes Kontakt herstellt zu dem inneren Anteil Ihres inneren Sicherheitszentrums, der es in einer sehr kritischen Phase ermöglicht hat, das Schlucken zu verhindern. Sobald Ihr Unbewusstes anzeigen will, dass es den Kontakt zu diesem Anteil hergestellt hat, kann es dies tun, indem es den Zeigefinger der rechten Hand in Bewegung setzt – so deutlich, dass Sie es spüren und ich es sehen kann (ideomotorisches Signal). Sehr gut! Haben Sie gespürt, wie sich der Zeigefinger der Rechten bewegt hat? (Nicken). Das ist gut.“*

In manchen Fällen verwende ich bei dissoziativen Störungen gerne „das Unbewusste“ als Vermittler zwischen dem Bewussten des Patienten und dem Anteil, der für das Zustandekommen der Störung verantwortlich ist; als Alternative zu dem Vorgehen, diesen Anteil vom Patienten direkt ansprechen zu lassen.

Schluckstörung

„Sie haben mir zuvor erzählt, dass kurz nachdem Sie im Anschluss an die Operationen wieder ansprechbar waren, Sie die eindringliche Warnung von Ihren Ärzten bekommen haben, auf keinen Fall mehr zu schlucken, da dies eine lebensgefährliche Lungenentzündung hervorrufen könnte. Ist es daher in Ordnung für Sie, diesem Anteil, dem es gelungen ist, das Schlucken vollständig abzustellen, zu danken und ihn für seine konsequente Unterbindung des Schluckaktes anzuerkennen? (Nicken). Gut, dann können Sie jetzt Ihr Unbewusstes bitten, diesem Anteil ein Dankeschön dafür zu schicken, dass es sich so konsequent und erfolgreich für Ihr Überleben eingesetzt hat, in dem es den Schluckakt vollkommen unterbunden hat. Wenn Ihr Unbewusstes anzeigen will, dass dieser innere Anteil dieses Dankeschön angenommen hat und sich über die Anerkennung freut, kann Ihr Unbewusstes dies wiederum anzeigen, indem es den Zeigefinger der rechten Hand deutlich spürbar und sichtbar in Bewegung setzt (ideomotorisches Signal).

Nun eine Frage an Ihr Unbewusstes: Weiß dieser innere Anteil, dass seit dem Unfall und den verschiedenen Reha-Maßnahmen viel Zeit vergangen ist und von kompetenter ärztlicher Seite wiederholt bestätigt worden ist, dass es heute wieder vollkommen sicher ist, das Schlucken zu erlauben und geschehen zu lassen? Wenn Ihr Unbewusstes anzeigen will, dass dieser Anteil dies weiß, bewegt sich der Zeigefinger der Rechten ganz selbstständig. Wenn Ihr Unbewusstes jedoch anzeigen will, dass dieser Anteil dies bis heute noch nicht weiß, bewegt sich der kleine Finger der rechten Hand (der kleine Finger bewegt sich).

Gut, dann bitte ich jetzt Ihr Unbewusstes, diesen Anteil einzuladen, sich ganz in Ruhe anzusehen, welche Schritte zur körperlichen Stabilisierung seit der bedrohlichen Zeit erfolgt sind. Was alles geschehen ist, damit die Gefahr einer Lungenentzündung abklingen konnte, wie selbstständiges Atmen ohne Geräte wieder sicher möglich wurde; wie Brüche verheilt sind, sich die Muskulatur im Oberkörper wieder stärken konnte und sich Nervenverbindungen erholt haben. Ich hätte gerne, dass Ihr Unbewusstes diesen Anteil bittet, sich all das anzuschauen, bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Ärzte bestätigt haben, dass auch das Schlucken wieder auf sichere Weise möglich ist. Sobald Ihr Unbewusstes anzeigen will, dass dieser Anteil sich dessen vergewissert hat, dass das Schlucken heute wieder sicher möglich ist, hebt sich der Zeigefinger der Rechten ganz selbstständig“ (lange kein Signal, Abschluss der Trance).

Solche Trancen, die den inneren Anteil zu dem Moment führen sollten, an dem von ärztlich kompetenter Seite bestätigt wurde, dass das Schlucken wieder sicher möglich ist, wurden des Öfteren wiederholt. Für eine geraume Zeit erfolgte jedoch keine Bestätigung, dass sich dieser innere Anteil auf diesen Moment einstellen konnte. In der Trancearbeit habe ich dieses Zögern als Ausdruck der Sorgfalt und Genauigkeit dieses „inneren Sicherheitszentrums“ umgedeutet und angeboten, dass es viele verschiedene innere Anteile in diesem Sicherheitszentrum gibt, die für das körperlich/seelische Wohlergehen zuständig sind und die eine gewisse Zeit brauchen, um sich davon zu überzeugen, dass Schlucken heute wieder sicher möglich ist.

Auflösung der Schluckblockade

Alternierend zu den Trancen mit Bezug zum inneren Sicherheitszentrum, habe ich Trancen verwendet, die der Auflösung der Schluckblockade galten. Dabei habe ich so weit wie möglich die Vorstellungswelt und Ausdrucksweise des Patienten genutzt. Der Patient übte aus eigenem Antrieb täglich die Aufnahme von Früchtetee und Joghurt über den Mund und sprach davon, dass es beim Versuch zu schlucken einen Punkt in der Kehle gebe, wo eine Blockade sei, so dass ihm nichts Anderes übrigbliebe, als das Nahrungsmittel wieder auszuspucken. Ich nutzte diese Blockade manchmal mit dem Bild einer neugebauten Staumauer, die von Fachleuten, dort wo der Abfluss für den Stausee vorgesehen ist, geöffnet werden soll, wo jedoch die Schaltungen noch nicht funktionieren, sodass Reparaturen notwendig sind, damit das Signal zum Öffnen des Abflusses sicher übertragen werden kann. Zu anderen Zeiten verwendete ich das Bild einer Schleuse:

„Die Nahrung, die Sie schlucken wollen, fährt hinein in die Schleuse, durch ein geöffnetes Tor, wie ein Schiff. Nachdem das Schiff mit der Nahrung hineingefahren ist, schließt sich das erste Schleusentor. Das Schiff stellt den Motor ab und ruht eine Weile. Ganz vorsichtig senken die Schleusenwärter den Wasserspiegel und die Nahrung sinkt mit dem Schiff tiefer und tiefer. Kaum merklich senkt sich der Wasserspiegel tiefer und tiefer – bis der Wasserspiegel so niedrig ist, dass er dasselbe Niveau hat, wie der Wasserlauf am Ausgang der Schleuse. Dann kann das untere Schleusentor ganz sicher und ohne jeden Kraftaufwand geöffnet werden, sodass die Nahrung weitergeleitet wird, das Schiff aus der Schleuse hinausfährt und von der Strömung ganz mühelos weitergetragen wird.“

Aktivierung der Schluckmotorik

Andere körperbezogene Trancen dienten dem Verständnis, dass die Schluckmotorik so gut funktioniert, dass ein Verschlucken fast unmöglich ist und für den seltenen Fall, dass es doch einmal dazu kommen sollte, genügend Sicherheitsstufen vorhanden sind, um ein solches Missgeschick ohne jegliche schädlichen Folgen gut abfangen zu können:

„Ich hätte jetzt gerne, dass die Teile des inneren Sicherheitszentrums, die dafür zuständig sind, sicheres Schlucken zu ermöglichen, einen genauen Blick auf das Zusammenspiel der Muskeln werfen, die beim sicheren Schlucken beteiligt sind: erst gelangt der Tee, den Sie schlucken in den Mund. Sie kennen dieses Gefühl von Wärme, den fruchtigen Geschmack und spüren intuitiv, wie gerne Sie Früchtetee mögen. Sie wollen ihn schlucken. Die Muskulatur der Zunge bewegt den Tee sanft nach hinten, vorbei am Zäpfchen in den oberen Teil des Halses. Die Schwerkraft hilft, dass der Tee tiefer in Richtung Kehlkopf fließt, bis zu der Stelle, wo die Blockade sich im Moment gerade befindet. Und an dieser Stelle schauen die Experten des inneren Sicherheitszentrums genau hin und vergewissern sich, dass die Muskulatur ansprechbar ist, die

Schluckstörung

ganz sicher dafür sorgt, dass sich beim Schlucken zuerst die Luftröhre solide verschließt und sich erst dann die Speiseröhre öffnet. Und ein leichter Schubs genügt, gerade so als würde man einen Ball antippen, damit die Nahrung mühelos leicht den Weg in die Speiseröhre nimmt, freudig willkommen geheißen wird von der Speiseröhre. Und tiefer und tiefer geht die Nahrung und fließt sanft bis hinein in den Magen. Die Experten des inneren Sicherheitszentrums nicken zufrieden, jedes Mal, wenn sie beobachten, wie zuverlässig dieser Ablauf funktioniert, das Ineinandergreifen von ganz unterschiedlichen Muskeln, die beim Schlucken beteiligt sind. Und (S)ie erkennen, dass das Schlucken zu den motorischen Abläufen gehört, die ganz selbstverständlich erfolgen, wie das Blinzeln oder das Atmen – motorische Abläufe, die von Beginn an vorliegen und zuverlässig funktionieren, vollkommen gleichgültig ob das Bewusste bemerkt, wie es geschieht und vollkommen gleichgültig, ob es absichtlich oder unbewusst geschieht” (mehrfache Wiederholung dieser Inhalte mit leicht variierten Formulierungen).

Im Laufe der Zeit berichtete Herr T., dass er gerade in der regelmäßigen Zusammenarbeit mit einer Logopädin, mit der er einmal die Woche trainierte, den Eindruck hatte, dass die Nahrung, die er aufnehmen wollte, immer tiefer gelangte. Jedoch blieb der eigentliche Schluckakt weiterhin aus – trotz deutlicher Auf- und Ab-Bewegungen des Kehlkopfes.

Arbeit mit der bewusst/unbewusst-Dissoziation

In weiterer Folge besprach ich mit ihm die Arbeitsweise des Unbewussten und etablierte, dass es bereits ein unbewusstes Schlucken geben müsse – und zwar während der Nacht. Denn am Morgen, wenn Herr T. erwachte, befand sich niemals eine größere Speichelmenge in seinem Mund. Auch wachte er während der Nacht niemals auf, weil es nötig gewesen wäre, auszuspucken. Ich säte also die Idee, dass das Unbewusste das Schlucken bereits aktivieren könne, wenn es absolut sicher war, dass das Bewusste nichts davon mitbekommen würde. Damit war der Weg gebahnt, um in einer Trance mit einer bewusst/unbewusst-Dissoziation zu arbeiten.

„Ich weiß nicht, auf welche Weise Ihr Unbewusstes Sie an das Schlucken heranzuführen wird. Ich weiß auch nicht, wann genau es zum ersten Mal auch während des Wachseins einen Schluckakt ermöglichen wird, ganz so, wie es bereits jetzt während der Nacht geschieht – völlig unbemerkt vom Bewussten. Ich weiß auch nicht, woran genau Sie es bemerken werden, dass Sie beginnen, auch tagsüber zu schlucken, ohne das Schlucken selbst zu bemerken. Aber nicht nur mit Ihrem Bewussten, sondern auch mit Ihrem Unbewussten erinnern Sie sich an eine Zeit, in der es vollkommen normal ist, unbemerkt zu schlucken – so ähnlich wie es vollkommen natürlich ist, unbemerkt zu blinzeln, um den Flüssigkeitsfilm auf den Augen zu erneuern. Das Bemerken des Lidschlages ist vollkommen nebensächlich für die unbewusste Fähigkeit, genau dann zu blinzeln, wenn der Tränenfilm auf den Augen zu erneuern ist. Sind Sie schon neugierig, wie Sie es bemerken werden, dass das Schlucken so beiläufig geschehen ist,

wie Sie es vom Blinzeln bereits gewohnt sind? Werden Sie bemerken, dass Sie Ihren Spucknapf längere Zeit gar nicht benutzt haben, ohne zu wissen, ob sich weniger Speichel gebildet hat oder ob inzwischen ein unbewusstes Schlucken stattgefunden hat? In jedem Fall kann ich mir vorstellen, wie sehr Sie sich freuen werden, wenn die Zeit gekommen ist, in der Sie finden, dass ein absichtliches, bewusstes Schlucken noch kaum möglich ist, während ein unbewusstes Schlucken ähnlich leicht und selbstverständlich ist wie ein unbewusstes Blinzeln. Aber indem Sie sind wie Sie sind: zielstrebig, ausdauernd, zuversichtlich und geduldig, bieten Sie dem Unbewussten die besten Voraussetzungen, um Sie auch an das Erleben des Schluckens erneut heranzuführen.“

Der Patient berichtete in der Folge von einem einzelnen gelungenen Schluckakt, der während einer Sitzung mit der Logopädin erfolgt war. Er war hochofrenet über diesen Erfolg, und ich bestärkte ihn in seiner Fähigkeit, Freude über diesen Erfolg zu empfinden und mit Geduld und Zuversicht aber ohne verbissenes Wollen die Schluckübungen mit Tee und Joghurt fortzusetzen und sich dabei voll und ganz auf das Geschmackserlebnis als solches zu konzentrieren.

Der weitere Therapieverlauf

Die beschriebenen Trancen wurden, leicht variiert, des Öfteren wiederholt. Zu Beginn einer Sitzung fragte ich den Patienten stets, auf welchen Aspekt er heute gerne den Schwerpunkt legen würde und gestaltete die Trance nach seinen jeweiligen Prioritäten. Die Trancen verliefen mit ideomotorischen Rückmeldungen, wenn es darum ging, dass sich das Unbewusste mit dem inneren Sicherheitszentrum bzw. dem Anteil in Verbindung setzen sollte, der für die Unterbindung des Schluckens zuständig war. Ansonsten gestaltete ich die Trancen monologisch, wenn es um die Motorik des Schluckens bzw. die Auflösung der Schluckblockade selbst ging. Auch die Trancen zur bewusst/unbewusst-Dissoziation erfolgten monologisch. Dies entsprach dem Wunsch des Patienten, in einer Trance einfach nur zu entspannen und körperliches Wohlbefinden zu erleben. Nach jeder Trancesitzung berichtete er fast euphorisch von einem unbeschreiblichen Wohlgefühl, das er während der Trance erlebt hatte.

Parallel zur Trancearbeit beschrieb Herr T., dass er dabei war, seine Schreinerwerkstatt weiter rollstuhlgerecht einzurichten und dass er große Freude daran hatte, Schreineraufträge zu übernehmen, die er ohne fremde Hilfe bearbeiten konnte, weil alle notwendigen Werkzeuge geschickt in Reichweite zugänglich waren.

Nach einer gewissen Zeit berichtete Herr T., dass er während einer Logopädiestunde schon mehrmals geschluckt hatte, jedoch außerhalb der Logopädie noch kein bewusstes Schluckerlebnis gehabt hatte. In der Trancearbeit hatte ich mittlerweile bemerkt, dass es ebenfalls bereits vereinzelte Schluckakte gab, ohne dass er sich daran hätte erinnern können. Es fiel jedoch auf, dass nach der Reorientierung aus der Trance immer weniger Speichel auszuspucken war. In dieser Zeit gab Herr T. auch wiederholt seinem Ärger Ausdruck, dass die wiederholten Reha-Aufenthalte, die der Ermögli-

Schluckstörung

chung des Schluckens hätten dienen sollen und die jeweils erfolglos beendet wurden, in der Prognose gipfelten, dass er sich wohl darauf einstellen müsse, dass die Schluckstörung lebenslang bestehen werde. Er müsse lernen, sich damit abzufinden. Herr T. hatte sich stets gegen diese Einschätzung gewehrt und hatte sich die Überzeugung bewahrt, eines Tages wieder schlucken zu können.

Die bisherige Arbeit war in kleinen Schritten erfolgt, um ein breites Fundament zu legen, das die einzelnen Bausteine tragen konnte. Dabei folgte ich Yapkos methodischer Idee, bei der Verwendung von Pacing-Leading Strukturen den Abstand des Leading vom Pacing klein genug zu halten, damit Suggestionen eine realistische Chance haben, sich umzusetzen (Yapko, 2012). Es gilt, Brücken zu bauen, über die das Bewusste und das Unbewusste des Patienten gehen können, um sich dem Therapieziel schrittweise anzunähern. Ist der Abstand zu groß, ist es eine unrealistische Annahme, dass die Suggestion befolgt würde. Es ist wichtig für den Therapieerfolg, dass die Voraussagen des Therapeuten auch tatsächlich eintreffen. Wenn ich Herrn T. gleich zu Beginn der Trancearbeit gesagt hätte: „Wenn Sie morgen früh nach einem erholsamen Schlaf wieder aufwachen, werden Sie ein großes Verlangen nach Früchte-tee haben und diesen genussvoll schlucken können“, hätte es keinerlei Basis gegeben, auf der eine solche posthypnotische Suggestion sich hätte umsetzen können.

Die Abschlusstrance: *Alles auf eine Karte!*

An dem Punkt der Therapie, als Herr T. von mehreren Schluckerlebnissen während einer Logopädiestunde berichtet hatte, fand ich es jedoch an der Zeit, aufs Ganze zu gehen und gestaltete eine Trance, in der ich alle bisher erwähnten Bestandteile integriert und auch vermehrt direkte Suggestionen verwendet habe:

„Ich hätte jetzt gerne, dass Sie einen Moment vor Ihrer inneren Wahrnehmung entstehen lassen, an dem Sie sich von außen sehen, während die Ärzte im Krankenhaus gerade dabei sind, Ihnen zu bestätigen, dass ab heute das Schlucken für Sie wieder sicher möglich ist. Um Ihr Bett versammeln sich alle Ärzte, die nach dem Unfall mit Ihnen jemals wegen der Unfallfolgen Kontakt hatten. Auch alle Pflegepersonen sind da, die Sie in den letzten fünf Jahren unterstützt hatten. Jeder Einzelne wiederholt immer wieder diese Bestätigung: ‚Schlucken ist ab heute wieder möglich! Und es ist heute wieder vollkommen sicher zu schlucken‘ Und Ihr Unbewusstes aktiviert alle inneren Stellen, die am entspannten, selbstverständlichen Schlucken beteiligt sind: das innere Sicherheitszentrum, das so sorgfältig auf Ihre Sicherheit geachtet hat, als das Schlucken noch gefährlich war; alle Anteile, die in der Lage sind, die Muskeln zu aktivieren und zu koordinieren, die beim Schlucken gebraucht werden; alle Regionen des Nervensystems, in denen fest verankerte, früh aktivierte Bewegungsmuster bereit liegen, Bewegungsmuster, wie das Schlucken, das der Säugling natürlich beherrscht und schon der Embryo im Mutterleib ganz selbstständig tun kann, um Fruchtwasser

aufzunehmen. Und diese früh angelegten Bewegungsmuster freuen sich über die Botschaft des medizinischen Personals, dass sie heute wieder gebraucht werden, aktiv werden können und das Schlucken ganz sicher in Gang setzen dürfen. Und Sie freuen sich auch über die Erlaubnis des inneren Sicherheitszentrums, das die Gültigkeit dieser Botschaft bestätigt: ‚Wenn Sie schlucken, werden Sie leben, weil Sie in gewohnter Weise Nahrung über den Mund aufnehmen können werden, um sich mit dem zu versorgen, was den Körper nährt und Ihnen schmeckt.‘

Daher schauen sich alle inneren Stellen, die am Schlucken beteiligt sind, noch einmal genau an, wie das geht. Denn es ist vollkommen normal, wenn dies zunächst eine ungewohnte, neuartige Erfahrung ist, einfach, weil Sie es schon lange nicht mehr erlebt haben. So führen Sie die Tasse mit dem Früchtetee zum Mund, spüren das Gewicht der Tasse in der Hand, nehmen den fruchtigen Duft wahr, der angewärmt die Nase erreicht und aufgenommen wird. Dann spüren die Lippen den Rand der Tasse und der Tee fließt über die Lippen auf die Zunge, in dieser angenehmen Temperatur und entfaltet dort den vollen Geschmack, den Sie genießen. Unterstützt durch die Schwerkraft lässt die Zungenmuskulatur den Tee sanft nach hinten gleiten. Er wärmt die Region des Zäpfchens und den oberen Teil des Rachens, und alle Muskeln, die es erlauben, dass der Tee tiefer rinnt, entspannen sich. Die Luftröhre ist für einen kurzen Moment sicher versiegelt, in dem der Tee mit einem ganz leichten Schubs durch das Schlucken tiefer die Speiseröhre hinunterfließt und vom Magen willkommen geheißen wird. Und wenn sich die Experten des inneren Sicherheitszentrums diesen Ablauf genauestens ansehen, werden (S)ie finden, dass all das Wissen bereit liegt und abrufbar ist, um das Schlucken entspannt, mit minimalem Kraftaufwand auf sichere Weise zu einem natürlichen Erlebnis werden zu lassen.

Und ich weiß nicht, auf welche Weise das natürliche, bewusste Schlucken Ihnen im Erleben zuerst zugänglich wird? Vielleicht bemerken Sie ja zuerst, dass Sie schlucken, ohne dass Sie dies in diesem Moment beabsichtigt hätten? Oder Sie sind vielleicht überrascht über die Leichtigkeit, mit der auch absichtliches Schlucken möglich ist? In jedem Fall ist es bestimmt eine stärkende Erfahrung, sich in den Moment hinein zu versetzen, an dem Sie alle Skeptiker im medizinischen Personal und im Reha-Personal, mit denen Sie es zu tun hatten, um sich herum versammeln. All die Skeptiker, die Sie jemals mit einer negativen Prognose konfrontiert hatten und fälschlicherweise behauptet hatten, Sie würden nie mehr schlucken können. Ja, schauen Sie ruhig in die Gesichter dieser Leute, während diese Skeptiker mit Staunen sehen, wie Sie dabei sind, entspannt zu essen und zu trinken. Und lassen Sie sich Zeit, alle Gefühle der Freude, Genugtuung und Sicherheit zu erleben, mit denen Ihre eigene Zuversicht bestätigt wurde. Wer weiß, vielleicht erkennen ja sogar einige dieser Skeptiker, dass es eine gute Idee wäre, sich bei Ihnen für die falsche Prognose zu entschuldigen und für den Versuch, Sie von Ihrer Zuversicht abzubringen? Sie können stolz und zufrieden damit sein, wie gut Sie sich kennen – wie Sie eine positive und realistische Einschätzung haben, von dem was Ihnen möglich ist.“

Evaluation

Noch am Tag der Abschlusstrance hatte Herr T. eine Logopädiestunde, in der gleich der erste Versuch, einen Fruchtee zu schlucken, gelang. Überglücklich nahm er einen Löffel Joghurt in den Mund, den er ebenfalls problemlos schluckte. Bei der nächsten gemeinsamen Mahlzeit mit der Familie nahm er zum ersten Mal seit fünf Jahren wieder Nahrung über den Mund auf und stellte fest, dass er alle Nahrungsmittel essen konnte, nicht nur flüssige oder weiche sondern auch harte oder trockene Lebensmittel. Gleich am folgenden Tag suchte er seinen Hausarzt auf, um sich die PEG-Sonde entfernen zu lassen. Der Arzt empfahl ihm zwar, noch etwas abzuwarten, um sicher zu gehen, dass das selbstständige Schlucken stabil bleiben würde. Herr T. bestand jedoch darauf, sofort von der Sonde befreit zu werden.

Zur Abschlusssitzung kam Herr T. freudestrahlend und ohne den Spucknapf, den er sonst immer mit sich geführt hatte, berichtete von seinen Erfolgen und gab seiner großen Dankbarkeit Ausdruck. Ich bestätigte ihn darin, dass er über ein sehr kompetentes Unbewusstes verfüge und mit seiner Zuversicht, Beharrlichkeit und Geduld die erforderlichen Ressourcen besitze, die für einen solchen Erfolg hilfreich gewesen sind.

Die Therapie umfasste 30 Sitzungen, die innerhalb eines Zeitraumes von 13 Monaten stattfanden. Besonders förderlich für die Therapie war der Umstand, dass in der therapeutischen Beziehung ein gutes intuitives gemeinsames Verständnis vom therapeutischen Timing entstehen konnte. Damit meine ich sowohl den erforderlichen Zeitbedarf für die gesamte Therapie als auch das Timing innerhalb einer Trancesitzung mit ausreichenden Pausen zwischen einzelnen Suggestionen, um genügend Zeit zur Verfügung zu stellen, in der sich hypnotische Suggestionen umsetzen können. Die Arbeit mit Hypnose macht hier den großen Unterschied: Es ist einfach etwas Anderes, ob man sich kurz mal etwas vorstellt, oder ob man sich in der hypnotischen Trance genügend Zeit lässt, die Elemente der Vorstellungswelt lebendig in sich entstehen zu lassen, damit umfassende psychovegetative und emotionale Lern- und Entwicklungsschritte möglich werden. Im psychotherapeutischen Alltag gehört die beschriebene Therapie zu den eher seltenen Fällen, in denen sich ein Therapieerfolg so klar objektivieren lässt.

Literatur

- Ermann, M. (2016). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2009): *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: Reinhardt.
- Mende, M. (2010). Basic emotional needs: A key concept in the assessment and treatment of trauma. *Contemporary Hypnosis*, 27(2), 95-102.
- Mende, M. (2018). Die strukturellen Dimensionen der Hypnotherapie. Ein Modell für die Planung, Gestaltung und Reflexion des hypnotherapeutischen Prozesses. In A. Kaiser Rekkas (Hrsg.). *Hypnose und Hypnotherapie: Manual für Praxis, Fortbildung und Lehre*. Heidelberg: Carl Auer.

- Perren-Klingler, G. (2015). Posttraumatische Belastungsstörung. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (3. Aufl., S. 474-484). Heidelberg: Springer.
- Reddemann, L. (2017). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual* (9. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2019). *Imagination als heilsame Kraft* (21. Aufl.). Stuttgart: Klett Cotta.
- Van der Hart, O. (2015). Dissoziative Identitätsstörungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (3. Aufl., S. 485-496). Heidelberg: Springer.
- Yapko, M.D. (2012). *Trancework: An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*. Abingdon: Routledge.

Erratum zu *ZHH*-Heft 13(1), 2018

Peter, B. (2018). 40 Jahre M.E.G.. Kommt jetzt die Midlifecrisis? Zum Schizotypie- und Laien-Problem der Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 13(1), 5-28

In Ergänzung meines o.g. Artikels zum Thema „Wissenschaftlichkeit“ auf S. 9 will ich darauf hinweisen, dass Albrecht Schmierer an der Universität Tübingen seit 15 Jahren einen Lehrauftrag für „Medizinische Hypnose“ als Pflichtvorlesung für Zahnmediziner des achten und neunten Semesters innehat, ebenso 1995 bis 2009 in Berlin. Vorlesungen über medizinische Hypnose hielt er an den Universitäten in Kiel, Hamburg, Hannover, Aachen, Göttingen, Ulm, Dresden, Leipzig, Frankfurt, Düsseldorf, Köln, Bonn, Heidelberg, Freiburg, Regensburg, Würzburg und München. Ich bitte, diese Unterlassung zu entschuldigen.

Dr.med.dent. Albrecht Schmierer hat 1994 die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose, DGZH, gegründet und war lange Jahre deren Präsident.

Burkhard Peter

10 Jahre Fallberichte – Bilanz und Plädoyer

Hansjörg Ebell

Im Jahre 2010 habe ich mit Ernil Hansen als Gastherausgeber das *ZHH*-Heft „*Medizin und Hypnose*“ gestalten dürfen; darin ein erster Fallbericht von Susanne Merl, wie sie mit Hypnose eine geburtshilfliche Notfallsituation fast spielerisch lösen konnte. Im vorigen Jahr wurde berichtet von der optimalen Begleitung von Patienten, die sich einem operativen Eingriff am Gehirn bei geöffnetem Schädeldach unterziehen müssen: mit Hypnose (Rupert Reichart) und/oder mit hypnotischer Kommunikation (Ernil Hansen und Nina Zech). Die erstaunliche Geschichte einer Heilung durch Selbsthypnose von Stella Nkenke bei einem komplexen CRPS (2012), die Behandlung eines Phantomschmerzes von Paul Meyer mittels Imaginativem Resonanz Training (2013), meine Schilderung einer auf Resonanz basierten Zusammenarbeit bei langjährig chronifizierten Gesichtsschmerzen (2016) und der höchst anschauliche und überzeugende Bericht von Matthias Mende in diesem Heft könnten den Eindruck vermitteln, dass beabsichtigt war, vor allem Fallgeschichten aus dem medizinischen Feld zu bringen. Dies ist nicht der Fall. Jeder professionelle Bericht, der sich bei der Ausarbeitung an die Spielregeln hält, ist willkommen. Die bisherige Auswahl hat vor allem damit zu tun, dass mir diese Geschichten persönlich berichtet wurden und ich es dann geschafft habe, die Kolleginnen und Kollegen davon zu überzeugen, sich die Mühe zu machen sie auszuarbeiten.

Auch aus dem psychotherapeutischen Feld gab es bereits überzeugende Berichte: Von Eberhard Brunier, wie er einem Jungen zum trockenen Bett verhalf (2011), von Rosemarie Schuckall über einen Ausschnitt aus der komplexen systemisch-familien-therapeutischen Behandlung einer Jugendlichen und von mir selbst zum Umgang mit Prüfungsangst vor der entscheidenden Fahrprüfung für einen KFZ-Lehrling (2014) und – last but not least – von Anke Precht und Peter Drissl (2015) über beeindruckende Leistungsverbesserungen von Sportlern durch hypnotherapeutisches Coaching. All diese Fallberichte sind abrufbar im Internet als PDF auf www.meg-stiftung.de.

Zur diesjährigen Fallgeschichte von Matthias Mende: Die Arbeitshypothese, warum und dass eine ärztliche Suggestion Ursprung und Ursache der Schluckstörung

war, ist nicht nur plausibel; sie war auch eine geeignete Grundlage für seine Verwendung von Hypnose im Kontext einer Psychotherapie. Es ist gelungen, diese Suggestion zu entmachten und durch geeignetere zu ersetzen bzw. eine Rückkehr zur selbstverständlichen Regulation des Schluckens (wie vor dem Unfall) zu ermöglichen: Ein optimales und überprüfbares Ergebnis. Dies ist letztendlich entscheidend, vor allem natürlich für den Patienten Martin T.

In meinem Kommentar in der vorigen Ausgabe der *ZHH* bin ich ausführlicher auf die Wirksamkeit von Suggestionen als möglichem gemeinsamem Nenner unterschiedlicher Vorgehensweisen („Hypnose“ vs. „hypnotische Kommunikation“) eingegangen. Jedes Methoden-„Etikett“ sollte verbunden sein mit einer genauen Beschreibung des Vorgehens (insbesondere die eigentliche „Hypnose“ als Transkript), mit einer Offenlegung dazugehöriger Annahmen auf der Basis von Fachwissen und mit einer Auswahl von Beobachtungen und Interaktionen mit dem Patienten, die es ermöglichen, sich in die Situation hinein zu versetzen, um sie nachvollziehen und ggf. ins eigene Praxisfeld übersetzen zu können. So wird jede Fallgeschichte zu einer spannenden und bereichernden Fachlektüre.

Auch im *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* wird aktuell (2019, Volume 67, Issue 1, 114-15) dazu aufgerufen, Clinical Case Studies einzureichen: “Clinical case study research can identify new theoretical ideas and show the potential of combining hypnosis with other therapies. Such studies can also reveal innovative applications of hypnosis and potential feasibility. Rich clinical data helps to bridge the gap between empirical research and clinical practice, as thoroughly described interventions provide clinical methods for further research and replication. The aim of Evidence-Based Case Studies will be to review relevant literature, offer verbatim hypnosis transcripts, and provide empirical outcome data, discussion, and recommendations. Authors must provide scientific justification for the intervention, clearly identify the rationale, describe the intervention, and provide objective outcome data.”

Um die wissenschaftliche Wertigkeit zu erhöhen, wird hier allerdings eine evidenzbasierte Diskussion der eigenen Vorgehensweise verlangt, d.h. eine Positionierung in Bezug auf den aktuellen Stand der Literatur zu angemessenen Interventionen bei der behandelten Symptomatik. Das ist ein gutes und wichtiges Ziel, aber dieser hohe Anspruch sollte nicht die Bereitschaft erschlagen, sich mal für ein paar Stunden hinzusetzen, um ein Manuskript auszuarbeiten. Ich hoffe sehr, dass auch in den kommenden Ausgaben von *Hypnose-ZHH* immer ein Fallbericht erscheinen kann und wird (auch wenn er vom Anspruch her eine Nummer kleiner sein sollte als im *International Journal*) und dass es nicht nur von meinem Insistieren abhängt, dass mich Manuskripte erreichen. Ich bin auch gerne bereit, Texte in einem sehr vorläufigen Stadium anzunehmen und gemeinsam mit den Autorinnen und Autoren zu überlegen, ob und wie daraus – gemäß der vorgegebenen Gliederung – eine interessante Veröffentlichung wird.

Hinweise zum Verfassen eines Fallberichtes

Titel (Literarischer "Aufmacher" und deskriptiv, in Deutsch und Englisch)

Name Autor/in

Zusammenfassung (Deutsch und Englisch)

Schlüsselwörter (Deutsch und Englisch)

Die Falldarstellung: Wen bzw. was habe ich wie behandelt? Ausgangssituation. Darstellung des Therapie-Prozesses. Wann bzw. in welcher Situation habe ich Hypnose verwendet und warum? „Utilisation“ / Indikation: Anschauliche Schilderung der spezifischen Behandlungssituation, die aus Ihrer Sicht ausschlaggebend war, gerade dafür Hypnose anzuwenden, damit die Leser es mit eigenen Erfahrungen bzw. Therapieauffassungen abgleichen können, um prüfen zu können, was davon auf ihre Situation übertragbar ist.

Die Hypnose: Wie habe ich die Hypnose durchgeführt: Exakte Beschreibung des Settings, der beobachteten Phänomene (z.B. Fingersignale, Levitation) und der als Intervention verwendeten verbalen Formulierungen (wie ein „Transkript“ - sollte keine exakte verbale Dokumentation wie Tonband oder Video zur Verfügung stehen, so „erfinden“ Sie es bitte: genau so wie es Ihrem Sprachduktus, Stil bzw. Arbeitsweise entspricht) ggf. mit den nonverbalen Suggestionen.

Evaluation: Darstellung der erzielten Effekte und selbstkritische Reflexion des Therapieverlaufs. Welchen Stellenwert hatte die Hypnose im Gesamt-Therapie-Konzept. Kurze Verallgemeinerung bzw. „Hochrechnung“ des Ansatzes über die kasuistische Darstellung hinaus: z.B. Darstellung eines „Konzepts“ für diese Art von Störung und/oder zu Ihrer Auffassung von „Hypnose“.

Adresse Autor/in

Bitte schicken Sie Ihren Fallbericht direkt an

**Dr.med. Hansjörg Ebell, Breisacherstr. 4 (Rückgebäude), D 81667 München
dr.h.ebell@t-online.de**