

## Konstruktion von *Symptomgestalt* und *Symptomträger*

### Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten<sup>1)</sup>

Burkhard Peter

Eine der Grundideen der Hypnotherapie ist es, eine *alternative Wirklichkeit* zu konstruieren und darin therapeutische Veränderungen vorzunehmen; diese sollten so beschaffen und v.a. so überzeugend sein, dass sie in die reale Wirklichkeit leicht übernommen werden können. Je eindrücklicher, d.h. „wirklicher“ das Erleben in der alternativen, hypnotischen Wirklichkeit ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit des Transfers in die normale Alltagswirklichkeit (Peter 2008).

Eine weitere Grundidee moderner Hypnotherapie in Anlehnung an Milton H. Erickson ist die Einführung einer Instanz im Patienten, die unabhängig von dessen bewusster und willkürlicher Kontrolle agiert. Diese Instanz des „Unbewussten“ kann als *therapeutisches Tertium* (Peter 2000, 2009a) verstanden werden; ihr werden entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten (problemrelevantes Wissen, Zugriff auf Ressourcen, Schutz des Patienten, etc.) zugeschrieben, welche dem Patienten – zumindest am Anfang der Behandlung – bewusst noch nicht zur Verfügung stehen (zur Ideengeschichte des „Unbewussten“ vgl. Peter 2009b).

Die Konstruktion der alternativen Wirklichkeit und des therapeutischen Tertiums erfolgt entweder indirekt mit Hilfe von bestimmten hypnotischen Sprachmustern (Revenstorf & Freund 2001) oder direkt anhand *hypnotischer Rituale* wie z.B. Lidschluss oder Armlevitation (Peter 2006a, 2009c). Das führt bei suggestiblen Personen zu einem Zustand der Trance, in welchem die weitere therapeutische Arbeit vorgenommen wird, u. U. mit Hilfe weiterer hypnotischer Phänomene wie z.B. positiven oder negativen Halluzinationen, Amnesien oder posthypnotische Suggestionen. In der Schmerztherapie sind natürlich all jene hypnotischen Phänomene von Interesse, die sich auf die Veränderung der Körperempfindungen und der Affekte beziehen wie Parästhesie, Anästhesie, Analgesie und dissoziative, d.h. den Affekt abschwächende Phänomene.

*Hypnose - ZHH* 2010, 5(1+2), 163-178

Burkhard Peter, München

**Konstruktion von Symptomgestalt und Symptomträger: Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten**

**These:** Die hypnotherapeutische Behandlung chronischer Schmerzpatienten erfordert in der Regel mehr therapeutischen Aufwand als die bloße Anwendung von Hypnose und Selbsthypnose. **Darlegung und Standpunkt des Autors:** Ideal wäre, solche Patienten darin zu unterweisen, jene hirnpfysiologischen Prozesse zu verändern, die für die Wahrnehmung und Verarbeitung von Schmerzen verantwortlich sind. Da es dafür keine direkte sprachliche Handlungsanweisung gibt, kann diese Unterweisung nur mit Hilfe von Metaphern und Ritualen vorgenommen werden. **Folgerungen für die Praxis:** Eine mögliche und effiziente Strategie für eine symptomorientierte Behandlung ist die Konstruktion einer „Symptomgestalt“, d.h. der Umleitung der Schmerzwahrnehmung auf andere, leichter modifizierbare Sinnesmodalitäten. Wenn eine problemorientierte Behandlung nötig ist, wird die Externalisierung auf einen „Symptomträger“, d.h. auf das Bild einer anderen, wiederum leichter veränderbaren Person vorgenommen. Zusammen mit der Visualisierung eines „Anti-Symptomträgers“ als Stellvertreter möglicherweise abgewehrter Tendenzen kann dann ein zugrunde liegender Konflikt aufgearbeitet werden, ohne dass unnötige Widerstände evoziert werden. Der Zustand der Trance erleichtert die Anwendung dieser Strategien; eine gewisse Imaginationsfähigkeit ist aber unabdingbar.

**Schlüsselwörter:** chronische Schmerzpatienten, Hypnose, Hypnotherapie, „Schmerzgestalt“, „Symptomträger“

**Construction of “symptom-gestalt” and “symptom-bearer”: Two hypnotherapeutic approaches for the treatment of chronic pain patients**

**Theme:** Hypnotherapy of chronic pain patients is more than just teaching them self-hypnosis. **Development and author’s point of view:** Ideally, they should be thought to modify processes within their brain responsible for pain reception. Because there is no explicit language and/or detailed instruction manual such teaching has to be done in a metaphoric and ritualistic way. Different strategies and approaches serve this purpose. **Implications for therapeutic practice:** One possible and efficient strategy for a symptom oriented approach is the construction of a “symptom gestalt”, i.e. the transformation of pain reception into other sensory modalities which are much easier to modify. If a problem oriented treatment is necessary the externalisation onto a “symptom-bearer” as well as its counterpart, an “anti-symptom-bearer”, is helpful to work on a conflict behind without evoking resistance. Hypnotic trance is helpful for these strategies; some imaginary ability is necessary.

**Key-words:** chronic pain patients, hypnosis, hypnotherapy, “pain-gestalt”, “symptom-bearer”

Die verschiedenen Techniken zur hypnotischen Schmerzkontrolle und ihre Anwendung bei chronischen Schmerzpatienten sind schon häufig beschrieben worden (vgl. z.B. Barber 1996, Ebell 1985, 1995, 2001, 2002, Erickson 1967/1998, Esdaile 1846/1902, Peter 1986, 1998, 2004, 2006b, 2007), ebenso die vermuteten Wirkmechanismen und die nachgewiesene Effektivität (z.B. Hilgard & Hilgard 1975/1994, Montgomery et al. 2000, Peter 2006b; vgl. auch andere Beiträge in diesem Heft).

Grundlage der hypnotischen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten ist es, sie in Selbsthypnose zu unterrichten (z.B. Alman 2009). Leider ist der Zustand der hypnotischen Trance allein zur Schmerzkontrolle nur selten hinreichend. Es müssen i. d. R. spezifische Suggestionen und Imaginationen eingeführt werden, die schmerzinkompatiblen Charakter haben.

Im Folgenden werden zwei hypnotherapeutische Strategien ausführlicher darstellen, die für chronische Schmerzpatienten gut geeignet sind: die Konstruktion einer *Symptomgestalt* und die Konstruktion eines *Symptomträgers*.<sup>2)</sup> Beide Strategien können auch ohne formale Tranceinduktion als geleitete Imagination durchgeführt werden. Erfahrungsgemäß zeigen diese Strategien aber nach einer Tranceinduktion einen größeren Effekt; das lässt sich durch viele Untersuchungen direkt und indirekt bestätigen. So wurde beispielsweise in Meta-Analysen nachgewiesen, dass Hypnose ganz allgemein die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie signifikant verbessert (Kirsch et al. 1995, Kirsch 1996). Der Grund mag darin liegen, dass in hypnotischer Trance die psychophysiologische Flexibilität (z.B. Crawford et al. 2004) von suggestiblen Patienten besser genutzt werden kann – solche Patienten also wesentlich leichter zu führen sind – und der Wirklichkeitscharakter der Imaginationen erhöht ist, das unmittelbare Erleben also wesentlich eindrücklicher ist (vgl. z.B. Peter 2008, Spiegel & Kosslyn 2004).

### ***Hypnoseinduktion und Kontaktaufnahme mit dem „Unbewussten“***

Wichtiger Bestandteil der Hypnotherapie mit chronischen Schmerzpatienten sind Selbsthypnosetechniken, die ihnen ermöglichen, das in den Therapiestunden Eingeübte auch zu Hause zu wiederholen und zu vertiefen. Ein prominentes Beispiel hierfür ist Milton H. Erickson; in Folge eines Post-Polio-Syndroms litt er in den letzten zwei Jahrzehnten seines Lebens unter Polyneuropathie. Nur mit täglicher Selbsthypnose konnte er seine Schmerzen kontrollieren und bis wenige Tage vor seinem Tod als Psychotherapeut und Ausbilder aktiv bleiben (Erickson & Rossi 1977).

Für Selbsthypnose sollte eine sehr einfache Tranceinduktion gewählt werden, deren einzelne Schritte der Patient zu Hause leicht nachvollziehen kann. Eine Möglichkeit hierfür bietet die Folge: Fixation, Lidschluss, Treppenmetapher und schließlich Kontaktaufnahme zum „Unbewussten“ über Armlevitation (im Einzelnen beschrieben in Peter 2006a, S. 39ff).

Da es sich bei der ersten der beiden folgenden Strategien um eine rein symptomorientierte Technik handelt, könnte es sinnvoll sein, nach der ersten Tranceinduktion über ideomotorisches Signalisieren<sup>3)</sup> das „Unbewusste“ zu fragen, ob es passend und sinnvoll ist, gleich mit einer Arbeit zu beginnen, die auf eine Modifikation des Symptoms ausgerichtet ist, oder ob das „Unbewusste“ Gründe kennt, die dagegen sprechen und eventuell eine problemorientierte Aufarbeitung erforderlich machen. Erst nach der ausdrücklichen Erlaubnis seitens des „Unbewussten“ ist es sinnvoll, mit der Konstruktion und Modifikation einer Symptomgestalt fortzufahren.

## Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten

### Konstruktion und Modifikation einer Symptomgestalt

Schmerzen sind Körperempfindungen, sie werden kinästhetisch wahrgenommen. Da der kinästhetische Modus zu den „Nahsinnen“ gehört, sind Schmerzen nicht so einfach zu ignorieren – man kann nicht einfach wegschauen oder sich die Ohren zuhalten, wie bei den Objekten unserer „Fernsinne“ Sehen und Hören (vgl. hierzu Peter 2009d). Schmerzen lösen deshalb eher negative Affekte aus – das Leiden unter den Schmerzen –, die gerade bei chronischen Patienten manchmal nicht mehr im Verhältnis zum rein somatosensorischen Anteil der Schmerzreizung stehen. Das sind nur zwei Gründe, die erklären, warum Schmerzen willkürlich nicht so leicht bzw. manchmal überhaupt nicht kontrollierbar oder modifizierbar erscheinen.

Die Strategie *Symptomgestalt* hat zum Ziel, die Schmerzwahrnehmung zunächst vom kinästhetischen Modus wegzulenken und auf andere Sinnesmodalitäten hin auszurichten, mit denen am ehesten eine Externalisierung des Symptoms erzielt werden kann und mit deren Hilfe dann leichter geeignete Modifikationen erreichbar sind. Das sind in erster Linie die visuellen, akustischen und taktilen Modalitäten.

#### Lokalisation und Grenzen der Schmerzen

Dem Prinzip des Pacing entsprechend ist es sinnvoll, die Konstruktion der Symptomgestalt zunächst im kinästhetisch/propriozeptiven Modus beginnen zu lassen, am besten über eine genaue *Lokalisation* der Symptome:

*„Wo genau im Körper spüren Sie den Schmerz?“*

Dann kann man dessen Grenzen bestimmen und dadurch indirekt suggerieren, dass es auch schmerzfreie Gebiete gibt und dass man die Wahrnehmung lenken kann:

*„Wenn Sie das schmerzende Gebiet mit einem Bleistift oder Filzstift umgrenzen, so dass Sie spüren: bis dahin reicht der Schmerz und ab dieser Grenze ist schmerzfreies Gebiet; bitte achten Sie darauf, wie gut Sie den Schmerz eingrenzen können.“*

Zur ersten direkten Veränderung kann man dann versuchen, diese *Grenzen zu erweitern*, denn das ist leichter durchzuführen als eine Verkleinerung und impliziert dennoch die prinzipielle Veränderbarkeit des Symptoms:

*„Bitte versuchen Sie, eine geeignete Stelle an der Schmerzgrenze zu finden, an der sich diese Grenze am einfachsten ausbuchtet lässt. Entweder Sie schieben von innen die Grenze nach außen, oder Sie gehen gleich nach außen in das schmerzfreie Gebiet und ziehen.“*

#### Transposition in eine andere Sinnesmodalität

Dann folgen Fragen nach Wahrnehmungsmöglichkeiten in einer *anderen Sinnesmodalität*:

*„Wenn man den Schmerz nun innerhalb der Grenzen betrachtet, wie sieht er wohl aus? Hat er eine bestimmte Farbe? Was ist der Unterschied zum schmerzfreien Gebiet?“*

Burkhard Peter

*„Vielleicht können Sie auch hinhorchen. Manche Patienten können ihren Schmerz tatsächlich hören. Wie würde sich Ihr Schmerz wohl anhören?“*

*„Wenn Sie noch geduldig genug sind und versuchen, mit den Fingern den Schmerz zu berühren, was können Sie spüren? Wie ist die Oberfläche, rau oder glatt, fest oder weich, kühl oder warm?“*

### **Veränderung der Sinnesqualitäten**

Und schließlich folgt der Versuch der Veränderung der *Sinnesqualitäten*, um so eine Modifikation der Schmerzempfindung zu erreichen. Hier unterscheidet sich das hypnotherapeutische vom verhaltenstherapeutischen Vorgehen, bei welchem die bisher beschriebene Strategie unter der Bezeichnung „Schmerzfokussierung“ bekannt ist. Während in der Verhaltenstherapie der Patient nun aufgefordert wird, die einzelnen Sinnesqualitäten aktiv und willkürlich zu verändern (visuell: *„Wenn man das grelle Rot verändern könnte, entweder dunkler oder blasser werden lässt, was würde dann geschehen?“*; auditiv: *„Wenn dieses laute Hämmern oder Bohren sich langsam entfernen würde, wenn Sie auf etwas anderes horchten ...“*; taktil: *„Wenn Sie es vorsichtig in die Hand nehmen, streicheln, formen oder drücken ...“*), bittet man in der Hypnotherapie den Patienten, nun noch etwas tiefer in Trance zu gehen und das „Unbewusste“ zu bitten, die passenden Modifikationen auszuwählen und vorzunehmen.

### **Beispiel**

Der Patient litt seit Jahren unter linksseitigem Gesichtsschmerz, der von verschiedenen Ärzten und Zahnärzten unterschiedlich diagnostiziert worden war, u. a. als unspezifischer Gesichtsschmerz, Myoarthropathie oder Trigeminusneuralgie. Er konnte – ohne Hypnose – die Grenzen des Schmerzes im oberen Bereich, Schläfe und Wangenknochen, recht gut bestimmen, unten im Bereich der Zähne faserten die Schmerzen aus, wurden undeutlich. Die Farbe oben war ein dunkles Rot, gegenüber dem Beige des nicht-schmerzenden Bereichs abgegrenzt, nach unten ging es in ein helles Rot bis Rosa über (initiales Erstellen der Symptomgestalt; eine Abbildung in einem anderen, z.B. auditiven oder taktilen Modus war nicht möglich).

Immer noch ohne Hypnose bat ich den Patienten zunächst zu versuchen, die Grenze an irgendeiner Stelle zu erweitern, vom Kiefergelenk bis oben an den Haaransatz oder nach hinten ans Ohr oder vom Wangenknochen bis an die Nase, und genau darauf zu achten, was dann mit der Farbe geschehe. Ganz offensichtlich motiviert und bemüht, probierte und erreichte er eine Veränderung nach vorne hin zur Nase, wo das dunkle Rot oben etwas heller wurde. Er versuchte es weiter und konnte die unscharfe Grenze unten über den Unterkiefer herunterziehen, wobei er hier nicht mehr unterscheiden konnte, was schmerzhaft war und was nicht, weil sich auch die Farben vermischten: das Rosa wurde blasser und ging in ein Beige über (aktiv-willkürliche Veränderung der Schmerzgestalt über Lokalisation und visuelle Sinnesqualitäten analog verhaltenstherapeutischer Schmerzfokussierungstechnik).

### *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

Diese Übung konnte er auch zu Hause durchführen; sie brachte ihm eine Linderung der Schmerzen etwa um die Hälfte. Das Problem war nur, dass er sich bei dieser Übung sehr anstrengen musste und dass bei Nachlassen der Anstrengung, spätestens nach der Übung, der Schmerz mit der ursprünglichen Intensität zurückkehrte. Also unterwies ich ihn zunächst in Selbsthypnose, was zur Folge hatte, dass er während der Trance sowohl in der Therapiesitzung als auch zu Hause frei von Schmerzen war; außerhalb der Trance waren die Schmerzen aber nach wie vor präsent.

So begannen wir erneut mit den Übungen zur Erstellung und Veränderung der Schmerzgestalt, diesmal allerdings in Hypnose und mit der expliziten Aufforderung:

*„Überlassen Sie es nun ganz Ihrem Unbewussten, dem Bewusstsein Ihres Körpers, die Grenzen dort so zu verändern, wo und wie es für die dauerhafte Linderung Ihrer Schmerzen am besten ist. Greifen Sie diesmal nicht ein und üben Sie keine bewusste Kontrolle aus, überlassen Sie alles Ihrem Unbewussten, das weiß am besten, was wirklich gut ist für Sie. Und dann seien Sie gespannt, wie ... die Farben beginnen sich zu verändern, die ganze Gestalt beginnt sich zu verändern, sie dünnt aus und beginnt sich zu verschieben, die Grenzen verschwimmen, und von außen dringen angenehm warme Farben ein, vermischen sich, und die Grenzen lösen sich mehr und mehr auf, sodass ... noch mehr zarte warme Farben kommen von außen herein und machen das ganze Gebiet weich und geschmeidig ... überlassen Sie alles Ihrem Unbewussten, dem Bewusstsein Ihres Körpers ...“*

In dem Maße, wie eine Veränderung zustande käme, sollte sich seine linke Hand ideomotorisch bis zur Wange heben, sollte so lange an der Wange kleben bleiben, bis sich alle zuvor schmerzhaften Empfindungen ganz aufgelöst hätten. Und dann sollte die Hand so langsam nach unten gehen, wie sein Unbewusstes brauche, um die Zeit festzulegen, in der auch nach der Trance die erzielte Schmerzlosigkeit noch fortbestehe. In mehreren nachfolgenden Sitzungen machten wir im Wesentlichen immer wieder die gleiche Übung; auf Tonband aufgenommen, führte er sie auch zu Hause regelmäßig durch.

Das Ergebnis war, dass die schmerzfreien Intervalle immer länger wurden, dass Schmerzintensität und -qualität sich immer mehr veränderten, bis der Patient nach ca. einem halben Jahr und etwa 25 Sitzungen meinte, nun sei der Erfolg für ihn hinlänglich gut. Dieser Zustand war auch nach einem weiteren halben Jahr noch stabil.

### **Fazit**

Das Prinzip der Konstruktion und Modifikation der Schmerzgestalt - das inzwischen in vielen Varianten angewandt wird (vgl. z.B. Wirl 2009) - ist deutlich: Über die „Fernsinne“ soll das Symptom zunächst externalisiert (das entspricht einer Dissoziation) und dann durch unbewusste Ressourcen des Patienten („Unbewusstes“) aktiv manipuliert werden, wodurch seine Selbstkontrolle erweitert und sein Selbstwirksamkeitserleben gestärkt wird. Die Veränderung der Schmerzgrenzen, die Transposition auf eine andere Sinnesmodalität und schließlich die Modifikation auf der Ebene

der Sinnesqualitäten führt zumindest zu einer Veränderung der affektiven, manchmal auch zu einer deutlichen Reduktion der sensorischen Symptomkomponente.

Dass man den Patienten nicht einfach nur auffordert, sich die Veränderungen bloß vorzustellen, wie beispielsweise in der Verhaltenstherapie, möglicherweise unter Verwendung einer vorausgegangenen Entspannungsübung, sondern ganz explizit den Zustand einer hypnotischen Trance über entsprechende Rituale induziert, hat seinen Grund darin, dass der hypnotische Zustand nachgewiesenermaßen die physiologischen und kognitiven Prozesse erleichtert, die zu einer erfolgreichen Schmerzkontrolle nötig sind; Entspannung und Imagination allein erzielen nicht die gleichen Effekte (für einen Überblick vgl. z.B. Peter 2008). Dieses Ergebnis ist allerdings nur bei Patienten mit hinreichender Suggestibilität zu erreichen; bei Patienten mit geringerer Suggestibilität wirkt die Tranceinduktion dann vermutlich ähnlich wie eine Entspannungsinduktion. In beiden Fällen erscheint es aber sinnvoll, mittels der beschriebenen Strategie die physiologischen und kognitiven Prozesse anzustoßen.

### **Indikation und Kontraindikation**

Die Strategie der Symptomgestalt ist sehr gut für klar umschriebene Schmerzzustände geeignet, ist primär also symptomorientiert. Sie überfordert indessen Patienten mit unklaren, wandernden oder nicht leicht zu fassenden Schmerzen. Sie erfordert im Prinzip keine hohe Hypnotisierbarkeit und eigentlich auch keine formale Hypnose, obwohl diese aus o. g. Gründen von Vorteil ist. Die verschiedenen Techniken der *indirekten Hypnose* (Revenstorf & Freund 2009) sollten ausgiebig zur Anwendung kommen.

Diese Strategie erfordert aber auch eine hohe Motivation zur aktiven Mitarbeit auf Seiten des Patienten, ebenso ein gewisses Maß an Imaginationsfähigkeit. Nicht geeignet ist sie bei jenen Schmerzpatienten, die sich schon eine mehr oder weniger gut funktionierende Strategie der Ablenkung zurecht gelegt haben. Diese Ablenkung wird gestört und kann so zur verstärkten Wahrnehmung der Schmerzen führen, was dann nicht förderlich für Rapport und Motivation ist.

### **Konstruktion und Modifikation eines Symptomträgers**

Wenn die Schmerzen schon zu sehr mit der Persönlichkeit des Patienten verbunden bzw. systemisch verankert sind, für ihn bzw. seine konkreten Lebensumstände eine Funktion haben, diffus, wandernd, multipel oder sonst schwer zu fassen sind – wie häufig bei sog. psychosomatischen oder somatoformen Schmerzen –, dann könnte es schwierig sein, den Patienten zur Konstruktion einer Symptomgestalt und v. a. zu deren aktiven Veränderung zu motivieren.

Gerade Patienten mit somatoformen Schmerzen weisen i. d. R. die Idee weit von sich, dass ihr Schmerz etwas mit ihrer Biographie oder mit ihren Lebensumständen zu tun haben könnte, und insistieren auf einer rein körperlichen Ursache. Man muss solchen Patienten aber auch nicht immer mangelnde Einsicht unterstellen, wenn man da-

## *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

von ausgeht, dass sich ihre Symptome durch eine lange Reihe kleiner, unterschwelliger Stressoren so lange kumulativ entwickelt haben, bis zu irgend einem gegebenen Zeitpunkt eine strukturelle oder morphologische Noxe aufgetreten ist, welche dann in Form eines Symptoms Aufmerksamkeit erzwungen hat; die gesamte vorausgegangene, schleichende, aber kumulative Entwicklung wäre in solchen Fällen dann buchstäblich außerhalb der bewussten Wahrnehmung des Patienten vor sich gegangen, so dass dieser zu Recht keinerlei Erkenntnisse über ihre Ätiologie haben kann und eine „psychische“ Verursachung entsprechend leugnen muss.

Umso mehr besteht die Aufgabe des psychologischen Schmerztherapeuten darin, auch solchen Patienten ein stimmiges bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zu vermitteln, ihnen also die Idee nahe zu bringen, dass ihre Schmerzen nicht nur etwas mit einer Fehlfunktion ihres Körpers zu tun haben, sondern mit bestimmten Aspekten ihrer Vergangenheit und/oder mit ihren heutigen Lebensumständen (vgl. hierzu Seemann 1998, 2009). Für solche Patienten ist die folgende Strategie des *Symptomträgers* gedacht, die von Meiss (2009) hinsichtlich psychosomatischer Störungen bereits ausführlich beschrieben worden ist und eine spezielle Variante der Stellvertretertechnik (Bongartz & Bongartz 2009) darstellt.

Bei der oben beschriebenen Strategie der Symptomgestalt wird das Symptom externalisiert und das beobachtende Ich verbleibt innerhalb der Person. Im Gegensatz dazu wird nun das beobachtende Ich externalisiert und gebeten, aus einer sicheren und komfortablen Beobachterposition heraus die Person des die Symptome „tragenden“ Patienten, den Symptomträger als Ganzen zu beobachten, um zu einer Bedeutungsgebung bzw. sinnstiftenden Einsicht zu kommen – so die Grundidee. Häufig mangelt es solchen Patienten an der hierfür nötigen Selbstbeobachtungsgabe oder -bereitschaft und es sind dann Widerstände zu befürchten. Deshalb müssen einige prozedurale Besonderheiten eingeführt werden, die nun im Einzelnen beschrieben werden.

### **1. Konstruktion des Symptomträgers**

Der Patient wird nach einer Tranceinduktion gebeten, sich eine Person vorzustellen (vor seinem inneren Auge auftauchen zu lassen oder sein Unbewusstes zu bitten, ihm eine solche Person zu zeigen), die ihm völlig fremd ist, die also mit keiner ihm bekannten Person Ähnlichkeiten hat. Das Einzige, was er von dieser Person weiß, ist, dass sie die gleiche Symptomatik hat wie er selbst. Dann wird er gebeten, diese Person zu beschreiben, indem er die Fragen des Therapeuten beantwortet. Zunächst beginnt man wieder mit der Ortsbestimmung, um den Wirklichkeitseindruck zu verstärken (vgl. Peter 2009d):

*„Bitte sagen Sie mir, aus welcher Entfernung und aus welcher Perspektive Sie diese Person sehen.“*

Es ist darauf zu achten, dass der Patient in der Beobachterposition weit genug vom Symptomträger entfernt ist, um hinreichend neutral beobachten zu können und nicht emotional affiziert zu werden. Fragen nach der genauen Perspektive (*„sehen Sie ihn*

*vis-à-vis oder schräg von oben?*“) erhöhen den Wirklichkeitseindruck.

Die weiteren Fragen des Therapeuten halten sich dann streng an anatomische und physiologische Gegebenheiten des Symptomträgers und sprechen zunächst nur die visuelle Modalität des Patienten an:

*„Nun beschreiben Sie bitte, in welcher Position sehen Sie ihn, stehend, sitzend oder liegend. [Und nun weiter für den Fall eines stehenden Symptomträgers:] Steht er mit beiden Füßen gleichmäßig auf dem Boden, steht er breitbeinig da oder hat er die Beine eng beieinander, sind beide Knie durchgedrückt oder hat er ein Stand- und ein Spielbein ... betrachten Sie genau, wie die Oberschenkel im Becken stecken, ist das Becken gerade oder gekippt ... schauen Sie sich an, wie die Wirbelsäule sich aus dem Becken erhebt, ganz gerade oder nach der einen oder anderen Seite geneigt ... entsprechend hat sie oben im Brustbereich eine größere oder kleinere Krümmung ... in welcher Position befinden sich die Schultern, an denen die Arme hängen, sind sie hoch gezogen, sind sie zurückgezogen oder hängen sie nach vorne ... welche Neigung hat die Wirbelsäule im Nackenbereich und wie sitzt der Kopf darauf ... betrachten Sie das Gesicht, wie ist die Mimik, welche Spannung haben die Muskeln um den Mund, die Augen, die Stirn?“*

*„Stellen Sie sich vor, Sie hätten Röntgenaugen und könnten damit in den Körper hinein schauen und dort die Spannung der Muskeln und Sehnen betrachten, den Tonus der Blutgefäße, die Funktion der Lunge und des Herzens, den Zustand des Magens, des Darms etc.“*

Eine solche anatomisch-physiologische Befragung sollte im Idealfall zu der unmittelbaren Einsicht führen, dass der Symptomträger in einer derartigen Haltung und in einer solchen Verfassung die beklagten Symptome natürlicherweise haben muss.

### **Beispiel**

Eine junge Frau mit diffusen Oberbauchbeschwerden, medizinisch o. B., sah eine junge, dynamische Managerin durch einen Park in Richtung ihres Büros gehen. Sie ging eiligen, energischen Schritts, kerzengerade aufgerichtet, fast im Stehschritt. In Gedanken war sie schon weit voraus im Büro, gewissermaßen mit Scheuklappen blind für ihre unmittelbare Umgebung. Sie war sehr sportlich. Ihr gesamtes muskulo-skelettales System war perfekt, ebenso das Herz-Kreislaufsystem, denn solch gut „definierte“ Muskeln wollen gut mit Blut versorgt sein.

Meine Bitte, nun auch den Bereich zwischen Brust und Becken zu beschreiben, irritierte die Patientin sehr, denn dort im Bauchbereich war bei dieser Frau nichts zu sehen, eine Art gähnendes Loch, so als hätte diese Frau überhaupt keinen Bauch. Entsprechend konnte sie keine Aussagen darüber machen, wie sich diese Frau ernährt, wie sie Hunger und Sättigung empfindet, denn das alles interessierte diese Frau nicht; Essen war für sie notwendige Zeitverschwendung, was sie ab und an unwillig hinter sich brachte.

Ich ließ das kommentarlos stehen und fragte nur, ob es noch etwas zu berichten

## *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

gäbe, wonach ich bislang nicht gefragt hatte. Nachdem die Patientin das verneint hatte, ging ich zum nächsten Schritt, dem *Anti-Symptomträger* über.

### **2. Konstruktion des Anti-Symptomträgers**

Unter Anti-Symptomträger ist das exakte Gegenteil des Symptomträgers gemeint. Manchen Patienten muss das eigens erklärt werden, da sie darunter fälschlicherweise den Symptomträger (bzw. sich selbst) nach Überwindung der Symptome verstehen. Entsprechend lautet die Anweisung etwa:

*„Stellen Sie sich nun jemanden vor, den Sie wiederum nicht kennen, von dem Sie nur wissen, dass er noch nie im Leben Ihre Schmerzen hatte, der sogar so beschaffen ist, dass er solche Schmerzen nie im Leben bekommen könnte. So, wie diese Person lebt, mit dieser Einstellung zum Leben, mit diesen speziellen Erfahrungen, ist es unmöglich, dass sie jemals solche Schmerzen haben kann ...“*

Und nun konstruiert man mit Hilfe der gleichen anatomisch-physiologischen Fragen wie oben den Anti-Symptomträger derart, dass im Idealfall unmittelbar einsichtig wird, dass er niemals im Leben solche Schmerzen entwickeln könnte.

### **Beispiel**

Als Anti-Symptomträgerin hatte die Patientin mit den Oberbauchbeschwerden spontan eine Frau vor Augen, die sich lasziv auf einer Chaiselongue räkelt, nichts wirklich zu tun hatte und es sich offensichtlich einfach nur gut gehen ließ. Die genauere Beschreibung ergab, dass diese Frau ganz und gar nicht den straffen Körper der Symptomträgerin hatte, sondern eher unsportlich war, mit weichen Muskeln und weicher Haut, dass ihr Körper sogar etwas mollig war, dass aber ihr Geruchs- und Geschmackssinn recht gut ausgeprägt waren, dass sie offenbar auf gutes Essen und auf alle sonstigen für das leibliche Wohlergehen angenehmen Dinge des Lebens großen Wert legte, dass sie sich insbesondere in ihrem Körper sehr wohl fühlte. Alle Sinne, auch das Gehör, der Geruch- und der Tastsinn, schienen darauf ausgerichtet, Angenehmes zu erfahren.

Nachteil – in den Augen meiner Patientin – war nur, dass sie offenbar keinerlei berufliche Ambitionen hatte und keinerlei Ehrgeiz, diesen Zustand entscheidend zu verändern.

Gerade bei der Konstruktion des Anti-Symptomträgers sind manchmal zwei Dinge von entscheidender Bedeutung, nämlich ein hinreichend guter Trancezustand auf Seiten des Patienten – dadurch wird dessen kognitive Toleranz gegenüber Fremdartigem erhöht – und auf Seiten des Therapeuten eine strikt neutrale Befragung, die sich jeglicher wertenden Bedeutungszuschreibung enthält. Nüchterne Fragen nach physiologischen und anatomischen Gegebenheiten sind eine Möglichkeit, Widerstände auf Seiten des Patienten gar nicht entstehen zu lassen.

In jedem Fall sollte vermieden werden, dass der Patient sich vorschnell mit den Stellvertreterfiguren identifiziert, weil dies leicht zu Abwehrreaktionen führen kann.

Gerade bei der Konstruktion des Anti-Symptomträgers kommen manchmal karikaturhaft verzerrte „Anti-Typen“ zum Vorschein, die Patienten dann entsetzt ablehnen und u. U. jegliche weitere Mitarbeit verweigern, wenn deren Bedeutung zu offensichtlich wird, wie etwa: „*Was habe ich mit so jemandem zu tun? Meinen Sie etwa, um keine Schmerzen mehr zu haben, müsste ich so ein Ekel werden wie dieser Typ?*“

Hypnotherapeuten in der Ericksonschen Tradition vermeiden es häufig, Stellvertreterfiguren oder Symbole offen zu interpretieren. Sie vertrauen darauf, dass die Bedeutung sich dem Patienten von selbst erschließt, wenn er dazu bereit bzw. entsprechend vorbereitet ist, um sie nicht nur kognitiv verstehen, sondern auch emotional annehmen und, falls nötig, in adaptives Verhalten umsetzen zu können. Zu diesem Zweck wird bisweilen auch versucht, ein vorschnelles Verstehen von Bedeutungen aktiv zu verhindern. Hierzu dienen auch bestimmte sog. „Amnesietechniken“ (vgl. Peter 2009e).

### **3. Zusammenführen von Symptomgestalt und Anti-Symptomgestalt**

Nachdem die beiden Stellvertretergestalten konstruiert worden sind, geht es darum, sie einander so weit anzunähern, dass sie die jeweils andere Sichtweise, das jeweils andere Leben kennen lernen können. Primäres Ziel ist nicht Integration der beiden, obwohl das nicht verhindert wird, wenn es sich von allein anbietet. Ziel ist lediglich, wechselseitig zu begreifen, was es konkret für die Lebensführung und die Einstellung zum Leben bedeutet, keine bzw. – vice versa – eben gerade Schmerzen zu haben.

Dieser Teil der Behandlung kann einige Zeit in Anspruch nehmen, denn hier müssen adaptive Prozesse ablaufen, die vom Therapeuten nur angestoßen und diskursiv begleitet, aber nicht wirklich strategisch gelenkt werden können.

Man bittet den Patienten in Trance, dass er sehen möge, wie der Symptomträger zum Anti-Symptomträger hinüber geht, sich hinter diesen stellt und versucht, über dessen Schultern zu blicken und von dort, gewissermaßen aus dessen Perspektive, die Welt zu betrachten, aus dieser Position in die Welt zu horchen, um herauszufinden, wie der Anti-Symptomträger die Welt und das Leben begreift. Es können auch andere Sinneskanäle wie Riechen oder Schmecken benutzt werden, wenn sie diesem Zweck dienen. Schließlich soll der Symptomträger seine Hand ausstrecken und den Anti-Symptomträger am Rücken oder an der Schulter berühren und einen kleinen Teil von dessen emotionaler Befindlichkeit und Körpergefühl zu sich herüber fließen zu lassen. Wenn es zu viel wird oder sonst unangenehm, kann er die Hand wieder lösen und der Kontakt ist unterbrochen; das dient seiner Sicherheit – er muss sich nicht mit fremden Gefühlen beschäftigen, wenn bzw. solange er das nicht wirklich will.

In gleicher Weise bittet man später den Anti-Symptomträger, zum Symptomträger herüber zu kommen, sich hinter diesen zu stellen und das Gleiche zu versuchen. Beide Stellvertreter sollen über diese Inszenierung die Gelegenheit bekommen, zu „dezentrieren“, eine andere Sichtweise kennen zu lernen und eventuell Teile davon zu adaptieren.

## *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

Der explizit hypnotische Anteil – über den hypnotischen Trancezustand hinausgehend, in welchem diese Inszenierung stattfindet – besteht darin, dass von Fall zu Fall das „Unbewusste“ des Patienten aufgefordert wird, einen neu gewonnenen Aspekt oder die Gesamtsituation zu begutachten, eventuell auch eine starke Abwehrreaktion im Einzelnen zu explorieren und so die jeweiligen Prozesse begleitend zu kommentieren. Das kann zur Verstärkung gewonnener Einsichten führen oder auch bestimmte Aspekte wieder relativieren. Die Hypnotherapie geht davon aus, dass es durch die Einbeziehung des „Unbewussten“, verstanden als Metapher für verdeckte Ressourcen, zu einer vertieften Integration der aktuellen therapeutischen Arbeit kommt, indem zusätzlich zu kognitiven Einsichten auch die nötigen affektiven, episodischen und prozeduralen Aspekte mit berücksichtigt werden.

### **Beispiel**

Bei der oben erwähnten Patientin mit den Oberbauchbeschwerden weigerte sich die Symptomträgerin zunächst, sich zu jener molligen, lasziven und „nutzlosen“ Person auf der Chaiselongue zu begeben, weil sie ihr allzu weit entfernt von ihrer eigenen Welt erschien.

So bat ich die Anti-Symptomträgerin, zur Symptomträgerin herüber zu kommen und sich hinter diese Frau zu begeben, die im Eilschritt durch den Park hastet. Sie war zwar willens das zu tun, nach kurzer Zeit aber nicht mehr fähig, denn sie geriet bald außer Atem und zudem wurde ihr schlecht, denn es war früh morgens, viel zu früh für sie, und sie hatte noch nichts gefrühstückt. Sie verlor den Kontakt und wunderte sich nur, wie die andere, die Symptomträgerin, es schaffte, in einer solchen körperlichen Verfassung mit ihren Gedanken schon voraus im Büro zu sein und dort einzelne Aufgaben zu planen.

So forderte ich sie auf, die Symptomträgerin zu bitten, vielleicht etwas langsamer zu gehen und ihr vielleicht mitzuteilen, was ihr durch den Kopf gehe.

Wider Erwarten stieß dieser Vorschlag auf gute Resonanz, die Symptomträgerin verlangsamte ihren Schritt, schien überrascht, dass sich jemand für ihre Gedanken interessierte und antwortete bereitwillig auf alle möglichen Fragen. Dabei kam ich der Anti-Symptomträgerin manchmal zu Hilfe, indem ich ihr Fragen vorschlug, die sie stellen könnte, etwa: *„Wie machst Du das nur, dass Du Deinen leeren Magen nicht spürst? Der muss doch ähnlich weh tun wie meiner jetzt.“* Die Antwort *„Ich habe jetzt doch Anderes zu tun, als an meinen Magen zu denken!“* war für die Anti-Symptomträgerin zunächst völlig unverständlich, denn sie fühlte sich auch geistig nur fit, wenn es ihrem Körper gut ging; sie war unfähig, Körper und Geist zu trennen, deshalb musste sie sich immer erst um ihren Körper kümmern, wenn sie gedanklich etwas Wichtiges bearbeiten wollte. Das empfand sie zwar als lästig, sie hatte sich aber gut daran gewöhnt.

An dieser Stelle erklärte ich, dass sich Menschen in vielen Aspekten unterscheiden, u.a. auch darin, wie gut sie ihren Körper und dessen Empfindungen dissoziieren

können. Das habe Vorteile, weil der Körper dann nicht hinderlich ist, wenn man beispielsweise eine Aufgabe erfüllen muss. Das habe aber auch Nachteile, weil man bestimmte Signale des Körpers – beispielsweise ein leichtes Hungergefühl oder einen leeren Magen – nicht mehr registriert und so nicht entsprechend reagieren kann. Das kann dazu führen, dass sich im Laufe der Zeit solide Symptome, beispielsweise Schmerzen entwickeln. Solange Schmerzen nur gering genug sind, könne man sie ausblenden, einfach nicht zur Kenntnis nehmen, bis sie dann die Bewusstseinschwelle mit Macht überschreiten; dann aber handelt es sich meist schon um ein ernstes Symptom, das sich nicht mehr leugnen lässt.

Es dauerte einige Zeit, bis die Symptomträgerin doch zu motivieren war, in die Welt der Anti-Symptomträgerin einzutreten. Hierbei half das „Unbewusste“, das auf meine wiederholten Fragen mit einer Levitation der „Ja-Hand“ antwortete. Verabredungsgemäß benutzte die Patientin zunächst nur ihren visuellen Sinneskanal und schaute sich im Zimmer der anderen um: Vieles war ihr fremd, manches gefiel ihr doch – und später erfuhr ich, dass sie ungefähr zu diesem Zeitpunkt begann, an ihrer eigenen Wohnung Kleinigkeiten zu verändern. Als Nächstes traute sie sich, den Geruchs- und Tastsinn der Anti-Symptomträgerin zu erkunden – sie probierte verschiedene Parfums und Badeöle aus –, dann kam der Geschmackssinn und erst danach eine vage, vorsichtige Empfindung für ihren Bauch.

Das löste zunächst unangenehme, auch schmerzhaft empfundene Empfindungen aus und führte zu spontanen Altersregressionen, in denen wir einige unschöne Erfahrungen aus ihrer frühen Jugend aufarbeiteten<sup>4</sup>). Das war dann der problemorientierte Teil der Behandlung, der längere Zeit in Anspruch nahm. Erst danach verschwanden langsam die Oberbauchbeschwerden.

#### **4. Symbolisierung der Stellvertreter**

Bei manchen, insbesondere bei sehr „uneinsichtigen“ somatoformen Patienten erscheint es sinnvoll, noch eine weitere Stufe der Verfremdung einzuführen, um sie noch langsamer und schonender an das Bewusstwerden ihrer Grundproblematik heranzuführen; denn die Stellvertreter in Form von Personen, auch wenn sie anonym sein sollen, könnten doch zu nah und zu deutlich sein und deshalb Widerstände auslösen. Diese weitere Verfremdung geschieht am besten mit Hilfe einer passenden Symbolisierung von Anti- und Symptomfiguren. Je nach therapeutischer Einschätzung können hier bestimmte Standardfiguren bzw. –handlungen vorgegeben werden wie sie z.B. im Katathymen Bilderleben gebräuchlich sind oder bei Bongartz & Bongartz (2009) und Meiss (2009) beschrieben werden.

#### **Fazit**

Bei dieser Strategie soll der Patient lernen, sich zu „dezentrieren“, zu sich selbst in einen hinreichend großen Abstand zu gehen, um sich und seine Symptomatik in einem weiteren Kontext – aus der Perspektive eines affektlosen Beobachters – zu sehen und

## *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

so Verständnis für Ätiologie und Kontingenzen zu entwickeln, was ihm im zentrierten Modus nicht möglich ist. Hier soll er dann ein alternatives Modell entwickeln und Teile davon in (hypnotischem) sensu erproben.

Der Zustand der hypnotischen Trance ist zwar generell hilfreich, um sowohl die Dissoziation des Affektes wie auch die Imaginationen zu erleichtern, und die metaphorische Instanz des „Unbewussten“ ermöglicht es, kognitive Dissonanzen länger zu ertragen; sie erlauben Annäherungen an kognitive und emotionale Perspektiven, die dem Bewusstsein fremd, peinlich oder feindlich erscheinen und deshalb normalerweise vermieden werden. Dennoch müssen manchmal zusätzliche Maßnahmen getroffen werden, um diese Annäherung so schonend wie möglich zu gestalten, sie in manchen Fällen überhaupt erst zu ermöglichen. Diesem Zweck dienen die Stellvertreterfiguren, seien sie personal oder symbolisch. Es handelt sich dabei also um symbolische Strategien, die eine Neuinterpretation der Symptomgestalt und damit eine Neubewertung der Problematik zum Ziel haben.

### **Indikation und Kontraindikation**

Obwohl sehr von Vorteil, erfordern symbolische Strategien weder formale Hypnose noch hohe Hypnotisierbarkeit, wohl aber Imaginationsfähigkeit. Sie sind für problemorientiertes Arbeiten bei psychosomatischen oder somatoformen Symptomen gut geeignet. Es bedarf aber gerade bei Letzteren schon einer gewissen Bereitschaft und Fähigkeit zur Einsicht, um nicht als bloße „Psychospielereien“ abgetan zu werden.

### **Literatur**

- Alman, B. (2009). Selbsthypnose. In D. Revenstorf, & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (S. 318-331). Heidelberg: Springer.
- Barber, J. (Hrsg.). (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide*. New York, NY, US: W. W. Norton and Co, Inc.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (2001). Die Stellvertretertechnik. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (S. 268-276). Heidelberg: Springer.
- Cheek, D. B. (1994). *Hypnosis. The application of ideomotor techniques*. Boston: Allyn and Bacon.
- Crawford, H. J., Horton, J. R., & Lichtenberg, P. (2004). Die Neurowissenschaft der Hypnose: Der Einfluss von genetischen, neuroanatomischen und Informationsgeschwindigkeitsfaktoren auf die hypnotische Antwortbereitschaft. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 93-118.
- Ebell, H. (1985). *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzzuständen*. In B. Peter (Ed.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson* (pp. 183-188). München: Pfeiffer.
- Ebell, H. (1995). Hypnosis and cancer pain: Ericksonian approach versus standardized suggestibility testing. In Lankton, Stephen R. (Ed); Zeig, Jeffrey K. (Ed). (1995). *Difficult contexts for therapy*. Ericksonian monographs, No. 10. (pp. 1-8). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Ebell, H. (2001). Psychotherapeutische Aspekte, Patientenführung bei chronisch Schmerzkranken. In K. Brune, A. Beyer & M. Schäfer (Eds.), *Schmerz - Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie* (pp. 162-172). Heidelberg: Springer.
- Ebell, H. (2002). Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. *Hypnose und Kognition*, 19(1+2), 27-38.

- Erickson, M. H. (1967/1998). Eine Einführung in Theorie und Praxis der Hypnose zur Schmerzkontrolle. In E. L. Rossi (Hrsg.), *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson* (Vol. 5, S. 310-320). Heidelberg: Carl Auer.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1977/1995). Selbsthypnotische Erfahrungen von Milton H. Erickson. In E. L. Rossi (Hrsg.), *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson* (Vol. 1, S. 161-194). Heidelberg: Carl Auer.
- Esdale, J. (1846/1902). *Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine*. Chicago: The Psychic Research Company.
- Hilgard, E. R., & Hilgard, J. R. (1975/1994). *Hypnosis in the relief of pain* (rev. ed.). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Kirsch, I., Montgomery, G.H., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214-220.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments - Another meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 517-519.
- Meiss, O. (2009). Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (S. 547-557). Heidelberg: Springer.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153.
- Peter, B. (1986). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Überblick. *Hypnose und Kognition*, 3(1), 27-41.
- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Der Schmerz*, 12(3), 179-186.
- Peter, B. (2000). Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des "therapeutischen Tertiums". *Psychotherapie*, 5(1), 6-21.
- Peter, B. (2004). Hypnose. In H. D. Basler & C. Franz & B. Kröner-Herwig & H. P. Rehfishch (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (5 ed., S. 567-587). Berlin: Springer.
- Peter, B. (2006a). Einführung in die Hypnotherapie. Heidelberg: Carl Auer.
- Peter, B. (2006b). Kapitel 6.6: Schmerz Wahrnehmung. In D. Revenstorf, *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie* (Hypnose-ZHH, S. 71-77). München: MEG-Stiftung.
- Peter, B. (2007). Hypnose. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 581-601). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft: Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127-148.
- Peter, B. (2009a). Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., S. 69-77). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009b). Die Ideengeschichte des Unbewussten in Hypnose und Psychoanalyse. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 49-78.
- Peter, B. (2009c). Ideomotorische Hypnoserituale. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. (S. 169-180). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009d). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. (S. 32-40). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009e). Hypnotische Hypermnésie und Amnesie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. (S. 277-286). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009f). Altersregression. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie*,

## *Hypnotherapie bei chronischen Schmerzpatienten*

- Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis (S. 287-299). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D., & Freund, U. (2009). Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (S. 203-215). Heidelberg: Springer.
- Seemann, H. (1998). Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen. Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen und anderen Störungen. München: Pfeiffer.
- Seemann, H. (2009). Psychosomatische Schmerzen. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 585-602). Heidelberg: Springer.
- Spiegel, D., & Kosslyn, S. (2004). Glauben gleich Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 21(1+2), 119-138.
- Wirl, C. (2009). Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (S. 764-777). Heidelberg: Springer.

Dr. Burkhard Peter, Dipl.Psych.  
 Konradstr. 16  
 80801 München  
 www.Burkhard-Peter.de

eingereicht: 15.1.2010

revidierte Version akzeptiert: 28.2.2010

1) Revidierte und erweiterte Version eines Artikels, der 2007 unter dem Titel: „Konstruktion von Schmerzgestalt und Symptomträger. Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten“ in der Zeitschrift *Psychotherapie*, 12(1), S. 116-122, schon veröffentlicht wurde. Er ist das Ergebnis der fruchtbaren Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen im Rahmen von schmerzhypnotherapeutischen Seminaren seit Mitte der 1990er Jahre.

2) Der besseren Lesbarkeit wegen verwende ich im Folgenden das generische Maskulinum; es sind immer beide Geschlechter gemeint.

3) Zum „ideomotorischen Signalisieren“ werden dem Patienten in Trance bzw. seinem „Unbewussten“ Fragen gestellt, die mit „Ja/Nein/Weiß nicht“ einfach beantwortbar sind. Die Antwort wird dann aber nicht verbal sondern in Form einer hypnotischen Armlevitation oder eines ideomotorischen Fingersignals erwartet (s. z.B. Cheek 1994, Peter 2009c).

4) Auf eine detaillierte Beschreibung der Inhalte in den Altersregressionen wird in diesem Technik-Artikel aus Platzgründen verzichtet (vgl. hierzu z.B. Peter 2009f).