



Die Bedeutung der Hypnose in der Schmerzbehandlung

- Diplomarbeit -

im Studiengang Rehabilitationspsychologie
der Hochschule Magdeburg-Stendal, Standort Stendal
Osterburgerstraße 25, 39576 Stendal

vorgelegt von

Manuela Knörrich

Erstgutachter: Prof. Dr. Mark Helle

Zweitgutachter: Prof. Dr. Matthias Gründel

Tröglitz, den 11.08.2009

Danksagung

Es ist leicht etwas zu beginnen. Hingegen ist es mitunter viel schwerer etwas zu Ende zu bringen. Die Fertigstellung der vorliegenden Arbeit hat einige Zeit und auch Nerven in Anspruch genommen. Vielen Menschen möchte ich herzlich dafür danken, dass sie mich in dieser Zeit begleitet und damit zum Gelingen und Vollenden dieser Arbeit wesentlich beigetragen haben.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Peter Brock, dem Regionalstellenleiter der Milton Erickson Gesellschaft in Leipzig, der mein Interesse und Verständnis für Hypnose durch seine inspirierenden, humorvollen und kreativen Impulse und Ideen und seine begeisternde Art Hypnotherapie zu begreifen, maßgeblich geprägt hat, und der mich dank seines kompetenten und fundierten Fachwissens sowie einer kritischen Durchsicht dieser Arbeit beim Schreiben unterstützend begleitete. „Es gibt Dinge, durch die muss man einfach durch.“

Mein besonderer Dank gilt zudem Daniel Bass, der mir aufgrund seiner umfassenden und fachlich-kompetenten Unterstützung sowie kritischen Rückmeldung beim Korrektur lesen eine große Hilfe war.

Außerdem möchte ich mich bei Bernhard Trenkle, dem Leiter des Milton Erickson Instituts in Rottweil, ganz herzlich bedanken, von dem ich bereits viel gelernt habe und der mir seine umfangreiche Bibliothek zur Verfügung gestellt hat.

Ebenso sei Iona Trensinger an dieser Stelle herzlich gedankt, die mir die Regeln der deutschen Grammatik näher brachte und mir auch in schwierigen Momenten hilfreich und fürsorglich unterstützend zur Seite stand.

Weiterer Dank gilt Prof. Dr. Mark Helle sowohl für seine fundierte Unterstützung als auch für die gute und hinreichende Betreuung in dieser Zeit.

Von ganzem Herzen bedanken möchte ich mich bei meinen Eltern für ihre liebevolle Unterstützung in jeglicher Hinsicht wie auch für ihre Geduld und Zuversicht während der gesamten Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	5
TEIL 1: DAS PHÄNOMEN „SCHMERZ“	10
1.1 WAS IST SCHMERZ?	10
1.2 SCHMERZ – EINE DEFINITION.....	12
1.3 DIE BIOPSYCHOSOZIALE SICHTWEISE DES SCHMERZES.....	14
1.4 AKUTER UND CHRONISCHER SCHMERZ.....	16
1.5 EPIDEMIOLOGIE DES SCHMERZES	18
1.5.1 Schmerzen des Bewegungssystems	21
1.5.2 Migräne und Spannungskopfschmerz.....	22
1.5.3 Tumorschmerz	22
1.6 SCHMERZ UND SEINE GESUNDHEITSÖKONOMISCHE BEDEUTUNG.....	23
1.7 VERSORGUNGSSITUATION	25
1.8 PSYCHOLOGISCHE SCHMERZTHERAPIE	30
1.8.1 Entspannungsverfahren.....	32
1.8.1.1 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR).....	33
1.8.1.2 Autogenes Training nach Schultz (AT).....	34
1.8.2 Biofeedback	35
1.8.3 Operante Methoden.....	36
1.8.4 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren.....	37
1.8.5 Hypnose.....	38
TEIL 2: DAS PHÄNOMEN „HYPNOSE“	39
2.1 GESCHICHTE DER HYPNOSE.....	39
2.2 DEFINITION – WAS IST HYPNOSE?	48
2.3 ABGRENZUNG ZU ANDEREN BEWUSSTSEINZUSTÄNDEN	51
2.4 VERÄNDERUNGEN UNTER HYPNOSE.....	53
2.5 DIE EFFEKTIVITÄT DER HYPNOTHERAPIE - EMPIRISCHE WIRKSAMKEITSBELEGE.....	58
2.6 EMPIRISCHE BELEGE ZUR HYPNOTISCHEN SCHMERZKONTROLLE	60
2.6.1 Laborstudien.....	61
2.6.2 Klinische Studien.....	63
2.6.3 Metaanalysen.....	66
TEIL 3: HYPNOANALGESIE	67
3.1 KLINISCHE HYPNOSE IN DER SCHMERZBEHANDLUNG	67
3.2 ZUR ANWENDUNG HYPNOTISCHER SCHMERZKONTROLLE	68
3.3 SYMPTOM- UND PROBLEMBEZOGENE HYPNOTHERAPIE	70
3.3.1 Symptomorientiertes Vorgehen.....	70
3.3.2 Problemorientiertes Vorgehen	71

3.4 TECHNIKEN DER HYPNOTISCHEN SCHMERZKONTROLLE	72
3.4.1 Amnesie	73
3.4.2 Dissoziation	73
3.4.3 Assoziative Techniken.....	75
3.4.3.1 Umdeutung	76
3.4.3.2 Verschiebung.....	77
3.4.3.3 Substitution.....	78
3.4.4 Indirekte Techniken	78
3.4.4.1 Verwendung von Metaphern.....	78
3.4.4.2 Einstreutechnik.....	80
3.4.4.3 Konfusion	81
3.4.5 Selbsthypnose	83
3.4.6 Anästhesie.....	86
TEIL 4: GESUNDHEITSPOLITISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER AMBULANTEN PSYCHOTHERAPIE IN DER KASSENÄRZTLICHEN VERSORGUNG	89
4.1 KRITIK AN DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG	92
4.2 KRITIK AN DEN NEUERUNGEN DES G-BA UND WBP	93
4.3 WAS GILT DERZEIT FÜR DIE HYPNOTHERAPIE?	93
DISKUSSION	94
LITERATURVERZEICHNIS	100

„Von allen Körpern in der Natur wirkt auf den Menschen am allerwirksamsten der Mensch selbst.“

(Franz Anton Mesmer)

Einleitung

Hypnose wird seit vielen Jahrhunderten als effektive und effiziente Methode zur Beeinflussung körperlicher und psychischer Prozesse genutzt (Revenstorf, 2006). Sie wird als ältestes Verfahren mit medizinischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Tradition benannt, das im Verlauf der Menschheitsgeschichte immer wieder entdeckt, vergessen und aufs Neue wiederentdeckt worden ist (Revenstorf & Prudlo, 1994). Hypnotherapie (auch Hypnosetherapie genannt) gewinnt als Therapieform zunehmend an Aktualität. Sowohl in Deutschland als auch international erlebt die Hypnose, über 200 Jahre nach Mesmer, eine Art Renaissance (Peter, 2009b).

Hypnose gilt als Anfang aller Psychotherapie. Die meisten Verfahren der heutigen Psychotherapie haben entweder ihre Wurzeln in der Hypnose oder in irgendeiner anderen Form Berührungspunkte mit ihr. Doch Hypnose hat zugleich auch eine gespaltene Tradition. Die wissenschaftliche Akzeptanz der Hypnose erlebte in ihrer Geschichte ein regelmäßiges Auf und Ab, denn die Wirkung der Hypnose ist seit ihren historischen Anfängen reich an Missverständnissen. Und so erhält die Hypnose in der Öffentlichkeit auch heute noch zumeist einen zweifelhaften Ruf als Scharlatanerie, Okkultismus oder Magie, der ihr jedoch keineswegs gebührt. Ein mit Hypnose häufig assoziiertes Thema, das der Unwillkürlichkeit, nimmt seit Anbeginn eine paradigmatische Stellung ein. So schreibt der Volksglauben diesem Zustand Willen- und Kritiklosigkeit zu, begleitet von Phantasien der Ohnmacht und der Omnipotenz. Phantasiegeschichten und der Aberglaube an übernatürliche Kräfte lassen die Hypnose in magisch-mystischen Formen der Geistheilung und des spirituellen Wachstums weiterleben. Nicht zuletzt wird sie aufgrund der Publikumswirksamkeit und des kommerzialisierten Zerrbildes, welches so genannte Bühnen- und Showhypnosens mithilfe spektakulärer Anwendungsformen und Demonstrationen eindrucksvoll darbieten, oft als Schaustellung und Effekthascherei verunglimpft. Dies gelingt dem Bühnenhypnotiseur, indem er unter anderem Leistungen vollführen lässt, von denen das Publikum in der Regel nicht weiß, dass sie jedem möglich sind wie beispielsweise der kataleptischen Brücke¹ (Peter & Revenstorf, 2009;

¹ Die kataleptische Brücke ist ein häufig genutzter Trick in der Showhypnose zur Demonstration der vermeintlichen Macht des Hypnotiseurs und als Beweis für die übersinnlichen Kräfte der Hypnose. Hierbei erhält die hypnotisierte Versuchsperson die Suggestion „starr wie ein Brett“ zu werden, woraufhin sie dann mit Nacken und Fersen jeweils auf einen Stuhl gelegt wird, so dass der restliche Körper frei wie eine

Revenstorf, 1996, 2009a). Showhypnosen scheinen zu suggerieren, dass Menschen im Zustand der hypnotischen Trance zu willenlosen Maschinen werden, die vom „machtorientierten“ Hypnotiseur auf jede erdenkliche Art beeinflusst werden können, so dass sie dessen Anweisungen Folge leisten und bestimmte Handlungen ausführen, die sie unter einem Alltagsbewusstsein niemals tun würden. Tatsächlich kann man sich jedoch nur in einen Trancezustand versetzen lassen, wenn man das will (Mücke, 2003). Bereits Bernheim (1888/1985) formulierte in seinem berühmten Buch *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*: „Niemand kann gegen seinen Willen hypnotisiert werden“ (Bernheim, 1888/1985, S. XV). Denn erst, wenn man die Suggestionen des Hypnotiseurs zu seinen eigenen macht, können sie wirksam werden. Die Bedeutung einer Botschaft bestimmt somit immer der Empfänger selbst (Mücke, 2003). Hypnose ist vielmehr die Kraft, die Eigenschaften und Phänomene der hypnotischen Trance zu nutzen, um ein gewünschtes Ergebnis zu erhalten (Wicks, 2009). Die derzeitige Auffassung von klinischer Hypnose geht davon aus, dass der Patient durch die Induktion (Einleitung) einer hypnotischen Trance in die Lage versetzt wird, seine eigene Macht besonders wirkungsvoll zu entfalten und die für seine Heilung benötigten Kräfte in sich selbst zu finden (Peter & Revenstorf, 2009).

Der Begriff „Hypnose“, der von dem Wort „hypnos“, dem griechischen Gott des Schlafes, abgeleitet ist, wurde im 19. Jahrhundert von dem englischen Augenarzt James Braid geprägt. Anstelle des „Mesmerismus“, wie die Hypnose damals genannt wurde, führte Braid 1943 diesen Ausdruck unter der passenderen Bezeichnung Hypnotismus ein, da er zunächst davon ausging, dass es sich hierbei um ein schlafähnliches Phänomen handelt (Revenstorf, 2009a). Und obwohl schon Braid mit der Zeit erkannte, dass Hypnose und Schlaf voneinander verschieden sind, wurde die Bezeichnung „Hypnose“ bis heute beibehalten (Bongartz & Bongartz, 1999). Somit könnte man sagen, dass der Schlaf der Hypnose den Namen gegeben hat (Klumbies, 1988). Heutzutage wissen wir, dank modernster Technik der Hirnforschung, dass die hypnotische Trance einen vom Alltagsbewusstsein, der Entspannungsreaktion und dem Schlaf hirnhysiologisch unterscheidbaren Zustand darstellt (Halsband, 2009).

Die Hypnotherapie hat eine Vielzahl von Techniken zur Erreichung medizinischer und psychotherapeutischer Ziele herausgebildet (Revenstorf, 2009d). Ein wesentlicher Anwendungsbereich von Hypnose ist die Beeinflussung von Schmerz, d.h. die Kontrolle, Verringerung und Ausschaltung von Schmerzen (Hoppe, 1993a).

Brücke wirkt. Um das Ganze noch imposanter und spektakulärer erscheinen zu lassen steigt zuguterletzt eine weitere Person für kurze Zeit auf den steifen Körper. Was viele jedoch nicht wissen ist, dass fast jeder gesunde Mensch diese Körperstarre auch ohne Hypnose bei sich selbst erzeugen und in der Regel ein bis drei Minuten aushalten kann. Zudem sind derartige Vorführungen mit einem erheblichen Verletzungsrisiko wie Meniskusschäden oder Knochenbrüchen verbunden (Kossak, 1997).

Schmerzen sind ein Leitsymptom von Krankheiten, die auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Menschen einen erheblichen Einfluss haben. Sie stellen ein sehr komplexes und dynamisches Phänomen dar mit ganz unterschiedlichen Qualitäten und Formen, die von eng begrenzten, kurzzeitigen Schmerzen über länger anhaltende Schmerzzustände bis hin zu chronischen Schmerzen und chronischen Schmerzsyndromen im Sinne eines eigenständigen Krankheitsbildes reichen (Bellach et al., 2000). Das Schmerzgeschehen ist ein komplizierter Vorgang mit vielgestaltigen Facetten und Einflussgrößen wie etwa der Erwartung an einen kommenden Schmerz, die erlebte Hilflosigkeit gegenüber Schmerzen, die Bedeutung, die Schmerzen beigemessen wird, die Zeit, in der der Schmerz auftritt, der Ort (Lokalisation), die Intensität und die Art und Weise des Schmerzes, seine Struktur, die Erfahrung, mit starken Schmerzen umzugehen und vieles mehr (Hüppe & Fritsche, 2007; Revenstorf, 1988). Während der akute Schmerz, der zumeist als ein allgemeines, lokalisiertes Zeichen dafür auftritt, dass an irgendeiner Stelle des Körpers etwas nicht in Ordnung ist, z.B. aufgrund einer Gewebeverletzung, und damit eine wichtige Warn- und Schutzfunktion für den Körper hat, so ist der chronische Schmerz dagegen primär „sinnlos“ (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, n.d.). Chronischer Schmerz ist in den Industrienationen eines der größten Gesundheitsprobleme (Zimmermann, 2003). Und auch in Deutschland stellen Schmerzerkrankungen ein zentrales gesundheitliches Problem dar. So wird geschätzt, dass etwa fünf bis acht Millionen Menschen in Deutschland unter lang anhaltenden oder häufig wiederkehrenden, behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen leiden. Auch wenn diese Zahl nur auf Schätzungen beruht, wird dennoch klar, dass es sich hier um ein enormes gesundheitliches Problem handelt. Neben dem persönlichen Leid für die Betroffenen sind insbesondere die chronifizierten Schmerzerkrankungen nicht zuletzt auch ein gesellschaftliches und sozialpolitisches Problem, welche aufgrund der zumeist völlig unzureichenden Versorgungsstrukturen und der damit verbundenen direkten Behandlungskosten sowie schmerzbedingten Arbeitsausfälle und Frühberentungen immense volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe verursachen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2004; Geissner & Flor, 1999). Der Bedarf nach wirksamer und innovativer Schmerzbehandlung ist damit offensichtlich (Hüppe & Fritsche, 2007). Dennoch bestehen in diesem Bereich eklatante Versorgungsdefizite, denn es herrscht eine Unter- und Fehlversorgung von Schmerzpatienten. Ein erheblicher Teil der Patienten wird nach wie vor nicht adäquat und optimal versorgt und behandelt, obwohl die entsprechenden Kenntnisse sowie effektive Therapien und Versorgungskonzepte zur Verfügung stehen. Zudem haben die

Patienten einen rechtlichen Anspruch auf eine angemessene Schmerzbehandlung (Koch et al., 2008).

Die unbefriedigende Versorgungssituation in Deutschland führt dazu, dass die Betroffenen damit rechnen müssen, jahrelang auf einen Behandlungsplatz zu warten, von Arzt zu Arzt weitergereicht und nicht nach dem neuesten Erkenntnisstand der modernen Schmerztherapie behandelt zu werden (Sonnenmoser, 2005). Mitunter durchlaufen Patienten eine jahrelange Odyssee mit somatischen und zum Teil invasiven Behandlungen, die bestenfalls ineffektiv bleiben, schlimmstenfalls zu weiteren Schädigungen und Komplikationen führen. Damit entstehen nicht nur langwieriges Leiden aufseiten des Patienten, sondern auch hohe Kosten im Gesundheitswesen (Pfungsten & Nilges, 2007). Eine effektive Behandlung ist daher dringend erforderlich, und die Möglichkeiten hierfür gibt es. Sie bestehen in der möglichst schnellen Umsetzung neuer Erkenntnisse der Schmerzforschung und Schmerztherapie (Koch et al., 2008). Fachleute sind sich heute einig, dass viele chronische Schmerzerkrankungen vermieden werden könnten, wenn bereits akute Schmerzen möglichst rasch und effektiv eingedämmt werden. Eine Schmerzbehandlung muss daher so früh wie möglich einsetzen, um zu verhindern, dass das Nervensystem des Patienten zu reagieren beginnt und sich ein Schmerzgedächtnis ausbildet und damit die Gefahr einer Chronifizierung droht. Das Repertoire an Erfolg versprechenden Behandlungsverfahren konnte wesentlich erweitert und verbessert werden (BMF/BF, 2004). Die effektivsten Ansätze zur Behandlung von Schmerzen in der klinischen Praxis sind multimodale und interdisziplinäre Ansätze, die unter dem Verständnis eines biopsychosozialen Schmerzmodells realisiert werden (Hüppe & Fritsche, 2007). Psychologische Konzepte und Behandlungsansätze sind dabei ein unverzichtbarer Bestandteil, denn Schmerzen halten sich nicht an die Fachgrenzen der Medizin, sondern erfassen den ganzen Menschen (Koch et al., 2008). Die Effektivität der psychologischen Schmerztherapie ist hinreichend belegt (Pfungsten & Nilges, 2007).

Als älteste medizinische und psychologische Heilmethode ist Hypnose traditionell im Bereich der Schmerzbehandlung angesiedelt. Sie bildet gewissermaßen eine Brücke zwischen psychischen und somatischen Prozessen, da sie körperliche Reaktionen nutzt, um psychische Reaktionen zu symbolisieren und mentale Symbolisierungen für körperliche Prozesse. Daher sind die Behandlungstechniken der Hypnose in besonderem Maße geeignet, um bei psychischen, psychosomatischen, somatoformen und somatischen Störungen zu intervenieren. Zudem belegen zahlreiche Wirksamkeitsuntersuchungen die Effektivität der hypnotischen Schmerzkontrolle sowohl als ergänzende Methode (adjuvant) wie auch als alleiniges Verfahren in der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen (Revenstorf, 2005a, 2006, 2008). Leider

stößt die Hypnotherapie selbst in Fachkreisen immer noch auf Ablehnung. Auch auf gesundheitspolitischer Ebene werden die positiven Effekte der Hypnose bislang verkannt.

Ziel der Arbeit ist aufzuzeigen was Hypnose ist, wie sie wirkt und was sie, insbesondere im Bereich der hypnotherapeutischen Schmerzkontrolle, zu leisten imstande vermag.

Teil 1 der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich zunächst allgemein mit der Frage, was Schmerz eigentlich ist. Es wird die Schmerzdefinition der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (International Association for the Study of Pain) vorgestellt. Anschließend werden nach einer Darstellung des biopsychosozialen Schmerzmodells die Charakteristika des akuten und chronischen Schmerzes in Abgrenzung voneinander beschrieben sowie eine Übersicht über den derzeitigen Stand national relevanter Befunde aus schmerzepidemiologischen Untersuchungen gegeben. Neben der gesundheitsökonomischen Relevanz von Schmerzerkrankungen und deren volkswirtschaftlichen Kosten für das deutsche Gesundheitssystem wird die damit einhergehende defizitäre schmerztherapeutische Versorgungssituation hervorgehoben. Zudem wird die Bedeutung einer in interdisziplinären und multimodalen Vorgehensweise in der therapeutischen Versorgung von Schmerzpatienten aufgezeigt, in der psychologische Interventionen einen immer größer werdenden Stellenwert einnehmen. Schließlich werden die wichtigsten Behandlungsverfahren in der Schmerzpsychotherapie dargestellt. Der zweite Teil der Arbeit betrachtet detailliert das Phänomen der Hypnose. Nach einem historischen Rückblick der Hypnose von ihren Anfängen bis hin zur modernen Hypnotherapie werden verschiedene Definitionsansätze erörtert sowie die Abgrenzung der Hypnose zu anderen Bewusstseinszuständen dargelegt. Des Weiteren wird auf Veränderungen unter Hypnose eingegangen und die in diesem Zusammenhang therapeutisch relevanten Trancephänomene beschrieben. Anschließend wird ein Überblick über die empirischen Befunde zur Wirksamkeit hypnotherapeutischer Interventionen gegeben. Anhand von experimentellen und klinischen Studien sowie Metaanalysen wird die Effizienz und Effektivität der hypnotischen Schmerzkontrolle aufgezeigt. Teil 3 der Arbeit umfasst die klinische Anwendung der Hypnose in der Schmerzbehandlung. Zunächst wird hierbei zwischen symptom- und problemorientiertem Vorgehen unterschieden. Im Anschluss daran werden die wichtigsten Techniken zur hypnotherapeutischen Schmerzkontrolle dargestellt. Im vierten Teil dieser Arbeit werden die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen kurz erläutert, die in Zusammenhang mit der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren stehen. In der abschließenden Diskussion werden dann die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf zukünftige Weiterentwicklungen und praktische Konsequenzen kritisch diskutiert.

Teil 1: Das Phänomen „Schmerz“

„L'homme est un apprenti, la douleur est son maître” – „Der Mensch ist ein Lehrling, und Schmerz ist sein Meister“

(Alfred de Musset)

1.1 Was ist Schmerz?

Auf die Frage, was Schmerz eigentlich ist, weiß wohl jeder eine Antwort, denn Schmerz ist eine ganz vertraute Empfindung. Allerdings wird jeder Einzelne auch sehr individuell und persönlich darauf antworten, da jeder Mensch aufgrund seiner unmittelbaren Erfahrungen damit auch konkrete Vorstellungen darüber besitzt, was Schmerz für ihn bedeutet. Grundsätzlich ist Schmerz daher zunächst einmal eine subjektive Erfahrung. Wir alle machen im Laufe unseres Lebens „schmerzliche“ Erfahrungen und gehen mit solchen Empfindungen dementsprechend unterschiedlich um. „Der gleiche Schmerz tut jedem anders weh“, sagt beispielsweise der Volksmund. Was dem einen noch erträglich erscheint, bedeutet für andere eine unerträgliche, nicht auszuhaltende Beeinträchtigung und entsetzliche Belastung (BMFBB, 2004). Auch Studien belegen, dass das subjektive Schmerzerleben bzw. die erlebte Schmerzintensität nur schwach mit dem objektiven Schmerzreiz korreliert (Nilges & Gerbershagen, 1994). Demnach kann derselbe noxische Stimulus verschieden starke Schmerzempfindungen bei unterschiedlichen Personen oder bei derselben Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten hervorrufen.

Schmerz ist zugleich ein körperlich wahrgenommenes Phänomen (Kröner-Herwig, 2007). Er ist für das Verhalten und Befinden des Menschen von elementarer Bedeutung (Zimmermann, 1990) und damit als ein Symptom mit hoher Ausdruckskraft und starkem Aufforderungscharakter zu begreifen. Aus biologischer Sicht sind Schmerzen im Sinne eines „Schadenfrühwarnsystems“ eine nützliche, lebenserhaltende Reaktion auf alle schädlichen Reize, die entweder von außen einwirken, z.B. in Folge von Hitze, Druck oder Gewebeerletzungen oder im Inneren des Organismus entstehen, z.B. durch mangelnde Durchblutung, Entzündungen oder Tumore (BMBF, 2004). Für die Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus sind sie also eine bedeutende Sinneswahrnehmung (Cegla & Gottschalk, 2008).

Schmerz kann aber auch ohne eine Gewebeschädigung auftreten (Kröner-Herwig, 2007). Vielmehr ist Schmerz eine aktive Leistung unseres Nervensystems, bei der die Wahrnehmung und Verarbeitung von Körpersignalen das Ergebnis einer bemerkenswert komplexen

Wechselwirkung von biopsychosozialen Faktoren ist. Zudem verändern Schmerzinformationen sogar die Eigenschaften des peripheren und zentralen Nervensystems, können zur Sensibilisierung von Rezeptoren führen oder, wie bei Phantomschmerzen, kortikale Veränderungen nach sich ziehen, so dass ein Erleben von Schmerz ohne periphere Schmerzreize möglich ist (Pfungsten & Nilges, 2007).

Schmerz ist ein komplexes Phänomen mit sehr unterschiedlichen Qualitäten (Revenstorf, 1988). Schmerz kann dumpf, drückend, ziehend, scharf, schneidend, quälend, brennend, bohrend, stechend, beißend, kalt, hart, zermürbend, pochend, nagend, blitzartig sein. Der Schmerz besitzt auch bestimmte emotionale Eigenschaften. Er kann irritierend sein, die Aufmerksamkeit völlig beherrschend, lästig, lähmend, bedrohlich, unstillbar oder lebensgefährlich. Neben qualitativen Merkmalen hat Schmerz auch zeitliche Charakteristika. Zeitlich gesehen kann er vorübergehend, immer wiederkehrend, anhaltend, attackenförmig, unmittelbar, akut oder chronisch sein (Erickson, 1967/1998). Zum Schmerzempfinden gehört sowohl die augenblickliche Wahrnehmung als auch die Erinnerung an frühere Schmerzen und die Antizipation kommender Schmerzen. Schmerz kann aber auch aus dem Bewusstsein gedrängt werden, wenn momentan stärkere Reize die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, zum Beispiel bei einer zusätzlichen Bedrohung der eigenen oder einer nahe stehenden Person, ebenso wie bei Ablenkung durch ein fesselndes Buch oder einen spannenden Film (Revenstorf, 1988).

Nicht zuletzt ist Schmerz gleichfalls ein gesellschaftliches und sozialpolitisches Problem, welches unter anderem aufgrund der vielen, meist unzureichenden Behandlungen und der damit verbundenen hohen Kosten entsteht (Geissner & Flor, 1999).

Bereits hier wird deutlich, dass das scheinbar so einfache und alltägliche Phänomen „Schmerz“ mehr ist als eine unangenehme Körpersensation oder eine Emotion. Die Vielgestaltigkeit des Erscheinungsbildes, des Schmerzgeschehens und des Schmerzverlaufs beinhaltet Einflussgrößen wie Zeitcharakteristik, Schmerzquelle, Lokalisation, Ätiologie, aufrechterhaltende Bedingungen, Auslösefaktoren, Subjektivität sowie kognitive, emotionale und soziale Aspekte, die die Komplexität und Differenziertheit des Schmerzphänomens hervorheben und damit auch unterschiedlicher und individueller Behandlungen bedarf.

1.2 Schmerz – eine Definition

Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Schmerz hat eine lange Tradition in der Menschheitsgeschichte (Flor & Hermann, 1999). Doch trotz zunehmender Publikationen zu diesem Thema in den beiden letzten Jahrzehnten sind nach wie vor viele Fragen zum Wesen des Schmerzes ungeklärt (Frede, 2007). Eine genaue begriffliche Klärung erwies sich bisweilen als schwierig (Flor & Hermann, 1999). Dies zeigen allein schon die vielfältigen Versuche, Schmerz zu definieren. Eine der verbreitetsten und meist zitiertesten Schmerzdefinitionen, welche zudem als offizielle Arbeitsgrundlage der klinischen Schmerzforschung und –praxis fungiert (Mühlig, 1997), ist die Definition der 1973 gegründeten Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (International Association for the Study of Pain, IASP). Die IASP charakterisiert Schmerz als „ (...) an unpleasant sensory and emotional experience with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage“. (IASP, 1979; zitiert nach Kröner-Herwig, 2007, S. 7) Demnach ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. Zugleich lässt sich daraus ableiten, dass der Schmerz neben physiologischen Vorgängen auch emotionale und verhaltensbestimmte Aspekte beinhaltet (Kröner-Herwig, 2007).

Die ISAP-Definition hat eine Reihe von Vorzügen, denn sie erfasst die sensorischen und emotionalen Qualitäten des Schmerzes gleichermaßen (Kröner-Herwig, 2007). Eine Unterscheidung von sensorischen und affektiven Komponenten ist vielfach empirisch bestätigt worden (Flor & Hermann, 1999). Durch die Charakterisierung der Schmerzempfindung als affektiv gefärbte Sinneserfahrung entfernt sich dieser Definitionsversuch von einer rein sensorischen Sichtweise des Schmerzes (Flor & Hermann, 1999). Die einfache – wie wir heute wissen zu einfache – Kausalverknüpfung von Gewebeschädigung und Schmerzreaktion wird aufgegeben und das ausschließlich somato-sensorische Schmerzverständnis damit endgültig überwunden und gleichzeitig anerkannt, dass sensorische und emotionale Komponenten des Schmerzes gleichberechtigt nebeneinander stehen (Mühlig, 1997). Einerseits weist die Definition also darauf hin, dass – obwohl eine Gewebeschädigung oft ein wesentlicher Teil der Schmerzerfahrung ist – der Schmerz nicht notwendigerweise darauf beruht. Folglich ist eine Gewebeschädigung weder eine notwendige noch eine hinreichende Bedingung für die Schmerzentstehung. Schmerz ist und bleibt Schmerz, auch wenn keine organischen Ursachen identifizierbar sind. Auf der anderen Seite betont die Definition die emotionalen Aspekte des Schmerzgeschehens und hebt die Subjektivität und Privatheit des Schmerzerlebens und der

Schmerzerfahrung hervor, denn Schmerz stellt eine individuelle Erfahrungsqualität dar (Kröner-Herwig, 2007).

Dennoch wird die Definition der ISAP der Komplexität und Multidimensionalität des Schmerzphänomens nach aktuellem Erkenntnisstand nicht mehr gerecht (Mühlig, 1997). Diese Konzeptualisierung des Schmerz Begriffes hat insbesondere zwei Defizite die hervorzuheben sind. Sie wird vor allem dahingehend kritisiert, dass sie zum einen nicht zwischen akutem und chronischem Schmerz unterscheidet und zum anderen den Schmerz einseitig als Erleben definiert. Gerade die Differenzierung von akutem und chronischem Schmerz hat sich im Hinblick auf das Verständnis der komplexen Bedingtheit des chronischen Schmerzes und der sich daraus ergebenden besonderen Notwendigkeiten seiner Behandlung (Kröner-Herwig, 2007) als klinisch sinnvoll erwiesen (Flor & Hermann, 1999). Das Schmerzverhalten bleibt als eine weitere wichtige Komponente des Schmerzes ebenso unberücksichtigt (Kröner-Herwig, 2007). Das heißt, die emotionale Komponente wird zwar als integraler Bestandteil der Schmerzerfahrung gesehen, jedoch berücksichtigt diese Definition nicht die Verhaltenskomponente, die behaviorale Seite des Schmerzes, die ebenfalls integraler Bestandteil der Schmerzerfahrung ist (Flor & Hermann, 1999). Wesentliche Lern- und Umwelteinflüsse auf das Schmerzverhalten werden somit außer Acht gelassen (Mühlig, 1997). Heutzutage wissen wir, dass an der Schmerzentstehung und –aufrechterhaltung nicht nur biologische, sondern auch psychologische und psychosoziale Faktoren beteiligt sind. Schmerz wird heute als komplexe Reaktion verstanden (Flor & Hermann, 1999). Man geht sozusagen von einer multifaktoriellen Determination des Schmerzerlebens aus (Flor & Birbaumer, 2001). Doch dieses biopsychosoziale Bedingungsgefüge des Schmerzgeschehens einschließlich seiner systemischen, ökopychologischen und soziokulturellen Aspekte bleibt hier ausgespart (Mühlig, 1997).

Die gegenwärtige Versorgungssituation spiegelt diese Defizite der Begriffsbestimmung wider, die weit reichende Konsequenzen nach sich ziehen und auf diese Weise auch dazu beitragen, dass eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft angemessene Behandlung der Schmerzpatienten verhindert wird. Eine dem heutigen Erkenntnisstand entsprechende Schmerzdefinition müsste demgemäß um einige wesentliche Aspekte erweitert werden. Für ein umfassendes biopsychosoziales Verständnis des Phänomens Schmerz sollte Schmerz nach aktueller Auffassung, wie Mühlig (1997) vorschlägt, etwa folgendermaßen definiert werden:

„Schmerz ist ein komplexes und dynamisches Geschehen auf bio-neuro-psychologischen Systemebenen, das eine multidimensionale und aktive Antwort des Organismus auf einen noxischen Reiz (z.B. Gewebeschädigung) oder eine Störung innerhalb des nozizeptiven Systems oder den Ausdruck einer psychosozialen Funktionsstörung darstellt, sich im

Empfinden aus sensorisch-diskriminativen, kognitiv-evaluativen, affektiv-motivationalen und motorisch-behavioralen Komponenten (von meist aversiver Erlebnisqualität) zusammensetzt und durch Lernfaktoren und soziale/interpersonelle Kontextbedingungen beeinflusst wird.“ (Mühlig, 1997, S. 19)

1.3 Die biopsychosoziale Sichtweise des Schmerzes

Ohne Zweifel wissen wir heute, dass Schmerz nicht nur ein einfacher Sinnesreiz ist (Kröner-Herwig, 2007), der vom Ausmaß einer Gewebeschädigung abhängt, denn man kann Schmerz empfinden, ohne dass eine körperliche Verletzung nachweisbar ist, genauso wie umgekehrt eine körperliche Schädigung vorliegen kann, obwohl kein Schmerz empfunden wird (Hoppe, 1986). Vielmehr wird die Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlung von Schmerzerkrankungen weltweit nach modernen Konzepten im Rahmen eines biopsychosozialen Schmerzmodells verstanden (Kröner-Herwig, 2007). Selbst die Schmerzforschung konnte inzwischen belegen, dass bereits akuter Schmerz in erstaunlicher Weise durch biologische, psychologische und soziale Kontextfaktoren beeinflusst wird und damit als eine komplexe Erfahrung zu bewerten ist (Pfungsten & Nilges, 2007). Der biopsychosoziale Ansatz beschreibt Schmerz demnach als eine komplexe, dynamische, mehrdimensionale und subjektive Erfahrung (Hoppe, 1986), bei der neben physiologischen und körperlichen Bedingungen auch Persönlichkeitsfaktoren, intrapsychische Prozesse, interaktionelle, psychosoziale und kulturelle Einflüsse eine eng verwobene Rolle spielen (Diener & Maier, 2009). Diese Faktoren beeinflussen sich wechselseitig und können sowohl Ursache als auch Folge der Schmerzerkrankung sein. Sie tragen somit entscheidend zu ihrer Aufrechterhaltung oder Besserung bei (Sonnenmoser, 2005).

Mit der Einführung der Gate-Control-Theorie, der so genannten Schwellentheorie des Schmerzes von Ronald Melzack und Patrick D. Wall, bahnte sich eine paradigmatische Wende in der Schmerzkonzeptualisierung an (Mühlig, 1997). Dieser Theorie zufolge wird die Schmerzinformation aufgrund der neuronalen Verschaltungen der schmerzleitenden Bahnen, sowohl im Rückenmark als auch in höheren Hirnzentren, durch emotionale und kognitive Prozesse beeinflusst. Die Schmerzleitung führt über eine Aktivierung der *Formatio reticularis*, des limbischen Systems und des Cortex zu emotionalen und kognitiven Reaktionen, die wiederum über absteigende Bahnen auf die Schmerzleitung und somit auf die Schmerzwahrnehmung einwirken (Walter et al., 1997). Kurzum formuliert die Gate-Control-Theorie also unter anderem die Erfahrung, dass vom Gehirn kommende Einflüsse, z.B. auch kognitive und emotionale, über absteigende Bahnen die spinale Verarbeitung von Schmerzinformationen und

damit auch das Schmerzempfinden beeinflussen können (Zimmermann & Seemann, 1986). Obwohl einige Bestandteile der Theorie experimentell nicht bestätigt werden konnten, besteht ihre herausragende Bedeutung für die Schmerzforschung vor allem darin (Mühlig, 1997), dass Schmerz seither nicht mehr als eindimensionale Erfahrung betrachtet wird (Zimmermann & Seemann, 1986), sondern zunehmend als multidimensionales Geschehen von subjektiver Erfahrungsqualität aufgefasst wird, das neben der sensorischen Komponente auch durch kognitive und affektiv-emotionale Faktoren determiniert ist. Damit wurde erstmals die Rolle psychisch-mentaler Vermittlungsprozesse bei der Schmerzverarbeitung theoretisch erklärt (Mühlig, 1997).

Die Erfahrung ständiger Schmerzen, die nicht kontrolliert werden können, führt zu unzähligen Veränderungen im Denken, Fühlen und Verhalten der Betroffenen wie etwa dysfunktionale Denkmuster, die durch Selbstverbalisation verstärkt werden (Sonnenmoser, 2005). Im Rahmen von zirkulären Prozessen beeinflusst die Art und Weise, in der Menschen über ihre Schmerzen denken, ihr momentanes Befinden (Wahl, 1994). Die Überbewertung von Schmerzerfahrungen, deren gedankliche Vorwegnahme sowie das Einreden einer hoffnungslosen Lage, sind hierfür kennzeichnend und sorgen für zunehmende psychische Belastungen. So ist im emotionalen Bereich eine Verschlechterung der Stimmungslage zu beobachten, die sich bis hin zu Depressivität und Ängsten steigern kann. Zudem macht Schmerz gereizt. Mit derartigen Gedanken und Gefühlen gehen verstärkt Passivität und Rückzugsverhalten einher. Körperliche Aktivitäten werden ebenso gemieden wie soziale Kontakte. Diese Veränderungen führen schließlich zu einer Chronifizierung des Schmerzes, die nicht nur das Wohlbefinden, sondern auch die Berufsfähigkeit und die familiäre Situation der Betroffenen stark beeinträchtigt (Sonnenmoser, 2005). Auch zahlreiche experimentelle Untersuchungen haben bestätigt, dass die Schmerzwahrnehmung durch psychologische Variablen wie Aufmerksamkeit, Bewertung der Situation, Angst und Erwartungshaltung oder die Möglichkeit den Schmerz oder die Situation, in der er auftritt, zu kontrollieren, beeinflusst wird (Hoppe, 1986). Je länger der Schmerz andauert, je mehr psychische Funktionen durch ihn erfasst werden, je mehr Lebensbereiche aufgrund von Schmerz eingeschränkt erlebt werden, desto stärker wandelt sich der Schmerz vom reinen Symptom zur Krankheit (Wahl, 1994).

Entsprechend diesem theoretischen Hintergrund sollte eine fachgerechte Schmerzbehandlung idealerweise interdisziplinär und multiprofessionell erfolgen (Sonnenmoser, 2005), in der verschiedene Fachrichtungen – Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter – zusammenarbeiten und den Patienten nicht nacheinander, sondern gemeinsam betreuen (Koch et al., 2008).

1.4 Akuter und chronischer Schmerz

Die Einteilung von Schmerzen in akut oder chronisch ergibt sich zum einen aus seiner zeitlichen Dauer und zum anderen aus seiner Funktion.

Unter akuten Schmerzen werden Schmerzen erfasst, die in der Regel an erkennbare Auslöser wie z.B. Entzündungen, Knochenbrüche, Schnittverletzungen oder aber medizinische Eingriffe gekoppelt sind. Sie machen uns darauf aufmerksam, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt und weisen uns auf eine drohende oder bereits eingetretene Gewebeschädigung hin (BMFB, 2004). Demnach sind akute Schmerzen als Symptom einer Erkrankung oder Folge einer Verletzung zu verstehen, die zeitlich begrenzt sind und zumeist nur kurz andauern (Sekunden bis maximal Wochen) (Koch et al., 2008; Kröner-Herwig, 2007). Darüber hinaus zählen sie zu den häufigsten Gründen, warum Ärzte konsultiert werden (Gehling & Tryba, 2001). Das Therapieziel besteht darin, Schmerzfreiheit zu erreichen. Ist die auslösende Ursache beseitigt bzw. geheilt oder wird eine Erkrankung diagnostiziert und therapiert, klingt der akut auftretende Schmerz in der Regel binnen kurzer Zeit rasch wieder ab. Auf diese Weise erhält akuter Schmerz eine lebenswichtige Warn- und Schutzfunktion, die der körperlichen Unversehrtheit des Organismus dient (Koch et al., 2008). Indem akuter Schmerz als Signal fungiert, um den Organismus vor weitergehenden Schäden zu schützen, sorgt er dafür, dass gefährliche Situationen vermieden und/oder heilungsförderliche Verhaltensweisen initiiert werden, z.B. mithilfe einfachster Schutz- und Vermeidungsreflexe wie dem Wegziehen der Hand bei einer zu heißen Herdplatte (Labouvie et al., 2009). Besonders deutlich wird dies beispielsweise bei Menschen, die aufgrund genetischer Mutationen an einer angeborenen Schmerzunempfindlichkeit leiden und damit bedrohlichste Verletzungsgefahren nicht oder zu spät bemerken. Weil das Warnsystem Schmerz und somit wichtige Körpersignale fehlen, die sie vor schädigenden äußeren Reizen oder endogenen Prozessen (z.B. Gelenküberdehnung, Entzündung) warnen könnten, erleben Menschen ohne Schmerzempfindung nur selten das Erwachsenenalter (BMFB, 2004; Kröner-Herwig, 2007).

Im Gegensatz zum akuten hat der chronische Schmerz meist keine offensichtliche physiologische Funktion. Der Schmerz hat hier seine sinnvolle biologische Warnfunktion verloren und hat sich vom Symptom zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelt. Ziel der Behandlung ist nicht mehr Schmerzfreiheit, sondern Schmerzlinderung (Frede, 2007; Kröner-Herwig, 2007). Im Allgemeinen werden Schmerzen nach einer verbreiteten Definition als chronisch eingestuft, wenn ein Patient über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus anhaltend und immer wiederkehrend unter Schmerzen leidet (BMBF, 2004). Allerdings beruht dieses rein zeitliche Definitionskriterium in erster Linie auf einer Konvention und theoretischen

Überlegungen als auf empirischer Basis (Flor & Hermann, 1999). Inzwischen wurde die ursprüngliche Zeitmarke von sechs Monaten auch aufgehoben, da eine ausschließliche Orientierung am Zeitkriterium vielfach kritisiert wurde (Seemann, 2005). So definiert die IASP den chronischen Schmerz als einen Schmerz, der über die für die Heilung als angemessen betrachtete Zeit hinaus anhält (Cegla & Gottschalk, 2008). Ursache hierfür kann beispielsweise eine Erkrankung oder Schädigung des Körpers sein, die nicht (mehr) heilbar ist. Oftmals ist jedoch kein Zusammenhang mehr zwischen dem Schmerz und der Schädigung bzw. der Erkrankung, die einst den Schmerz auslöste, erkennbar. Mittlerweile hat die Forschung ein recht genaues Bild davon gewonnen, wie und warum chronische Schmerzerkrankungen entstehen. Ob ein Schmerz chronisch und zu einer eigenständigen Erkrankung wird hängt nicht nur davon ab wie oft er wiederkehrt oder wie lange er bestanden hat. Nach aktuellem Stand der Wissenschaft spielen beim Übergang von akutem zu chronischem Schmerz – innerhalb eines komplexen Schmerzverarbeitungsprozesses – Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren eine entscheidende Rolle. Daher kann es auch geschehen, dass die primäre Schmerzursache schon längst genesen ist, der Schmerz aber geblieben ist. Das so genannte Schmerzgedächtnis ist entstanden. Der Schmerz hat sich verselbständigt. Er hat sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild, der chronischen Schmerzkrankheit, entwickelt (Koch et al., 2008).

Insbesondere chronifizierte Schmerzerkrankungen müssen als multifaktoriell bedingt und entstehungsgeschichtlich vielschichtig gesehen werden (Diener & Maier, 2009). Chronischer Schmerz ist ein so komplexes Phänomen, dass ihm nicht allein mit Medikamenten oder chirurgischen Eingriffen beizukommen ist. Diesem Umstand trägt man heute auf der Basis eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses Rechnung (Sonnenmoser, 2005). Ein rein biomedizinisches Krankheitsverständnis, dass allein somatische Vorgänge für die Entstehung, Verarbeitung und Aufrechterhaltung eines chronischen Schmerzproblems verantwortlich macht, wird der Komplexität einer chronischen Schmerzerkrankung nicht gerecht. Das heißt, neben organischen Faktoren wird die Erkrankung im Verlauf der Chronifizierung vor allem im Verhalten, in Stimmungen und Gefühlen, in Gedanken, Erwartungen und Überzeugungen sichtbar und damit durch kognitive, emotionale und behaviorale Faktoren wesentlich mitbestimmt (Hüppe & Fritsche, 2007). Aber auch die Vergangenheit und die gegenwärtige Situation des Patienten, seine Familie, das soziale Umfeld, belastende Ereignisse und andere psychosoziale Ereignisse sind von hoher Bedeutung (Sonnenmoser, 2005). Die Interaktion und gegenseitige Beeinflussung dieser Faktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Schmerzbewältigung und führen in der Folge zu einer massiven Beeinträchtigung der

Lebensqualität sowie einer Bedrohung der wirtschaftlichen Situation des Patienten (Diener & Maier, 2009) und der kostenintensiven Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Koch et al., 2008).

1.5 Epidemiologie des Schmerzes

Schmerzen sind weit verbreitet. Sie zählen zu den größten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Fast jeder von uns leidet – zumindest gelegentlich – unter Schmerzen. Und so verwundert es nicht, dass Koch et al. (2008) in ihrer Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland unlängst konstatierten, dass Schmerz, mit all seinen Facetten, das häufigste Krankheitsbild überhaupt darstelle – häufiger noch als Diabetes, Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfälle.

Für viele Erkrankungen existieren in Deutschland keine einheitlichen und belastbaren Datenquellen, so heißt es in einem Bericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aus dem Jahre 2006 (Robert Koch-Institut, 2006). Dies gilt ebenso für den chronischen Schmerz. Es bestehen erhebliche epidemiologische Wissenslücken (Koch et al., 2008). Die verfügbaren Angaben über die Prävalenz von Schmerzen divergieren je nach Studienlage außerordentlich (Zimmermann & Seemann, 1986). Die wenigen epidemiologischen Daten sind sehr heterogen und geben kaum Aufschlüsse und ein realistisches Bild über die exakte Häufigkeit und Verbreitung von chronischen Schmerzen und deren Folgen in der Bevölkerung. Zu unterschiedlich sind die Erhebungsmethoden, die Schmerzdefinitionen und die Einteilung der Schweregrade (Koch et al., 2008). Dies liegt zum einen daran, dass chronische Schmerzen oft nur als Symptom anderer Erkrankungen wahrgenommen und erfasst werden und nicht als eigenständiges Krankheitsbild in den verschiedenen offiziellen Statistiken aufgenommen und verschlüsselt werden (Vauth & Greiner, 2008). Damit fehlen sie in den einschlägigen Statistiken zur Erfassung der Bedeutung von Krankheiten weitgehend, was wiederum gravierende Folgen zum Beispiel für politische Entscheidungen nach sich zieht, die auf diesen Statistiken beruhen. Frei nach der Devise: Was nicht von der Statistik erfasst wird, existiert auch nicht (Koch et al., 2008). Auf der anderen Seite verdeutlicht bereits die Schmerzdefinition als „an unpleasant sensory and emotional experience“, dass schmerzepidemiologische Studien nicht einfach durchzuführen sind, da das, was zu erfassen ist, eine subjektive Erfahrung repräsentiert.

In Deutschland wurden erste schmerzepidemiologische Untersuchungen im Auftrag der Bundesregierung im Jahre 1984 durch Manfred Zimmermann und Hanne Seemann durchgeführt. 1985 legten sie in Form einer Schmerzexpertise, die zugleich als ein wichtiger Meilenstein in

der Schmerztherapie gilt (Jungck, 2003), erstmals eine Bestandsaufnahme der Schmerzfor- schung und der schmerztherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik vor, welche später unter dem Titel „Der Schmerz – ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin?“ veröffentlicht wurde (Zimmermann & Seemann, 1986). In ihrem Bericht² zur Lage der Schmerzfor- schung und Schmerzversorgung gingen Zimmermann und Seemann (1986) von rund drei Millionen chronischen Schmerzpatienten in der Bundesrepublik Deutschland aus. Damit ist die Präva- lenz chronischer Schmerzen zum damaligen Zeitpunkt auf etwa fünf Prozent in der deutschen Bevölkerung geschätzt worden. Inzwischen liegen national relevante epidemiologische Daten für Gesamtdeutschland vor, die der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – dem Bundes- Gesundheitssurvey 1998³ – entnommen werden können. Der in den Jahren 1997-1999 durch- geführte Bundes-Gesundheitssurvey ist eine der wichtigsten Datenquellen zur Beschreibung der Verbreitung von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Die Daten des Gesundheits- surveys ermöglichten erstmalig für die gesamte Bundesrepublik Deutschland repräsentative Aussagen zur Auftretenshäufigkeit von Schmerzen, deren Lokalisation und Intensität. Darüber hinaus boten sie aufgrund der Komplexität der erfassten Informationen zudem die Möglichkeit, die Auswirkungen von Schmerz auf die subjektive Befindlichkeit und der damit einhergehenden Einschränkungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu bestimmen. Dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 ist zu entnehmen, dass nur 9% (12% der Männer, 6% der Frauen) der befragten Bundesbürger angaben, im vergangenen Jahr keine Schmerzen ge- habt zu haben (Statistisches Bundesamt, 1998). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass mehr als 90% der Befragten im Jahr vor der Erhebung zu irgendeinem Zeitpunkt – kurzzeitig oder länger – Schmerzen hatten (Koch et al., 2008). Allein diese Tatsache verdeutlicht, in welchem großen Umfang Schmerz ein Alltagsproblem der erwachsenen deutschen Bevölkerung dar- stellt. Die Auswertung des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 durch Bellach et al. (2000) er- gab in Bezug auf die Schmerzintensität und Lokalisation des stärksten Schmerzes, dass rund die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands (55,1% der Frauen, 41,2% der Män- ner) im Alter zwischen 18 und 80 Jahren im Verlaufe einer Woche unter mittleren (Schmerz- intensität 4, 5, 6) bis starken (Schmerzintensität 7, 8, 9) Schmerzen litt. Immerhin noch 13,7%

² Bei den dort genannten epidemiologischen Daten handelt es sich um Angaben, die sich auf die alten Bundesländer vor der Vereinigung beziehen.

³ Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Robert-Koch-Institut durchgeführt. Insgesamt nahmen 7.124 Probanden im Alter von 18-80 Jahren teil. In einem Selbstausfüllfragebogen wurden die Teilnehmer nach dem Auftreten von Schmerzen in verschiedenen Körperregionen im Laufe des vergangenen Jahres und in den letzten sieben Tagen befragt. Zusätzlich wurde die Lokalisation des stärksten Schmerzes in den letzten sieben Tagen erhoben. Mit Hilfe einer Skala von 1-9 (1 = kaum spürbar, 9 = unerträglich) erhielten die Probanden die Möglichkeit, die empfundene Schmerzintensität zu quantifizieren. Zudem wurde der SF-36 als Fragebogeninstrument zur Messung der gesundheitsrelevanten Lebensqualität eingesetzt (Bellach et al., 2000).

der Frauen und 7,8% der Männer gaben an, in den letzten sieben Tagen vor der Befragung an starken Schmerzen gelitten zu haben (Bellach et al., 2000). Bezogen auf die deutsche Erwachsenenbevölkerung bedeutet dies, dass rund 2,4 Millionen Männer und rund 4,6 Millionen Frauen im Verlauf der vergangenen Woche an starken bis hin zu unerträglichen Schmerzen litten (Vauth & Greiner, 2008). Insgesamt zeigten Frauen über alle Schmerzlokalisationen und Altersgruppen hinweg durchgängig eine größere 7-Tages-Prävalenz von Schmerzen. Während bei jüngeren Frauen (bis etwa zu dem Alter von 40 Jahren) Kopfschmerzen die am häufigsten genannten Schmerzen darstellen, sind bei Männern Rückenschmerzen die dominierenden (genauer zu ausgewählten Schmerzformen siehe weiter unten). Des Weiteren geben die Daten des Surveys Auskunft über die Auswirkungen von Schmerzen auf die subjektive Befindlichkeit und die Lebensqualität der Schmerzpatienten. Entsprechend der vorliegenden Resultate zeigt sich nicht nur eine Verringerung der Skalenwerte des SF-36 in Abhängigkeit von der Schmerzstärke, sondern durchgängig aller anderen Skalenwerte. Dies deutet darauf hin, dass aktueller Schmerz alle Bereiche der gesundheitsrelevanten Lebensqualität beeinflusst und ein Indikator für die allgemeine subjektive Befindlichkeit ist. Aktuell auftretende Schmerzen wirken sich darüber hinaus sogar auf die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt und nicht nur auf die Zufriedenheit mit der Gesundheit aus. Diese Ergebnisse verdeutlichen den alle Bereiche des Lebens überschattenden Einfluss von Schmerz (Bellach et al., 2000).

Die neueste umfassende Studie zu epidemiologischen Schmerzdaten ist die europäische Schmerzstudie „Pain in Europe“⁴ aus dem Jahre 2003. Sie stellt die bisher größte und detaillierteste Umfrage zu (chronischen) Schmerzen in Europa dar. Demnach hat jeder dritte Haushalt in Europa (36%) mindestens einen chronischen Schmerzkranken. Jeder fünfte erwachsene Europäer (19%) leidet somit im Durchschnitt an (mittleren bis starken) chronischen Schmerzen. Die höchste Prävalenz zeigten Norwegen (30%), Polen (27%) und Italien (26%). Spanien hatte mit 12% die niedrigste Prävalenz zu verzeichnen. In Deutschland gaben 17% der Gesamtbevölkerung an, seit mindestens sechs Monaten unter Schmerzen gelitten zu haben, sowie im letzten Monat vor der Erhebung und an mehreren Tagen der vergangenen Woche Schmerzzustände erlebt zu haben, mit einer Schmerzintensität von mindestens fünf auf einer 10-stufigen Skala (0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz). Demzufolge ist

⁴ Die Studie wurde von der NFO World Group (Marktforschungsunternehmen) in 15 europäischen Ländern und Israel in den Jahren 2002-2003 durchgeführt. Insgesamt wurden 46.394 Personen ab dem Alter von 18 Jahren befragt. In Stufe 1 der Umfrage wurden mit 46.394 Telefonbefragungen zuerst die Prävalenz, Alter und Geschlecht, Dauer, Häufigkeit, Intensität, Lokalisation und Ursache chronischer Schmerzen aller 16 Länder erhoben. Aus der Gruppe der chronisch Schmerzkranken wurde danach in 4.839 Detailinterviews (ca. 300 pro Land) in Stufe 2 abgefragt, wie sich die Schmerzen auf die Lebensumstände (Arbeit, Familie und Freizeit) auswirken und wie sie behandelt werden (Breivik et al., 2006).

jeder dritte deutsche Erwachsene von chronischen Schmerzen betroffen und stuft sich als chronisch schmerzkrank ein. Deutschland liegt damit im europäischen Mittelfeld und befindet sich im Ländervergleich an 9. Stelle. Des Weiteren sind Frauen anhand der Daten dieser Studie mit 56% (europaweit) häufiger von chronischen Schmerzen betroffen als Männer. In Deutschland sind sogar 59% der chronisch Schmerzkranken Frauen. Der European Pain Survey hat zudem gezeigt, dass die deutschen Schmerzpatienten zum Zeitpunkt der Befragung bereits durchschnittlich 6,9 Jahre an chronischen Schmerzen litten (Breivik et al., 2006). Unterdessen gibt es zu einigen wenigen Schmerzformen epidemiologische Daten. Die Ergebnisse einzelner Schmerzformen werden im Folgenden etwas genauer dargestellt.

1.5.1 Schmerzen des Bewegungssystems

Die wichtigste Ursache chronischer Schmerzen sind weltweit Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane. Schmerzen im Haltungs- und Bewegungsapparat, so genannte muskuloskelettale Schmerzen, treten mit Abstand am häufigsten auf. Ihr Spektrum ist sehr breit und umfasst beispielsweise degenerative Leiden wie die Arthrosen und entzündliche Krankheiten wie die rheumatoide Arthritis (Zeidler & Zink, 2008). Schätzungen aus zahlreichen epidemiologischen Befunden ergeben, dass etwa 10% der Allgemeinbevölkerung an starken Schmerzen leiden, die überwiegend mit mittel- bis schwergradigen Beeinträchtigungen im Alltag einhergehen (Kohlmann, 2003). Insgesamt sind muskuloskelettale Schmerzen, darunter vor allem Rückenschmerzen, der Grund für etwa jede fünfte Arztkonsultation (Schmidt & Kohlmann, 2008). Aussagen über die Häufigkeit von Schmerzen des Bewegungssystems in der deutschen Bevölkerung lassen sich unter anderem über den Bundes-Gesundheitssurvey 1998 treffen. Die Prävalenz schwerwiegender muskuloskelettaler Schmerzen in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands liegt laut dem Survey bei 16% (Statistisches Bundesamt, 1998). Dabei treten Schmerzen im Rücken mit Abstand am häufigsten auf. Sie stehen an erster Stelle, wobei bei der Verbreitung von Rückenschmerzen Frauen fast durchweg (über alle Altersklassen) häufiger betroffen sind als Männer. Etwa jeder dritte Deutsche (31,4% der Männer, 39,4% der Frauen) gab an, er habe während der vergangenen sieben Tage vor der Befragung unter Rückenschmerzen gelitten (Bellach et al, 2000). Schwere bzw. chronische Rückenschmerzen treten mit zunehmendem Alter häufiger auf (Schmidt & Kohlmann, 2008). Nach einer vom Robert Koch-Institut im Jahr 2003 durchgeführten Telefonumfrage klagten 22% der Frauen und 15% der Männer im Jahr vor der Befragung über chronische, das heißt drei Monate oder länger bestehende Rückenschmerzen (Neuhauser et al., 2005). Die europäische Schmerzstudie hat ebenfalls gezeigt, dass bei der Schmerzlokalisierung der Rücken am

häufigsten betroffen ist (24% europaweit). In Deutschland sind Rückenschmerzen mit 34% die häufigste Schmerzlokalisierung (Breivik et al., 2006).

1.5.2 Migräne und Spannungskopfschmerz

Kopfschmerzen wie Migräne und Spannungskopfschmerz gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von mehr als 90% zu den am meisten verbreiteten Erkrankungen (Pfaffenrath, 2008). 36,2% der Frauen und 21,5% der Männer, die im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 befragt wurden, gaben an, in den letzten sieben Tagen an Kopfschmerzen gelitten zu haben (Bellach et al, 2000). In den vergangenen 12 Monaten ertrugen 67,4% der Frauen und 51,9% der Männer Kopfschmerzen. Die Prävalenz der Kopfschmerzen nimmt bei den Befragten sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit dem Älterwerden ab. Spannungskopfschmerz ist die häufigste Form wiederholt auftretender Kopfschmerzen (Robert Koch-Institut, 2002). Der episodische Spannungskopfschmerz (weniger als 15 Kopfschmerztage im Monat) ist dabei der häufigste Kopfschmerz überhaupt. Er betrifft etwa 70% der Bevölkerung. Der chronische Spannungskopfschmerz (mehr als 15 Kopfschmerztage im Monat) tritt bei 2 - 3% der Bevölkerung auf. Die Migräne ist als so genannter Attackenkopfschmerz die häufigste neurologische Erkrankung. Internationale Studien belegen, dass schätzungsweise 8% der Männer und 15% der Frauen darunter leiden. Frauen sind zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer. In Bezug auf die Häufigkeit und die Schwere der Attacken nimmt die Migräne im Laufe des Lebens zu, erreicht um das 45. Lebensjahr ihren Höhepunkt und wird dann langsam besser (Diener, 2008).

1.5.3 Tumorschmerz

Bei Tumorschmerzen unterscheidet man grundsätzlich Schmerzen, die durch den Tumor selbst bedingt und damit direkt auf den Tumor zurückzuführen sind, von Schmerzen, die aufgrund der Tumorthherapie hervorgerufen werden können, also behandlungsbedingte Schmerzen durch Nebenwirkungen einer Bestrahlung, einer Chemotherapie oder durch notwendige chirurgische Eingriffe verursacht (Strumpf et al., 2008; Vauth & Greiner, 2008). Fast alle Tumorpatienten leiden im Verlauf ihrer Erkrankung an Schmerzen, nicht nur im Endstadium (Vauth & Greiner, 2008), wobei sich die Schmerzen nach Art und Ausdehnung des Tumors unterscheiden (Robert Koch-Institut, 2002). Es wird geschätzt, dass an einem beliebigen Stichtag in Deutschland schätzungsweise 220 000 Menschen an behandlungsbedürftigen Krebschmerzen leiden (Heidemann, 1999). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes

(Robert Koch-Institut, 2002) gibt an, dass bereits bei der Erstdiagnose einer Tumorerkrankung 28% aller Krebspatienten Schmerzen aufweisen. In fortgeschrittenem Tumorstadium sind je nach Art der Tumorerkrankung 40% bis 100% aller Krebspatienten betroffen. 78% der Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung benötigen im Durchschnitt eine Schmerzbehandlung. In einer von Pipam et al. (2002) durchgeführten repräsentativen Untersuchung gaben 429 der Tumorpatienten (64%) an, unter Schmerzen zu leiden. Von diesen gaben wiederum 80% an, im alltäglichen Leben durch Schmerzen beeinträchtigt zu sein, und mehr als 25% beklagten eine schlechte bis sehr schlechte Lebensqualität.

Fazit: Diese Ergebnisse verdeutlichen die weite Verbreitung von körperlichen Schmerzen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung.

1.6 Schmerz und seine gesundheitsökonomische Bedeutung

Schmerz hat als weit verbreitete Gesundheitsstörung nicht nur beträchtliche Auswirkungen auf die Lebensqualität des einzelnen akut oder chronisch Schmerzkranken, sondern stellt darüber hinaus enorme Anforderungen an das Gesundheitswesen (Bellach et al., 2000). Neben den persönlichen Auswirkungen stehen immense volkswirtschaftliche Kosten, die durch Schmerzerkrankungen verursacht werden und die Gesellschaft erheblich belasten. Die ökonomische Bedeutung von Schmerzerkrankungen ist enorm hoch, denn Schmerzpatienten gehören zu den kostenintensivsten Patienten unseres Gesundheits- und Sozialsystems (Jungck, 2003). Für die Behandlung chronischer Schmerzen müssen jährlich medizinische Leistungen in der ambulanten und stationären Versorgung in Milliardenhöhe erbracht werden. Hinzu kommen die Kosten für schmerzbedingte Arbeitsausfälle und vorzeitige Berentung, die zu den finanziellen Konsequenzen von Schmerzleiden beitragen (Koch et al., 2008; Robert Koch-Institut, 2002). Entsprechend der heterogenen epidemiologischen Daten sind auch die ökonomischen Folgen von (chronischen) Schmerzen bislang nicht umfassend evaluiert (Vauth & Greiner, 2008). Umfangreiche Daten über die gesamtwirtschaftlichen Folgen von Schmerzsyndromen sind eher Mangelware (Koch et al., 2008). Zudem ergibt sich je nach Studiendesign ein sehr unterschiedliches Bild (Vauth & Greiner, 2008).

Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen, treten also nicht nur häufig auf, sondern sie belasten auch die Volkswirtschaft und verursachen erhebliche direkte⁵ und indirekte⁶ Kosten

⁵ Zu den direkten Kosten (behandlungsbedingte Kosten) zählen die Ausgaben für Arzneimittel, die Ausgaben für die ambulante Versorgung und die stationäre Versorgung in Krankenhäusern und in Einrichtungen der Rehabilitation sowie die Behandlungskosten bei Auftreten von Folgeerkrankungen (Robert Koch-Institut, 2002).

im Gesundheitswesen und bei den Renten- und Unfallversicherern (Vauth & Greiner, 2008). Die volkswirtschaftliche Belastung beläuft sich nach Angaben des Bundesministeriums für Bildung und Forschung in Deutschland auf rund 25 Milliarden Euro pro Jahr (BMBF, 2004). Eine Schätzung von Neumann aus dem Jahr 2002 geht davon aus, dass 6 - 8% der Gesundheitsausgaben auf die Behandlung chronischer Schmerzen entfallen. Nach Neumann ergeben sich daraus zwischen 11,7 und 15,5 Milliarden Euro direkte Kosten, die von den Kostenträgern und den Patienten zu tragen sind. Unter Berücksichtigung der indirekten Kosten von etwa 8,8 - 13,2 Milliarden Euro infolge krankheitsbedingten Arbeitsausfalls resultieren volkswirtschaftliche Kosten von 20,5 - 28,7 Milliarden Euro (Neumann, 2002). Zimmermann (2004) gibt die direkten Kosten chronischer Schmerzen mit ca. 10 Milliarden Euro pro Jahr an. Unter Hinzunahme der Kosten durch Arbeitsausfälle (ca. 20 Milliarden Euro) und Frühberentung (ca. 8 Milliarden Euro) ergeben sich daraus rund 38 Milliarden Euro, mit denen chronische Schmerzen jährlich die deutsche Volkswirtschaft belasten (Vauth & Greiner, 2008). Es gibt indes auch Untersuchungen zu einzelnen Schmerzformen.

Muskuloskeletale Schmerzen sind die häufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit und der zweithäufigste Grund für Frühberentungen (Zeidler & Zink, 2008). Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich auf rund 25 Milliarden Euro jährlich (Koch et al., 2008). Damit rangieren diese Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems laut Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes (Robert Koch-Institut, 2006) nach den Erkrankungen des Kreislauf- und des Verdauungssystems an dritter Stelle. Mehr als die Hälfte dieser Kosten gehen allein auf das Konto von Rückenschmerzen. Rückenschmerzen sind einer der wichtigsten Gründe für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kohlmann, 2003). Sie belasten die deutsche Volkswirtschaft mit ihren direkten und indirekten Folgekosten enorm. Rückenleiden zählen in Deutschland zu den führenden Ursachen von Krankschreibungen und sind der häufigste Grund für Rehabilitationsmaßnahmen. Bei den Ursachen für Berentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit liegen sie auf dem vierten Rang (Hildebrandt, 2008).

Entsprechend den Angaben von Neubauer und Ujlaky (2002) betragen die gesamten direkten Kosten der Migränebehandlung in Deutschland 596,88 Millionen Euro pro Jahr. Das Robert Koch-Institut (2002) kommt zu dem Schluss, dass die indirekten Kosten von Kopfschmerzen aufgrund von Arbeitsausfall rund 2,6 Milliarden Euro betragen. Pfaffenrath (2008) wiederum gibt an, dass sich bei einer Prävalenz von 10% Kosten der Abwesenheit vom Arbeitsplatz in Höhe von 3,616 Milliarden Euro und Kosten der Produktionseinschränkungen in Höhe von

⁶ Die indirekten Kosten erfassen Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätseinschränkungen aufgrund verminderter Arbeitsfähigkeit und vorzeitige Berentung (Pfaffenrath, 2008).

2,622 Milliarden Euro pro Jahr ergeben. Zusammen summieren sich dann die direkten und indirekten Kosten der Migräne in Deutschland auf jährlich 6,83 Milliarden Euro.

Tumorerkrankungen verursachen ebenfalls hohe krankheitsbedingte Kosten. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lagen sie im Jahr 2002 bei ca. 14,7 Milliarden Euro. Ein Teil dieser tumorbedingten Krankheitskosten entfällt auf die Behandlung von Schmerzen, da diese häufig in Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftreten. Die ökonomischen Folgen der mit schweren Schmerzen einhergehenden Krebserkrankungen beinhalten zum einen die Ausgaben bedingt durch die symptomatische Schmerztherapie mit starken Opioiden und der damit verbundenen Nebenwirkungen (Erbrechen, Obstipation, etc.) Zum anderen kann die zugrunde liegende Tumorerkrankung wie auch die Opioidbehandlung zur Arbeitsunfähigkeit führen und infolgedessen ebenso zur volkswirtschaftlichen Belastung beitragen. Bezogen auf Prävalenzannahmen von rund 240 000 Tumorschmerzpatienten pro Jahr ergeben sich z.B. rechnerisch jährliche Behandlungskosten im Umfang von 118,26 - 138,64 Millionen Euro, die allein auf die Opioidtherapie der tumorbedingten Schmerzen zurückzuführen sind (Vauth & Greiner, 2008).

Ein wesentlicher Teil dieser sozioökonomischen Kosten ließe sich hingegen durch geeignete Präventionsmaßnahmen und eine rechtzeitige und ausreichende Therapie bei akuten Schmerzen vermeiden, ebenso durch eine effektive Behandlung von chronischen Schmerzen (Koch et al., 2008). Jedoch ist die kostenintensive Inanspruchnahme des Gesundheitssystems leider immer noch überwiegend durch geringe Effizienz und Nachhaltigkeit gekennzeichnet (Zimmermann, 2003). Ineffektive und damit vergebliche Therapieversuche, wiederholter Arztwechsel, aufwendige, z.T. unnötige apparative Diagnoseverfahren, überflüssige Doppeluntersuchungen, unnötige Operationen und Klinikaufenthalte verbrauchen viele Ressourcen, die für eine effektive und effiziente Behandlung benötigt werden würden (Koch et al, 2008).

1.7 Versorgungssituation

Die Versorgungslage von Schmerzpatienten in Deutschland muss in sehr vielen Fällen als desolat bezeichnet werden. Die Behandlung von Schmerzen und das Angebot in der Praxis sind völlig unzureichend. Es bestehen gravierende Versorgungsengpässe (Seemann, 2008). Effektive Behandlungsmaßnahmen werden zumeist viel zu spät und zu zögerlich eingeleitet (Koch et al., 2008). „Gesundheitspolitisch ist es eine absolute Katastrophe, dass in Deutschland Millionen Menschen zu chronischen Schmerzpatienten werden, obwohl dies bei einem Großteil der Betroffenen durch eine gezielte Prävention und eine frühe konsequente Behandlung verhindert werden könnte“ (Müller-Schwefe, 2008; zitiert nach Koch et al., 2008, S. 4).

Schätzungsweise 8 - 10% der deutschen Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen (Kröner-Herwig, 2007). Das bedeutet, dass zwischen fünf bis acht Millionen Menschen aufgrund dauerhafter und wiederkehrender Schmerzsyndrome eine therapeutische Behandlung benötigen (Robert Koch-Institut, 2002). Geht man nun von etwa 10% der chronifizierten Patienten aus, die durch die traditionellen medizinischen Behandlungsmethoden nicht hinreichend und zufrieden stellend therapiert wurden, ergibt sich eine geschätzte Zahl von 600 000 - 700 000 Patienten, die einer spezifischen Schmerztherapie bedürfen (Kröner-Herwig, 2007). Bislang sind jedoch die Versorgungsstrukturen, vor allem für chronische Schmerzpatienten, beklagenswert schlecht, wobei hauptsächlich Probleme durch Unter- und Fehlversorgung zu konstatieren sind (Robert Koch-Institut, 2007).

Auf dem Gebiet der Schmerzforschung ist Deutschland international anerkannt. Mitte der neunziger Jahre zählte Deutschland sogar zu den Vorreitern in der Schmerztherapie. Die Forschung hat in den zurückliegenden 15 Jahren ein recht genaues Bild darüber gewonnen, wie und warum (chronische) Schmerzerkrankungen entstehen (BMBF, 2004). Das Verständnis des Schmerzes als biopsychosoziales Geschehen ist in der Fachliteratur hinreichend publiziert und die Forschungslage hat zur Entwicklung effektiver Interventionen geführt (Seemann, 2008). Das Repertoire an innovativen Behandlungskonzepten, insbesondere multimodaler und interdisziplinärer Ansätze, verbessert die Therapie chronischer Schmerzen und ermöglicht eine adäquate Versorgung von Schmerzerkrankungen und vor allem die Prävention der Schmerzchronifizierung (Koch et al., 2008). Doch ungeachtet der großen Fortschritte in der Schmerzforschung, wurde die Patientenversorgung nicht analog verbessert, auch wenn sie hierzulande in der Vergangenheit besser als in manchen anderen Ländern voranschritt. Die Entwicklung ist ins Stocken geraten. Ein erheblicher – wenn nicht gar der größte – Teil der betroffenen Patienten erhält nach wie vor keine adäquate Behandlung (Koch et al., 2008). Bis Patienten den Weg in eine Schmerzambulanz oder eine Schmerzpraxis finden, vergehen oft viele Jahre, in denen sie eine Vielzahl, meist erfolgloser Behandlungen, erhalten (Robert Koch-Institut, 2002). So werden Patienten, die mit Rückenschmerzen in eine Schmerzlinik eingewiesen werden, vorher von durchschnittlich mehr als sieben Ärzten erfolglos behandelt. Ihre Suche nach Hilfe dauert durchschnittlich über elf Jahre. Migränepatienten suchen im Durchschnitt mehr als 19 Jahre nach Linderung und werden von 19 Ärzten behandelt. Selbst Tumorschmerzpatienten durchlaufen in durchschnittlich zwei Jahren fünf Ärzte bis sie in die Klinik eingewiesen werden (DGSS, n.d.). Die Versorgungssituation chronischer Schmerzpatienten ist in vielerlei Hinsicht mangelhaft. Die Gründe hierfür sind auf mehreren Ebenen zu

suchen, denn eine Vielzahl von Faktoren ist dafür verantwortlich. Einige wichtige werden im Folgenden genannt.

Der überwiegende Teil der Behandlungsversuche bei chronischen Schmerzsyndromen findet heute immer noch in der Praxis des Allgemeinmediziners, des Internisten, des Orthopäden oder eines anderen Facharztes statt. Da eine Kausaltherapie, d.h. die Ursache der Schmerzen betreffende Behandlung bei chronischen Schmerzsyndromen oft nicht möglich ist, besteht die Schmerztherapie hier in erster Linie aus der Verordnung von Analgetika und Antirheumatika (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007). Die medikamentöse Behandlung stellt die häufigste Behandlungsmethode für chronischen Schmerz dar (Kröner-Herwig, 2007). Selbst Psychopharmaka (z.B. Tranquilizer, Antidepressiva) werden über längere Zeit verordnet und dies nicht selten ohne die notwendige schmerzmedizinische und psychopharmakologische Sachkenntnis. Daneben werden häufig passive Maßnahmen wie Massagen, Bestrahlungen und Bäder zur Schmerzlinderung eingesetzt. Inwieweit Schmerzpatienten letztendlich von der zumeist einseitig somatisch ausgerichteten konventionellen Behandlung zur Schmerzlinderung profitieren, ist nicht genau bekannt. Auch gibt es keine genauen Angaben darüber, wie viele Patienten durch eine solche Therapie geschädigt werden (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007). Waddell (1998) und Nachemson (1992) betonen auf der Grundlage umfangreicher Literaturrecherchen bezüglich traditioneller Behandlungsformen bei Rückenschmerz beispielsweise nicht nur die Wirkungslosigkeit der meisten Behandlungsmaßnahmen, sondern stellen das Schädigungspotenzial der invasiven operativen Maßnahmen heraus. Nachemson weist nachhaltig darauf hin, dass in vielen Fällen gerade das abnorme diagnostische und therapeutische Verhalten der meisten Ärzte das abnorme Krankheitsverhalten des Patienten verursacht. Die Mehrzahl der konventionellen Verfahren ist seiner Meinung nach, zumindest bei chronischen Rückenschmerzen, gänzlich ineffektiv. Auch Waddell (1998) kommt zu der Auffassung, dass keine medizinische Rückenschmerztherapie besser ist als das Zusammenwirken von Spontanremission und Placeboeffekt. Die langfristige, hochdosierte und häufige Analgetikaeinnahme kann je nach Medikamententyp zu erheblichen unerwünschten Konsequenzen führen, wobei das problematische Einnahmeverhalten nicht immer dem Patienten anzulasten ist, sondern oftmals auch durch die unsachgemäße Verordnungspraxis der Ärzte bestimmt ist. Die sich daraus ergebenden Folgen umfassen vielfältige somatische Schäden (Schädigung des Magen-Darm-Trakts, Blutbildveränderungen, Leber- und Nierenschädigungen), ein besonders hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial bei Kombinationspräparaten oder aber medikamenteninduzierten Kopfschmerz. So ist seit längerem bekannt, dass bei Kopfschmerzpatienten die hochfrequente und lang anhaltende Einnahme von Schmerz- und

Migränemitteln zu einem sekundären medikamenteninduzierten Kopfschmerz führen kann. Operative Eingriffe können außerdem zu erheblichen iatrogenen Schäden führen und tragen damit zu keiner Verbesserung der Schmerzbeschwerden bei, sondern zur Verschlimmerung der Problematik und einer weiteren Schädigung des Patienten (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007).

In den letzten Jahrzehnten ist immer deutlicher geworden, dass bei chronischen Krankheiten, eben auch dem chronischem Schmerz, die Konzepte einer einseitig somatisch ausgerichteten Medizin versagen und wenig zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen beitragen (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007). Eine effektive Therapie chronischer Schmerzen ohne begleitendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot ist kaum möglich. Dessen ungeachtet hat das medizinische Versorgungssystem, an das sich Schmerzpatienten in aller Regel zuerst wenden, bisher nicht dafür gesorgt, dass sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit etablieren könnte (Seemann, 2008). Eher selten werden (Schmerz-) Psychotherapeuten bei der Diagnosestellung oder Behandlung eingebunden. So führen Pfingsten und Nilges (2007) an, dass für den Großteil der Schmerzpatienten – insbesondere im niedergelassenen Bereich – im Laufe ihrer Erkrankung eine psychotherapeutische Mitbehandlung weder realisiert noch geplant ist. Eine Befragung von Willweber-Strumpf, Zenz & Bartz (2000) in fünf verschiedenen Facharztpraxen der Stadt Bochum an 900 Patienten ergab, dass von den 36% (328 Patienten) der ermittelten chronischen Schmerzpatienten 67% seit mehr als fünf Jahren an den Schmerzen litten, 26% mehr als 20 Jahre. Die bisherige Therapie bestand überwiegend aus physikalischen Maßnahmen und medikamentöser Therapie. Lediglich 2,1% wurde psychodiagnostisch oder –therapeutisch mitbehandelt, obwohl ein Fünftel der Patienten seelische Belastung als potenzielle Schmerzursache angab. Patienten, bei denen die Aufrechterhaltung ihrer Schmerzsymptomatik vorrangig durch psychologische Faktoren bedingt ist, werden so nicht frühzeitig genug identifiziert (Pfingsten & Nilges, 2007). Sie konsultieren daher oft über viele Jahre hinweg nacheinander Ärzte verschiedener Fachrichtungen und unterziehen sich zahlreichen, unnötigen, z.T. invasiven, kostenaufwendigen und zumeist vergeblichen monodisziplinären Therapieversuchen, während die Chronifizierung fortschreitet und damit die Behandlung der Schmerzen immer schwieriger wird (Koch et al., 2008).

Die Defizite in der schmerzpsychotherapeutischen Versorgung von Patienten lassen sich aber nicht allein nur mit mangelnder Kooperationsbereitschaft der Ärzte begründen. Oft scheidet es nämlich auch an der Verfügbarkeit geeigneter und kooperationswilliger Psychotherapeuten. Pfingsten und Nilges (2007) berichten von einer Befragung aller ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten des KV-Bereiches Göttingen (n = 128) nach deren Bereitschaft bzw.

Möglichkeiten der Kooperation in Bezug auf Schmerzpatienten aus dem Jahre 2002. Die Befragung erbrachte das ernüchternde Ergebnis langer Wartezeiten und eine eher eingeschränkte Bereitschaft zur psychotherapeutischen Mitversorgung von Schmerzpatienten. Von den 58 Therapeuten (45%) die überhaupt antworteten signalisierten 18 (14%) keinerlei Interesse an einer Zusammenarbeit. 31% der Befragten zeigten Kooperationsbereitschaft, wobei kein einziger von diesen über eine schmerztherapeutische Zusatzqualifikation verfügte. Des Weiteren gaben nur 7,5% der kooperationswilligen Psychotherapeuten Wartezeiten von weniger als vier Wochen an, 37,5% benannten Wartezeiten von mehr als sechs Monaten. Letztendlich erwiesen sich nur drei Psychotherapeuten als gerade noch geeignet für eine sinnvolle Kooperation. Durch die Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ wurden für Mediziner verschiedener Fachgebiete verbindliche Weiterbildungsstandards geschaffen. Für Psychologen wird ebenfalls seit längerem ein spezielles Curriculum für die Schmerztherapie – „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ – angeboten. Auch wenn die allgemeine Akzeptanz für die Notwendigkeit multiprofessioneller Therapieangebote für chronische Schmerzen deutlich zugenommen hat und sich Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie Psychologen und Angehörige anderer Berufsgruppen zunehmend auf so genannten interdisziplinären Schmerzkongressen austauschen (Kröner-Herwig, 2007), herrscht weiterhin ein gravierender Mangel an qualifizierten Therapeuten und interdisziplinären Teams. Denn obwohl die Zahl der schmerztherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeuten und Ärzte wächst, ist sie immer noch viel zu gering, um den Bedarf zu decken. Die noch sehr kleine Gruppe gut ausgebildeter Schmerzpsychotherapeuten ist hoffnungslos überlaufen und die Wartezeiten sind unzumutbar lang, was eine Chronifizierung von Schmerzen zusätzlich begünstigt (Seemann, 2008). Der Bedarf an schmerztherapeutischen Einrichtungen, die im Rahmen der Ansätze zur integrierten Versorgung arbeiten, wird inzwischen auf 3000 geschätzt. Vorhanden sind indes nur etwa 500. Vernetzte und übergreifende Strukturen, in denen auch die sektoralen Grenzen überwunden werden, entwickeln sich nur sehr langsam (Koch et al., 2008). Die wenigen vorhandenen Versorgungseinrichtungen sind zu wenig bekannt und oftmals schwer zugänglich. Eine flächendeckende Versorgung aller Schmerzpatienten ist demzufolge noch lange nicht gewährleistet (Seemann, 2008). Bis dahin scheint es noch ein weiter Weg zu sein (Koch et al., 2008). Nicht zuletzt sind es jedoch auch nicht angepasste Strukturen und Denkweisen im deutschen Gesundheitswesen, die hierbei eine herausragende Rolle spielen und mittlerweile nicht nur eine Weiterentwicklung behindern, sondern auch zur Fortschrittsbremse werden und damit selbst das bisher erreichte deutlich gefährden. Gesundheitspolitische, ökonomische und strukturelle Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems sorgen dafür, dass Schmerzpatienten

mehr verwaltet denn behandelt werden. Neben Fehlallokationen im Gesundheitswesen erschweren ebenso unausweichliche Leistungseinschränkungen bei der Versorgung die Umsetzung effektiver und effizienter Therapiemaßnahmen. Eklatante Versorgungsdefizite der betroffenen Patienten sind die Folge, die enorme Kosten verursachen und somit erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen nach sich ziehen (Koch et al., 2008). Schmerzen stellen eine der größten Kostenfaktoren im Gesundheits- und Sozialwesen dar (Robert Koch-Institut, 2002). Aufgrund der Defizite bei der Behandlung chronischer Schmerzen erzielt das System der Regelversorgung in Deutschland derzeit trotz eines hohen finanziellen Aufwands nur relativ schlechte Ergebnisse (Koch et al., 2008). Von einer quantitativ und qualitativ angemessenen schmerztherapeutischen Versorgung kann demnach hierzulande noch nicht die Rede sein (Kröner-Herwig, 2007).

1.8 Psychologische Schmerztherapie

Schmerztherapie ist ein traditionell medizinisch geprägtes Arbeitsfeld, in dem psychologische Erkenntnisse und Behandlungsverfahren einen immer größeren Raum einnehmen. Schmerzen haben bekannterweise einen erheblichen Einfluss auf die Psyche des Menschen (Cegla & Gottschalk, 2008). Dass sie psychologisch beeinflussbar sind, weiß jeder aus eigener Erfahrung. Schmerzen werden schlimmer unter Angst und Einsamkeit. Sie sind leichter zu ertragen bei Ablenkung und verschwinden sogar gänzlich bei Begeisterung und sexueller Lust. Doch die Vorstellung, Schmerzen psychotherapeutisch zu behandeln bzw. mitzubehandeln, kam erst in den letzten 30 Jahren auf. Schmerzpsychotherapie als Profession ist ein noch junges Arbeitsgebiet (Seemann, 2005), deren Wirksamkeit unterdessen gut erforscht und hinreichend belegt ist (Seemann, 2008).

Das bessere Verständnis der Schmerzmechanismen auf der Grundlage eines biopsychosozialen Schmerzkonzeptes hat dazu geführt, dass die Psychotherapie mittlerweile einen zentralen Stellenwert bei der Behandlung von Schmerzen einnimmt (Seemann, 2005). Psychologische Interventionen zur Schmerzbewältigung stellen heutzutage aufgrund der Subjektivität des Schmerzerlebens, der komplexen Beeinflussung durch kognitive und emotionale Prozesse (Gedanken und Gefühle) und der Notwendigkeit, Bezugspersonen und Kontextfaktoren zu berücksichtigen, einen integralen Bestandteil in der modernen Schmerztherapie dar (Labouvie et al., 2009). Wenn man zudem davon ausgeht, dass bei 80 - 90% der Patienten, die einen Arzt für spezielle Schmerztherapie aufsuchen, der Schmerz schon zu psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen geführt hat, ist es aus diesen Gründen unbestritten, dass eine psycho-

logische Mitbehandlung für einen großen Teil der Schmerzpatienten eindeutig erforderlich ist (Pfungsten & Nilges, 2007; Seemann, 2008).

Die psychologische Schmerztherapie bietet wirksame Alternativen zur pharmakologischen Behandlung von Schmerzen, da sie aufgrund nicht-invasiver Behandlungsverfahren weniger unerwünschte Nebenwirkungen hat und den Patienten eigenaktiv in seine Behandlung mit einbezieht, zumal der Patient selbst aufgrund des subjektiven Charakters der Schmerzen der eigentliche Experte seiner Beschwerden und Beeinträchtigungen ist (Seemann, 2008). Psychologische und medizinische Interventionen schließen sich dabei nicht aus, sondern sollten in Kombination – idealerweise eingebunden in eine multimodale Vorgehensweise – einen größtmöglichen Nutzen erbringen (Labouvie et al., 2009). Nur in seltenen Fällen ist im Rahmen der Schmerztherapie ein ausschließlich psychotherapeutisches Vorgehen angezeigt (Pfungsten, 2007). Der Komplexität von Schmerzerkrankungen kann im Grunde nur interdisziplinär begegnet werden. Isolierte Behandlungen wie beispielsweise alleinige Medikation oder invasive Therapie, aber auch alleinige Psychotherapie, sind insbesondere bei chronischen Schmerzen nur sehr gering erfolgreich. Eine Heilung ist hierbei keine realistische Zielperspektive. Die Verfahren zielen vielmehr auf das Management der Schmerzen und seinen psychosozialen Begleiterscheinungen ab (Fritsche & Frettlöh, 2009) und dienen zugleich der Verbesserung der Selbstkontrollfähigkeiten und Problemlösekompetenzen des Patienten (Pfungsten & Nilges, 2007). Ein Schwerpunkt in der Schmerzpsychotherapie liegt deshalb auf dem Eingreifen in den Prozess der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung (Cegla & Gottschalk, 2008). Dabei setzen die psychotherapeutischen Behandlungsverfahren an den verschiedenen, die Schmerzen aufrechterhaltenden Steuermechanismen an. Der Patient soll lernen, die wahrgenommenen Schmerzen und den emotionalen Stress zu reduzieren, indem er selbständig Strategien erwirbt, die Schmerzsituation zu bewältigen, bei gleichzeitiger Maximierung von Motivation zur aktiven Mitarbeit und Erleben hoher Selbstwirksamkeit (Labouvie et al., 2009). Darüber hinaus sollen die Interventionen zu einer Verminderung kognitiver Verzerrungen oder negativer Affektivität, zu einer Verbesserung des Wohlbefindens sowie zu einer verbesserten Verhaltenssteuerung führen (Pfungsten & Nilges, 2007).

Psychologische Interventionen sind obligat induziert bei akuten Schmerzereignissen und invasiven medizinischen Eingriffen wie Knochenmark- und Lumbalpunktionen, Operationen, Biopsien und bei Behandlungen von offenen Wunden und Verbrennungen (Labouvie et al., 2009). Die Hauptdomäne der Schmerzpsychotherapie gehört jedoch den somatoformen, psychosomatischen und chronischen Schmerzen. Eine effektive Therapie chronischer

Schmerzen ohne ein begleitendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot ist kaum möglich (Pfungsten & Nilges, 2007).

Auch in Deutschland haben psychologische Konzepte und Behandlungsansätze inzwischen einen festen Platz innerhalb der Schmerztherapie (Pfungsten & Nilges, 2007). Dem Wissen über die Notwendigkeit einer psychologischen Behandlung von Schmerzpatienten und deren Effektivität stehen jedoch erhebliche Defizite in der Versorgung gegenüber (Fritsche & Frettlöh, 2009). Denn obwohl Schmerzpatienten nachweislich von psychologischen Interventionsansätzen profitieren und mittlerweile internationale Leitlinien zum Einsatz von psychologischen Verfahren erstellt wurden, werden diese Möglichkeiten in der klinischen Praxis immer noch zu wenig berücksichtigt (Labouvie et al., 2009).

Die Schmerzpsychotherapie bietet ein vielfältiges Spektrum von Interventionstechniken und –strategien an, welches sich in der Behandlung von Schmerzen bewährt hat. Diese Interventionen bilden den Schwerpunkt der psychotherapeutischen Vorgehensweise im Rahmen psychologischer Schmerztherapie und werden im Folgenden kurz dargestellt.

1.8.1 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren zählen zu den weitaus am häufigsten verwendeten Basistechniken in der psychologischen Schmerzbehandlung, deren therapeutische Wirksamkeit inzwischen sehr gut belegt ist. Als ein grundlegender Baustein stellen sie daher eine zentrale Vorgehensweise in der Schmerztherapie dar. Zu den geläufigsten Entspannungsverfahren gehören vor allem die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR) und das autogene Training nach Schultz (AT), die sowohl als eigenständige Behandlungsverfahren eingesetzt werden, zumeist aber in Kombination mit anderen therapeutischen Techniken als ein integraler Bestandteil zur Anwendung kommen (Pfungsten, 2007). Weitere Techniken zur Entspannung sind unter anderem Yoga, Meditation, Imaginationstechniken, Körperübungen und Atemtechniken (Rehfishch & Basler, 2007).

Der hohe Stellenwert von Verfahren zur Entspannung innerhalb der Schmerzbehandlung gründet auf dem analgetischen Wirkmechanismus. Dieser basiert darauf, dass das physiologische Erregungsniveau gesenkt, ein schmerz- und stressinkompatibler Zustand (Ruhe, Gelassenheit, Wohlbefinden) erzeugt und ein kognitiver Ablenkungseffekt (Fokussierung der Aufmerksamkeit auf angenehme interne Prozesse) erzielt wird (Mühlig, 1997). Allgemein kann man sagen, dass bei allen Entspannungsverfahren auf physiologischer Ebene ein vegetativer Umschaltprozess von einer ergotropen auf eine trophotrope Reaktionslage erfolgt, der sich komplementär zur Stressreaktion verhält (Rehfishch & Basler, 2007). Wichtige physiologische

Folgen, die sich aus dem trophotropen Reaktionsmuster ergeben, sind unter anderem eine Reduktion des Muskeltonus, der Herzfrequenz, des Blutdruck, der Atemfrequenz sowie auch eine vermehrte Durchblutung der Extremitäten. Da Schmerzen physiologisch gesehen als Stressoren wirken, sind sie folglich mit einer Erhöhung des psychovegetativen Erregungsniveaus verbunden. Durch die sich daraus ergebenden körperlichen Reaktionen wie Muskelverspannungen werden die Schmerzen wiederum aufrechterhalten und verstärkt (Zimmermann & Seemann, 1986). Gut erlernte Entspannungsübungen wirken diesem erhöhten Erregungsniveau entgegen und durchbrechen damit den Circulus vitiosus. Gleichzeitig verhindern sie eine positive Rückkopplung von Schmerz und Stress (Rehfish & Basler, 2007). Schwerpunkt der verschiedenen Techniken ist deshalb das bewusste Herbeiführen der Entspannungsreaktion, welches darauf zielt, Schmerz und Stress zu verringern bzw. zu verhindern (Pfungsten, 2007). Durch kontinuierliche Übung der Entspannung wird innerliche Anspannung besser wahrgenommen und führt dazu, dass die schmerzauslösenden Stresssituationen bewusst werden (Rehfish & Basler, 2007). Der Patient soll dabei lernen zu erkennen, welche Situationen Anspannung und Schmerz auslösen, welche körperlichen Veränderungen in diesen Situationen stattfinden und wie er schmerzauslösende Belastungssituationen durch Entspannung entgegenwirken kann (Zimmermann & Seemann, 1986). Gedanklich stellt sich in Entspannungszuständen ein Gefühl von Ruhe und Wohlbefinden ein, das wiederum dem Schmerzerleben entgegenwirkt. Der in der Entspannung erreichte Bewusstseinszustand wirkt schmerzablenkend und kann Schmerzen teilweise oder ganz ausschalten (Rehfish & Basler, 2007). Entspannungsverfahren können in hohem Maße eigenverantwortlich vom Patienten angewandt werden und stärken darüber hinaus die Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit (Fritsche & Frettlöh, 2009). Dadurch erfährt der Patient, dass er seinem Schmerz nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern selbst aktiv etwas dagegen tun kann (Rehfish & Basler, 2007).

1.8.1.1 Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR)

PMR wurde von Edmund Jacobson (1885-1976) zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt und bedeutet „schrittweise“ bzw. „voranschreitende“ Muskelentspannung. Sie ist eines der am weitesten verbreiteten Entspannungsverfahren und kommt in der schmerztherapeutischen Praxis häufig zur Anwendung, da ein entscheidender Vorteil dieses Verfahrens gegenüber anderen Entspannungstechniken vor allem in der leichten und schnellen Erlernbarkeit liegt (Cegla & Gottschalk, 2008). PMR ist im Prinzip bei allen Schmerzzuständen wirksam. Das therapeutische Ziel der PMR ist es, eine Verringerung der Muskelspannung im Körper bis weit unter das Anspannungsniveau zu ermöglichen (Rehfish & Basler, 2007). Grundsätzlich

werden bei der PMR einzelne Muskelgruppen des Körpers in einer bestimmten zeitlichen Reihenfolge an- und entspannt. Gleichzeitig sollen dabei die Empfindungen, die bei der Spannung und Entspannung auftreten, sehr aufmerksam und sorgfältig vom Patienten wahrgenommen werden. Hierbei wird jeweils die gleiche Abfolge eingeübt: Anspannung der Muskelgruppe, Empfindung der Anspannung, langsame Entspannung der Muskelgruppe und Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Gefühl der Entspannung in den nun lockeren Muskelgruppen (Hechler et al., 2009). Durch die sukzessive An- und Entspannung aller großen Muskelgruppen des Körpers werden mit dieser Methode sowohl eine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung als auch eine Stabilisierung vegetativer Reaktionen und die gezielte Entspannung der Muskulatur angestrebt (Fritsche & Frettlöh, 2009). Durch PMR entsteht somit ein verbessertes Körperempfinden für Verspannungen der Muskulatur. Der Patient kann lernen, diese Anspannungen zu spüren, zu unterbrechen und zu vermeiden. Zudem fördert die PMR die Stressbewältigung. Wissenschaftlich gesehen ist PMR das mit Abstand am besten evaluierte Entspannungsverfahren, dessen Effektivität empirisch gut belegt ist (Rehfishch & Basler, 2007).

1.8.1.2 Autogenes Training nach Schultz (AT)

Im Gegensatz zur progressiven Muskelentspannung wird die Entspannung beim AT vorwiegend über konzentrierte und autosuggestive (selbstbeeinflussende) Prozesse bewirkt (Cegla & Gottschalk, 2008). Das AT beruht auf einer schrittweisen Einübung von Empfindungen wie der Wärme, Schwere, Ruhe und Stirnkühle durch suggestive Selbstanweisungen (Rehfishch & Basler, 2007). Ziel der konzentrierten Selbstentspannung ist es demnach zu lernen, sich selbst und damit körpereigene Vorgänge zu beeinflussen (Cegla & Gottschalk, 2008). Eine Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit des AT ist die Fähigkeit zur gezielten Wahrnehmung eigener Körpervorgänge wie auch die Umsetzung der Anweisungen in entsprechende Empfindungen. Dabei stellt der Zugang über die Konzentration insbesondere bei Schmerzpatienten hohe Anforderungen an die interozeptive (körperbezogene) Wahrnehmungsfähigkeit und Geduld des Patienten (Pfungsten, 2007). Der Patient wird dazu angeleitet, sich in einer entspannten Körperhaltung ausschließlich auf seinen Körper zu konzentrieren. In einem weiteren Schritt übt der Patient repetitiv mit Hilfe von Selbstbeeinflussungsformeln (inneren Sätzen) die Vorstellung eines bestimmten Körpergefühls, z.B. „mein rechter Arm wird ganz schwer“. Bei ausreichend langer Konzentration auf dieses Gefühl erfährt der Patient dann, wie der Körper mit gefühlter Schwere auf diese Selbstbeeinflussung reagiert. So kann mittels Selbstbeeinflussung unter anderem eine Muskelentspannung am ganzen Körper herbeigeführt

werden, die entweder als Wärme oder als Schwere erlebt wird. Aber auch vegetative Funktionen wie Herzschlag oder Atmung können so beeinflusst werden (Cegla & Gottschalk, 2008). Der Nachteil beim AT gegenüber der PMR ist, dass zum Erlernen der Entspannung eine längere Einübungszeit benötigt wird (Hechler et al., 2009), weswegen das AT bei Schmerzpatienten mitunter auch nicht das Verfahren der ersten Wahl ist (Rehfish & Basler, 2007).

1.8.2 Biofeedback

Biofeedbackverfahren haben sich ebenfalls zur Behandlung von Schmerzen bewährt und stellen eine Alternative zu den Entspannungsverfahren dar (Rehfish & Basler, 2007). Biofeedback ist ein psychologisches und zugleich auch ein physiologisches Trainingsverfahren (Hechler et al., 2009), das versucht, direkt in die Regulationsvorgänge des Körpers einzugreifen (Cegla & Gottschalk, 2008). Therapeutisch dient es der Konditionierung physiologischer Körperfunktionen, insbesondere autonomer und damit nicht bewusst ablaufender Parameter wie Muskelspannung, Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz oder elektrische Hirnaktivität (Fritsche & Frettlöh, 2009) und zielt dabei auf eine Verbesserung der Interozeption (körperbezogene Wahrnehmungsfähigkeit) und Kontrolle dieser Körpervorgänge (Rehfish & Basler, 2007). Mit Hilfe entsprechender Messgeräte für die einzelnen vegetativen Funktionen werden die jeweils ausgewählten physiologischen Prozesse registriert, aufgezeichnet und dem Patienten zeitgleich als visuelle oder akustische Signale per Monitor zurückgemeldet (Fritsche & Frettlöh, 2009). Durch diese Rückmeldesignale können dem Patienten diese Körpervorgänge bewusst gemacht werden. Er sieht und hört unmittelbar, wie sein Körper reagiert und lernt dabei, diese Vorgänge willentlich zu kontrollieren (Cegla & Gottschalk, 2008). So wird beispielsweise die Anspannung eines bestimmten Muskels oder einer Muskelgruppe mittels Elektroden erfasst. Über die Rückmeldung des Gerätes wird dem Patienten dann das Ausmaß der Muskelspannung signalisiert und er lernt dabei, was er machen muss, um die verspannte Muskelregion in die jeweils gewünschte Richtung zu beeinflussen. Mittlerweile ist Biofeedback in seiner Wirksamkeit ein sehr gut überprüftes und wissenschaftlich anerkanntes Verfahren in der Schmerztherapie (Hechler et al., 2009). Zu den wichtigen Wirkfaktoren zählen hierbei neben der Steigerung der Selbstkontrollfähigkeit eine gesteigerte Körperwahrnehmung, eine verbesserte Entspannungsfähigkeit sowie die Sensibilisierung für pathologische psychophysiologische Zustände (Pfungsten, 2007).

1.8.3 Operante Methoden

Unter dem Begriff „operante Methoden“ werden Verfahren zusammengefasst, welche – basierend auf der Lerntheorie – unmittelbar auf eine Veränderung von Verhalten gerichtet sind (Pfungsten, 2007). Der operante Ansatz wurde von Fordyce in die psychologische Schmerztherapie eingeführt (Kropp & Niederberger, 2002) und geht davon aus, dass schmerzbezogene Verhaltensweisen nicht nur das Ergebnis von Schmerzempfindungen sind, sondern auch durch die mit dem Verhalten verbundenen Konsequenzen entstehen (Cegla & Gottschalk, 2008). Folglich kann das Schmerzverhalten dann gehäuft auftreten, wenn ihm systematisch positive Konsequenzen folgen (Zimmermann & Seemann, 1986). Die Patienten lernen gewissermaßen auf instrumentellem oder operantem Weg, ihr gesamtes Leben oder zumindest wesentliche Teile davon dem Schmerzproblem anzupassen. Dies äußert sich schließlich in Form von dysfunktionalen, schmerzaufrechterhaltenden Verhaltensweisen wie Schonhaltung, Reduktion der körperlichen und sozialen Aktivitäten, exzessiver Schmerzmittelkonsum bis hin zur Abhängigkeit, starker sozialer Isolierung, erhöhter Aufmerksamkeitslenkung und Konzentration auf den Schmerz, unangemessener Nutzung des Gesundheitswesens (häufiger Arztwechsel) und mangelnder Compliance. Im Vordergrund der operanten Schmerztherapie steht daher die Veränderung der Bedingungen, die die Schmerzen aufrechterhalten bzw. begünstigen. Ziel ist dabei nicht so sehr die direkte Beeinflussung des subjektiven Schmerzerlebens, sondern vielmehr die Modifikation der schmerzbezogenen, dysfunktionalen Verhaltensweisen. Dies soll erreicht werden durch:

- Erhöhung des allgemeinen Aktivitätsniveaus des Patienten,
- Verminderung des Schmerzverhalten sowie Reduzierung des Schmerzmittelkonsums,
- Reduktion der Inanspruchnahme klinischer Institutionen zur Diagnose und Behandlung des Schmerzproblems,
- Aufbau von gesundheitsbezogenem oder gesundheitsförderndem Verhalten, einschließlich Verbesserung sozialer Fertigkeiten und der interpersonellen Kommunikation,
- Modifikation schmerzverstärkender Verhaltensweisen in der unmittelbaren sozialen Umgebung des Patienten (Kropp & Niederberger, 2002; Miltner & Larbig, 1988).

1.8.4 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren

Zur Behandlung von Schmerzen haben sich ebenfalls kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als wirksam erwiesen, die – im Gegensatz zum operanten Ansatz – neben dem Schmerzverhalten auch die subjektive Schmerzerfahrung explizit berücksichtigen (Flor & Hermann, 2007). Unter kognitiver Verhaltenstherapie versteht man zunächst einmal eine Kombination aus kognitiven und verhaltenstherapeutischen Interventionen, die darauf abzielen, die Verstärkung der Einflussfaktoren auf ungünstiges dysfunktionales Verhalten, Gefühle und Kognitionen zu reduzieren (Hechler et al, 2009). Eine Grundannahme dieses Ansatzes ist, dass Kognitionen, also mentale Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse wie Gedanken, Gefühle, Überzeugungen, Einstellungen, Werthaltungen, Selbstinstruktionen, das Verhalten des Menschen entscheidend mitbestimmen. Demgemäß richten Menschen ihr Handeln auch vornehmlich nach ihrer subjektiven Wahrnehmung der Welt aus und nicht nach objektiver Charakteristika (Flor & Hermann, 2007).

Basierend auf den allgemeinen Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie besteht die Grundannahme des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieansatzes in der Schmerzbehandlung darin, dass das subjektive Schmerzerleben und –verhalten wesentlich durch kognitive Variablen wie der subjektiven Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung der Situation, der Einschätzung eigener Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten (Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit) sowie generellen Einstellungen, Erwartungen, Vorstellungen beeinflusst wird (Mühlig, 1997). Dieser Ansatz betont demnach, dass neben dem Schmerzverhalten ebenso die kognitive Bewertung der Schmerzen essentiell für die Schmerzerfahrung ist (Flor & Hermann, 2007). Kognitionen sind in verschiedenen Phasen der Schmerzerfahrung von Bedeutung, z.B. vor der Schmerzsituation als negative Erwartungshaltung, während des Schmerzes in Form von Gedanken wie Angst und Hoffnungslosigkeit oder nach der Schmerzepisode in der retrospektiven Bewertung der Situation. Aber auch gelernte Einstellungen gegenüber Schmerzen, das Selbstbild des Patienten, mit schwierigen Situationen fertig zu werden, und seine bisherigen Erfahrungen mit Schmerzen spielen in die Schmerzerfahrung hinein (Zimmermann & Seemann, 1986). So wird unter anderem postuliert, dass Schmerzpatienten Erfahrungen der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit gemacht haben und zudem negative Erwartungen bezüglich ihrer Heilungschancen und ihrer Fähigkeit, selbst etwas gegen die Schmerzen tun zu können, besitzen. Darüber hinaus geben sie oft jegliche Verantwortung an die Gesundheitsversorgung ab und sind frustriert, dass für sie keine effektive Behandlung gefunden wird. Von diesen Grundannahmen ausgehend leitet sich als primäres therapeutisches Behandlungsziel die Förderung der Selbstkontrolle und Eigenaktivität des Patienten ab,

um dessen Selbstwirksamkeit zu steigern und Eigenverantwortung zu fördern. Der Schwerpunkt der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise liegt darauf, die Gefühle der Hilflosigkeit und schmerzbezogenen negativen Gedanken abzubauen und stattdessen Kompetenzvertrauen und Kontrollfähigkeit aufzubauen (Flor & Hermann, 2007). Mit Hilfe kognitiver Techniken wie Gedanken-stopp, kognitiver Umstrukturierung, externaler Aufmerksamkeitsablenkung und Selbstverbalisation (Mühlig, 1997) wird versucht, dem Patienten die aktuellen und situationsüberdauernden Kognitionen, die er mit Schmerz verbindet, bewusst zu machen (Zimmermann & Seemann, 1986). Er soll lernen schmerzauslösende und schmerzaufrechterhaltende Verhaltensweisen, Gefühle und Kognitionen zu erkennen und zu verändern. Basis der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Schmerzprogramme ist somit die Vermittlung von Bewältigungsfertigkeiten (Coping-Strategien), die es dem Patienten ermöglichen sollen, besser mit seinen Schmerzen umzugehen. Eine Schmerzreduktion ist hierbei nicht vordergründig, vielmehr eine bessere Schmerzbewältigung, d.h. eine Verbesserung der Lebensqualität bei Bestehen von Schmerzen (Flor & Hermann, 2007).

1.8.5 Hypnose

Hypnose stellt ein weiteres Behandlungsverfahren bei Schmerzen dar. Die Wirksamkeit hypnotischer Verfahren ist für die Schmerztherapie hinreichend belegt (Revenstorf, 2008). Dennoch gilt Hypnotherapie im deutschen Gesundheitswesen noch nicht als therapeutisches Standardverfahren in der Behandlung von Schmerzen, obwohl innovative Behandlungsverfahren in der Schmerztherapie dringend erforderlich sind. Aufgrund dessen wird im Folgenden zunächst etwas genauer auf das Phänomen „Hypnose“ im Allgemeinen eingegangen, um im Anschluss daran die klinische Relevanz der Hypnotherapie, bezogen auf die Praxis der therapeutischen Anwendung der Hypnoanalgesie, innerhalb der Schmerzbehandlung zu untermauern.

Teil 2: Das Phänomen „Hypnose“

„Patienten tragen ihren eigenen Arzt in sich. Sie kommen zu uns und wissen nichts von dieser Wahrheit. Das Beste, was wir tun können, ist, dem inneren Heiler unserer Patienten die Chance zu geben, seine Arbeit zu tun.“
(Albert Schweitzer)

2.1 Geschichte der Hypnose

Hypnotische Zustände sind ebenso alt, wie das Leben selbst, wie Jovanović (1993) es einmal treffend zum Ausdruck brachte. Die historischen Wurzeln der Hypnose lassen sich bis weit in die Frühgeschichte der Menschheit zurückverfolgen und scheinen hier ihren Ursprung zu haben. Seit Menschengedenken verwendeten etwa Yogis und Fakire in Indien, Tempelpriester in Ägypten und Griechenland aber auch Schamanen verschiedenste Trancetechniken wie rituelle Tänze, Beschwörungsformeln, Exorzismen, um im Rahmen ihres religiösen Kultes in Versenkungszustände zu gelangen, in denen sie dann unter anderem hypnotische Heilrituale durchführten (Zeyer et al., 1998). So finden sich bereits bei den alten Ägyptern (um 500 vor Christus) oder auch später im antiken Griechenland (Asklepioskult) Aufzeichnungen und Berichte über hypnotische Phänomene zu Heilzwecken. Diese setzten die hypnotische Trance in Form des „Tempelschlafes“ zur Behandlung von Krankheiten therapeutisch ein (Bongartz & Bongartz, 1999). Diese als Tempelschlaf bezeichneten Heil- bzw. Trancerituale stellen eine der ersten schon früh angewandten Hypnosetechniken dar (Zeyer et al, 1998).

Die Geschichte der Hypnose kann in verschiedene Epochen eingeteilt werden (Jovanović, 1988; Peter, 2009b). Die so genannte vorwissenschaftliche Epoche war von einem magisch-mystischen Weltbild geprägt, welches bis Ende des 18. Jahrhunderts, eingebunden in kultisch-religiöse Handlungen, vorherrschte. Hierfür stehen beispielhaft die Jahre des Gassnerschen Exorzismus um 1774/1775. Der katholische Priester **Johann Joseph Gassner**⁷ (1727-1779) bediente sich bei seinen Wunderheilungen der Theorie der Besessenheit und den Praktiken der Teufelsaustreibung. Den Regeln des Exorzismus entsprechend unterschied er hierbei zwischen „natürlichen“ Krankheiten, d.h. körperlichen Erkrankungen, die in den Behandlungsbereich der Ärzte gehörten, und „über-natürlichen“, der heutigen somatoformen Störungen, die er zu behandeln vermochte. Die Behandlung erfolgte, indem Gassner zunächst den Dämon

⁷ der vergessene Vorläufer Mesmers; Gassner findet in der gegenwärtigen Hypnoseliteratur kaum noch Beachtung, obwohl seine Form des Exorzismus moderner Hypnotherapie viel ähnlicher ist als die physikalischen Magnetkuren von Mesmer (Peter, 2006)

feierlich beschwor die Krankheitssymptome hervorzubringen. Erschienen die Symptome, war der Beweis der Besessenheit erbracht, woraufhin die „Austreibung“ beginnen konnte. Im Anschluss daran unterwies er die Kranken, ihre Symptome auf die gleiche Weise zum Verschwinden zu bringen und verhalf ihnen damit zu einer effektiven Methode der Selbstkontrolle über ihre Symptome (Peter, 2000).

Die wissenschaftliche Epoche wurde in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts (1775) durch den Wiener Arzt **Franz Anton Mesmer** (1734-1815) mit der „Fluidumtheorie“ eingeleitet. Auf der Suche nach einem naturwissenschaftlich-physikalischen Erklärungsmodell wies Mesmer, instrumentalisiert von der Bayerischen Akademie der Wissenschaften in München, unter Anwendung mineralischer Magneten nach, dass er die gleichen Effekte wie Gassner erzielen konnte. Auf diese Weise widerlegte er die Austreibungspraktiken Gassners und trug somit zu dessen Niederlage bei. Mesmers Heilmethode basierte – beeinflusst von Paracelsus und Gassner – auf der Annahme einer allumfassenden kosmischen Kraft (Fluidum), die er „animalischen oder thierischen Magnetismus“ nannte und meinte damit eine Art magnetischer Lebensenergie (Peter, 2009b) kurzum: „Er vertrat die Ansicht, daß die Menschen untereinander und mit dem Kosmos durch ein materielles, polares Fluidum verbunden seien. Dieses Fluidum sei übertragbar und könne physiologische Heilkräfte entfalten“ (Stocksmeier, 1984, S. 39). Krankheiten entstanden demnach aufgrund eines Ungleichgewichts dieses Fluidums innerhalb des menschlichen Körpers, Genesung durch Wiederherstellen des Gleichgewichts. Bei seinem Verfahren, dem so genannten Mesmerisieren oder auch Magnetisieren, wendete Mesmer die „gravitas animalis“ (belebte Schwerkraft) an, bei dem verbale Suggestionen nur eine geringe und, wenn überhaupt, eine eher untergeordnete Rolle zu spielen schienen. Mit Hilfe bestimmter Techniken wie der berühmten „passes⁸“ (Streichungen) oder des „baquet⁹“ (Gesundheitszuber) ließen sich bei Patienten „Krisen¹⁰“ hervorrufen, die, bei ausreichend häufiger Auslösung dieser, zur Harmonisierung des physikalischen Fluidums führen sollten und dadurch die Krankheit heilten. Eine Untersuchungskommission (bestehend aus Mitgliedern der Académie des Sciences, der Académie de Médecine sowie der Société Royale), einberufen von König Louis XVI zur Überprüfung der Echtheit des „thierischen“ Fluidums (1784),

⁸ als Standardmethode des Mesmerismus angesehen; Luftstriche über den „befallenen“ Körperteilen oder dem gesamten Körper, vom Kopf bis zu den Füßen knapp über der Körperoberfläche, ohne direkte körperliche Berührung; vorerst mithilfe von Metallmagneten, doch verzichtete Mesmer später gänzlich auf die direkte Anwendung der Magneten (Revenstorf, 2001)

⁹ ein großes Holzfass, in dem sich Flaschen mit magnetisiertem Wasser und Eisenstangen befanden. Die Patienten gruppieren sich um das *baquet*, wobei sie die herausragenden Eisenstangen mit ihren erkrankten Körperteilen berührten und dadurch die magnetische Heilwirkung erfuhren (Batschkus, 1994)

¹⁰ Die Phasen einer Krise entsprachen im Verhalten heftigen ungeordneten Bewegungen und krampfartigen Zuckungen (Bongartz & Bongartz, 1999).

kam jedoch zu dem Schluss, dass es keine fundierten Beweise für die physikalische Existenz eines magnetischen Fluidums gebe. Mögliche therapeutische Wirkungen wurden demzufolge der Kraft der Imagination und Imitation zugeschrieben (Ellenberger, 2005; Kossak, 1997).

Den direkten Anstoß zur Weiterentwicklung vom „magnetismus animalis“ zur Suggestionstheorie der Hypnose gab Armand-Marie-Jacques de Chastenet, **Marquis de Puységur** (1751-1825), ein getreuer Schüler Mesmers, im Jahre 1784. Puységur beobachtete, dass einer seiner Patienten¹¹ beim Mesmerisieren in eine Art leichten Schlaf verfiel, in dem er wacher und bewusster zu sein schien als in seinem normalen Wachzustand (aufgrund der Ähnlichkeit zum Schlafwandeln auch „künstlicher Somnambulismus“ genannt). Während dieses somnambulen Zustandes war der Patient in der Lage zu kommunizieren, er schien seine Krankheit diagnostizieren und ebenso effektive Behandlungsvorschläge machen zu können. Die dem Patienten suggerierte Schmerzfreiheit erzielte zugleich die gewünschte Wirkung. Die Beschwerden verschwanden und der Patient genas. Puységur begriff, dass ein physikalisches Fluidum im Sinne Mesmers nicht existierte. Ferner war er der Auffassung, dass der Wille und Glaube (*croyez et voulez*) des Magnetiseurs, insbesondere aber des Patienten, in Zusammenhang mit dem Erfolg der Therapie steht. Diese Entdeckung sollte dem Magnetismus eine neue Richtung geben (Kossak, 1997; Peter, 1991).

Nun war es der portugiesische Priester **Abbé Faria** (1755-1819) der Anfang des 19. Jahrhunderts vehement gegen die Theorie Mesmers opponierte. Faria, der als Vorläufer der so genannten Suggestionstheorie¹² angesehen werden kann, erkannte als erster das Wesen der Suggestion und die Bedeutung der Vorgänge innerhalb der hypnotisierten Person. Weniger die Macht des Magnetiseurs sondern vielmehr Eigenschaften im Patienten seien, seiner theoretischen Vorstellungen zufolge, ausschlaggebend für den „*sommeil lucide*“, den luziden Schlaf. Die gesamte Prozedur des Magnetisierens verstand er als einen Vorgang intensiver Konzentration verbunden mit Suggestion. Den Zustand des Magnetisiertseins bezeichnete Faria folglich als „Concentration“, den Magnetiseur als „Concentrateur“. Zur Einleitung dieses Zustandes setzte er seine Patienten in einen bequemen Stuhl, ließ sie seine erhobenen Handflächen fixieren und befahl ihnen dann mit Nachdruck: „*Dormez! – Schlafen Sie!*“. Ein Großteil der Patienten versank dabei in einen luziden Schlaf, in welchem Faria unter anderem Visionen hervorrufen oder Schmerzlosigkeit beim Patienten erzeugen konnte und zudem posthypnotische Suggestionen gab (Jovanović, 1988; Peter, 1991).

¹¹ Ein junger Bauer namens Victor Racé, welcher an Atembeschwerden, Schmerzen im Brustbereich und an der Wirbelsäule litt (Jovanović, 1993).

¹² Faria nahm sowohl die Theorie der Suggestibilität, die begrifflich erst später durch die Schule von Nancy eingeführt worden ist, wie auch die Augenfixationsmethode, welche James Braid letztlich wissenschaftlich begründete, vorweg (Peter, 1991).

Im Laufe der Zeit entfernte sich die Bewegung um den Magnetismus jedoch immer mehr von ihren ursprünglichen Normen und geriet dadurch zusehends in Verruf als Okkultismus und Scharlatanerie. Angelockt von öffentlichen Schaustellungen „professioneller Hypnotiseure“ begannen sich dann vereinzelt auch Ärzte, Neurologen und Physiologen für die Phänomene der Hypnose zu interessieren. Englische Ärzte wie Elliotson, Esdaile und Braid waren es nun zunächst, die sich der Hypnose widmeten und deren analgetische Wirkung, vor der Einführung der chemischen Narkose um 1850, erfolgreich als Anästhesie für Operationen nutzten. Indem sie die Wirkung der Hypnose als physiologisch interpretierten, verschafften sie ihr eine erhebliche Verbreitung und machten sie dadurch erneut einer wissenschaftlichen Betrachtung zugänglich (Revenstorf, 2009a).

Der Medizinprofessor **John Elliotson** befasste sich ab 1837 praktisch mit dem Magnetismus und machte sich mit ersten mesmerischen Experimenten vertraut. In der von ihm gegründeten Zeitschrift „Zoist“ beschrieb er eine Vielzahl größerer und kleinerer medizinischer Eingriffe, welche schmerzlos durchgeführt wurden. Diese chirurgischen Eingriffe schlossen Brustoperationen, Arm- und Beinamputationen sowie Zahnextraktionen, Venensektionen und Tumorexisionen ein, die sowohl in Europa als auch in den Vereinigten Staaten vorgenommen worden waren. Des Weiteren entwickelte Elliotson genaue Indikationen für die Mesmerisierung und betonte darüber hinaus den therapeutischen Nutzen bei psychischen Krankheitsbildern und funktionellen Störungen des zentralen Nervensystems wie beispielsweise Epilepsie, Hysterie, Kopfschmerzen, Neuralgie (Jovanović, 1988; Wolff, 1998).

James Esdaile (1808-1859), ein schottischer Chirurg, berichtete ebenfalls über zahlreiche schmerzfreie operative Eingriffe unter Verwendung von Hypnose. Esdaile, der in Indien praktizierte, führte in der Zeit von 1845-1851 (Wolff, 1998) mehrere tausend Operationen an mesmerisierten Patienten durch, darunter etwa 300 große Operationen, bei denen er diese Methode als alleinige Anästhesie für chirurgische Eingriffe mit Erfolg einsetzte. Hierzu zählten unter anderem Arm-, Penis- und Brustamputationen (Peter, 2002), die operative Entfernung von Steinen (Lithotomie) sowie Operationen skrotaler Tumore (Tumore am Hodensack), wobei bei letztgenannten zudem die Mortalitätsrate von den damals üblichen 50% auf 5% sank (Jovanović, 1988).

Einen weiteren Schritt zur Entwicklung der Hypnose als Wissenschaft vollzog der englische Augenarzt **James Braid** (1795-1860), der gemeinhin auch als Begründer der wissenschaftlich-experimentellen Hypnoseforschung gilt. Braid beobachtete während einer Showvorführung im Jahre 1841 bei einer der Versuchspersonen ein plötzliches Vibrieren der Augenlider. Dieses Ereignis erregte Braids Interesse, da er annahm, dass es nicht simuliert sein könne.

Beeindruckt von dem Phänomen des Lidflatterns, welches bis dahin noch niemandem aufgefallen war, begann er mit eigenen Experimenten. Hierbei wurde ihm deutlich, dass es keines Magnetismus bedurfte, um einen Menschen in einen solchen Zustand zu versetzen. Im Sinne einer rational-naturwissenschaftlichen Herangehensweise widerlegte er die Ausstrahlung eines magnetischen Fluidums. Infolgedessen verwarf er die Fluidum-Theorie endgültig und stellte eine neue auf, die auf hirnpfysiologischen Veränderungen basierte. Er modifizierte Farias Fixationsmethode, indem die Patienten nun nicht mehr die Hand des Arztes, sondern einen glänzenden Gegenstand solange fixieren sollten, bis bei ihnen ein Zustand eintrat, den er als Hypnose¹³ bezeichnete. Ähnlich wie Faria erkannte Braid die Ursache der Hypnose in der gespannten, eingeengten Aufmerksamkeit des Hypnotisierten. Das eigentliche Wirkungsprinzip seiner rein neurophysiologischen Hypothese zufolge sei die Ermüdung des Sehnervs durch andauernde und kontinuierliche Konzentration auf einen einzigen Stimulus (Monoidismus), wodurch es dann zu einem partiellen Schlaf komme. Braid führte unzählige Augenoperationen mithilfe hypnotisch erzeugter Anästhesie durch und beschrieb die Veränderungen der Schmerzempfindung unter Hypnose (Jovanović, 1988; Kossak, 1997; Revenstorf, 2009a; Stocksmeier, 1984).

Nur wenige Jahre später, in der Mitte des 19. Jahrhunderts, wurde mit der Entdeckung und Einführung chemischer Anästhetika wie Äther, Chloroform und Lachgas die Hypnoanalgesie dann weitgehend verdrängt. Dies ließ das weitere Interesse am klinischen Einsatz der Hypnose für längere Zeit abklingen, bis sie schließlich von dem berühmten Pariser Neurologen **Jean-Martin Charcot** (1825-1893) und seinen Schülern (unter anderem Freud und Janet) Ende des 19. Jahrhunderts als psychiatrisches Phänomen wieder aufgegriffen wurde (Kossak, 1997).

Nun kam die Macht des Hypnotiseurs wieder ins Spiel, denn die Induktion der hypnotischen Trance war hier wiederum durch die Autorität des Therapeuten bestimmt. Sein damaliger Ruf in der Öffentlichkeit, sein Werk und internationales Prestige waren in den Jahren von 1870 bis 1893 so hoch angesehen, dass man bereits mit der Absicht als Patient zu Charcot zu gehen „vorsuggeriert“ war. Ausgangspunkt der Arbeiten Charcots war die Hysterie. Als Vertreter der so genannten Schule der Salpêtrière in Paris postulierte er einen gemeinsamen Ursprung hysterischer und hypnotischer Phänomene. Er betrachtete die Hypnose als einen psychopathologischen Zustand, ähnlich dem der Hysterie, wobei nur Hysterikerinnen (damals gab es nur weibliche Hysterie-Patienten) hypnotisierbar seien. Aufgrund der Beobachtungen an

¹³ In seiner Publikation von 1843 führte Braid diesen Begriff ein. Er wählte hierfür zunächst den Ausdruck „Neurohypnologie“, später dann abgekürzt „Hypnose“ (Jovanović, 1993).

hysterischen Patientinnen kam Charcot zu dem Schluss, dass der Zustand der Hypnose in drei aufeinander folgenden Stadien¹⁴ durchlaufen werde: Lethargie, Katalepsie und Somnambulismus. Dies stellte die erste Klassifikation hypnotischer Phänomene dar. Da die Hypnose für Charcot ein besonderer hysterischer Zustand war, gleichsam verstanden als ein Symptom der Hysterie, welches demzufolge auch nur bei Hysterikerinnen auftrete, sprach er ihr keine therapeutischen Möglichkeiten zu. Anfang 1882 trug Charcot seine Forschungsergebnisse an der Académie des Sciences (der französischen Akademie der Wissenschaften) in Paris vor, jener Instanz, die die Hypnose Jahrzehnte vorher unter der Bezeichnung „Magnetismus“ immer wieder abgelehnt, ja sogar verboten hatte. In diesem historischen Vortrag über Hypnotismus untermauerte er die Anwendung der Hypnose und verschaffte ihr dadurch endlich den offiziellen Eintritt als anerkannte wissenschaftliche und praktische Methode in die Medizin. Damit legte Charcot einen Grundstein für die nachfolgende Hypnoseforschung in Frankreich und anschließend in der ganzen Welt (Ellenberger, 2005; Jovanović, 1988; Kossak, 1997). Sein Verständnis von Hypnose bzw. sein Hypnosekonzept wurde hingegen nach und nach entkräftet. Vielmehr hat es unterdessen nur noch historische Bedeutung und kann, wie Wolff (1998) deutlich macht, heutzutage als reine Makulatur angesehen werden.

Die Geschichte der Hypnose sollte sich nun durch die Schule von Nancy fortsetzen. Etwa zur selben Zeit von Charcot hypnotisierte ein einfacher Landarzt namens **Auguste Ambroise Liébeault** (1823-1904) die arme Landbevölkerung aus der Umgebung von Nancy mittels Faszination und Suggestion gratis. Die Patienten mussten ihm hierbei tief in die Augen schauen, während er ihnen zunächst Schläfrigkeit suggerierte und ihnen dann in hypnotisiertem Zustand das Verschwinden ihrer Symptome versicherte. **Hippolyte Marie Bernheim** (1840-1919), Professor für innere Medizin in Nancy, interessierte sich für die Methode Liébeaults und entwickelte sie weiter. Zusammen gründeten sie die so genannte erste Schule von Nancy, die auf die Lehre Fariás zurückgeht, und leiteten damit die Suggestionstheorie der Hypnose ein. 1883 hielt Bernheim einen Vortrag vor der Ärztesgesellschaft in Nancy, in dem er offen die Lehre Charcots angriff und sie auf das äußerste ablehnte. Dies war der Beginn eines heftigen Widerstreites zwischen den beiden Schulen. Denn im Gegensatz zu Charcot definierten Liébeault und Bernheim den hypnotischen Schlaf nicht als pathologischen Zustand einer Hysterie, sondern sie begriffen die Hypnose als normales psychologisches Phänomen, das durch Verbalsuggestionen hervorgerufen werde. „Der Schule von Nancy kommt der

¹⁴ Janet konnte jedoch später aufzeigen, dass diese drei Stadien der Hypnose nichts weiter als Artefakte waren, also das Ergebnis eines intensiven Trainings, dem die Patienten durch ihren oftmals jahrelangen Aufenthalt in der Salpêtrière „unterworfen“ wurden (Ellenberger, 2005; Wolff, 1998). „Sie wussten genau, was man von ihnen erwartete, und sie irrten sich nie in ihren Reaktionen (...)“ (Wolff, 1998, S. 23)

Verdienst zu, diese Anwendung des Hypnotismus, seine nutzbringendste und fruchtbarste, geschaffen zu haben, indem sie die Hypnose auf ihre wirkliche Grundlage, auf die Suggestion zurückführte“ (Bernheim, 1888, S. XVII). Zugleich vertraten sie die Ansicht, dass in diesem Zustand gesteigerter Suggestibilität¹⁵, der nahezu bei allen Menschen auslösbar sei, therapeutische Suggestionen leichter angenommen und umgesetzt werden könnten. Voraussetzung dafür sei lediglich die Fähigkeit eines Menschen, die Fremdsuggestionen in Autosuggestionen umzusetzen. Bernheim bediente sich der Hypnose insbesondere zur Behandlung von organischen Erkrankungen des Nervensystems, Rheumatismus, Erkrankungen des Magen-Darmtrakts und Menstruationsstörungen. Mit der Zeit machte er dann die Erfahrung, dass Suggestionen im Wachzustand durchaus für therapeutische Zwecke ausreichen können und die Induzierung des künstlich herbeigeführten Schlafes somit nicht zwingend erforderlich sei (Ellenberger, 2005; Kossak, 1997; Peter, 1991).

In den darauf folgenden 65 Jahren bildete sich eine neue Schule von Nancy heraus, wobei **Emile Coué** (1857-1928) an dieser Stelle als Brücke zwischen der ersten und der neuen fungierte. Coué entwickelte die Lehre von der Autosuggestion, da auch er bereits zu Beginn erkannte, dass die Hypnose im Prinzip eine Selbsthypnose ist. Seiner Meinung nach könne sich jeder selbst hypnotisieren. Der Hypnotiseur stelle lediglich ein Hilfsmittel zum Erreichen eines Trancezustandes dar. „Der Hypnotiseur erzeuge im Hypnotisanden eine mehr oder weniger starke Vorstellung der beabsichtigten Wirkung. Der Hypnotisand verwirkliche diese dann in Form von Selbsthypnose“ (Jovanović, 1993, S. 21). Auch betonte Coué die Selbstheilungskräfte eines jeden Menschen und bestärkte seine Patienten darin sich selbst zu heilen (Jovanović, 1993). Basierend auf der Grundlage von Coués Arbeiten entwickelte **Johannes Heinrich Schultz** (1884-1970), als Vertreter der ärztlichen Hypnose, später ein Verfahren zur konzentrativen Selbstentspannung, das autogene Training, das 1932 erstmals beschrieben wurde (Stocksmeier, 1984).

Pierre Janet (1859-1947) befasste sich, in der Nachfolge Charcots an der Salpêtrière ebenfalls mit den Konzepten der Hysterie und Hypnose. Doch wich er in seiner Auffassung aufgrund eigener Beobachtungen von seinem Lehrer ab, „indem Janet einen spezifischen kognitiven Prozess der Dissoziation für die hypnotischen Phänomene verantwortlich machte (...)“ (Revenstorff, 2009a, S. 5).

Sigmund Freud (1856-1939) zeigte anfänglich sowohl für die Lehre von Charcot sowie die von Liébeault und Bernheim Interesse und schien bezüglich seiner Einstellung zur Hypnose zunächst noch recht unentschlossen zu sein. Freud wandte die Hypnose dann, verstanden als

¹⁵ Suggestibilität, verstanden als die Eignung, einen Gedanken in eine Handlung umzuwandeln (Ellenberger, 2005)

einen Weg zum Unbewussten (Revenstorf, 2009a), in erster Linie als „Psychokatharsis“ an, d.h. als Erinnern und Wiedererleben von traumatischen Erfahrungen. Auf diese Weise, so die Annahme, werde der fehlgeleitete und eingeklemmte Affekt auf normalem Wege abreagiert (Kriz, 2001). Er nutzte die Hypnose zuweilen aber auch um Patienten das Verschwinden ihrer Symptome zu suggerieren. Später verwarf er die hypnotische Methode jedoch als psychotherapeutisches Verfahren aufgrund seiner Überzeugung, dass es zu Symptomverschiebung kommen könnte und mangels Zuverlässigkeit als psychotherapeutisches Verfahren. Nicht zuletzt aber auch wegen seiner nur geringen Erfolge damit gab er das Hypnotisieren zugunsten der freien Assoziation auf. Freuds negative Einstellung gegenüber der Hypnose einerseits und seine Abwendung von ihr andererseits trugen so vermutlich zum Rückgang dieses Verfahrens in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts bei und blockierten die Weiterentwicklung der Hypnose sowohl theoretisch als auch praktisch über Jahrzehnte hinweg (Jovanović, 1993; Schulz-Stübner & Herfort, 2007). Erst das Zeitalter der Weltkriege brachte erneut einen Wandel und damit eine vermehrte Anwendung der Hypnose, da sie sich hierbei als eine wirksame Methode zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen und anderen Kriegsneurosen (Wolff, 1998) wie auch von Phantomschmerzen und Stumpfneuralgien (Klumbies, 1988) erwies.

Beginnend mit **Clark Leonard Hull** (1884-1952) entwickelte sich ab den 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts eine rege experimentelle Forschungstätigkeit an angloamerikanischen Universitäten, mit dem Ziel einer exakteren theoretischen Begründung der Hypnose sowie der Standardisierung und psychometrischen Erfassung ihrer Phänomene (Jovanović, 1988; Revenstorf, 2009a). In den 50er Jahren befassten sich unter anderem **Ernest Ropiequet Hilgard** (1904-2001) und **André Weitzenhoffer** (1921-2004) an der Stanford University mit umfangreichen empirischen Untersuchungen zur Hypnotisierbarkeit bzw. Suggestibilität und der Entwicklung von Hypnosetests¹⁶ (Stanford Hypnotic Susceptibility Scales, Form A, B und C), in denen die Fähigkeit zu hypnotischen Reaktionen und deren statistische Verteilung in einer Population untersucht wurde. Diese Tests ermöglichten eine objektive Bestimmung der hypnotischen Suggestibilität¹⁷, so dass über verschiedene Hypnoselabors hinweg die gleichen Maßstäbe für Suggestibilität galten. Auf diese Weise wurden die Forschungsergebnisse erstmalig vergleichbar (Bongartz & Bongartz, 2000; Peter, 2007).

¹⁶ Die Suggestibilitäts- bzw. Hypnotisierbarkeitstests bestehen hauptsächlich aus einer im Schwierigkeitsgrad ansteigenden Reihe von hypnotischen Aufgaben, angefangen von motorisch/kinästhetischen über sensorisch/affektive hin zu kognitiven Phänomenen (Peter, 2007).

¹⁷ Hypnotische Suggestibilität ist die Fähigkeit einer Person, sich auf bestimmte ihr übertragene Instruktionen einzulassen und darauf angemessen zu reagieren. Sie ist die Empfänglichkeit für Hypnose-Instruktionen (Kossak, 1997).

Die Geschichte der Hypnose kann nicht ohne **Milton Hayland Erickson** (1901-1980) abgeschlossen werden, denn historisch gesehen ist er einer der bekanntesten Vertreter der therapeutisch-klinischen Hypnose (Jovanović, 1993), der die moderne Hypnosetherapie durch seine beispielgebende Arbeit maßgeblich prägte. Zugleich wird er aber auch zu den bedeutendsten und innovativsten Persönlichkeiten der Psychotherapie des 20. Jahrhunderts gezählt, da Erickson eine entscheidende Wende in die damals vorherrschende Auffassung der Hypnose brachte, die ihn zum Vorläufer eines integrativen Ansatzes der Psychotherapie machte. Dank seines schier unerschöpflichen Einfallsreichtums, seiner Vielseitigkeit und Kreativität schuf er die Grundlage einer völlig neuen Hypnoseschule – heute besser bekannt unter dem Ericksonschen Ansatz (Iost-Peter, 2005; Revenstorf, 2009a). Indem er wesentlich vom klassischen Gebrauch der Hypnose abwich, legitimierte Erickson die Hypnose, so dass sie nicht länger als „Hofnarr in den heiligen Hallen der Orthodoxie“ (Watzlawick, 1982; zitiert nach Zeig, 2002, S. 22) galt. Damit verhalf er der Hypnose zur Renaissance (Peter, 1993a) und etablierte eine neue, moderne Form der Hypnosetherapie, die zunehmend mehr Anerkennung unter Medizinern und Psychologen fand. Erickson war ein Vertreter der Individualisierung in der Psychotherapie. Seit etwa 1940 arbeitete er an einer individuell differenzierten, an den Ressourcen und der subjektiven Erfahrungswelt des Patienten angepassten Form der Hypnotherapie (Revenstorf, 2009a). Daraus entwickelte er eine therapeutische Grundhaltung, die sich auch mit dem Verständnis humanistischer Therapien deckt (Peter, 1993a): „Jeder Mensch ist ein Individuum. Die Psychotherapie sollte daher so definiert werden, dass sie der Einzigartigkeit der Bedürfnisse eines Individuums gerecht wird, statt den Menschen so zurechtzustutzen, dass er in das Prokrustusbett [*sic*] einer hypothetischen Theorie vom menschlichen Verhalten passt.“ (Erickson, 1979; zitiert nach O’Hanlon, 1995, S. 27) Hieraus leiten sich eine Reihe von Therapieprinzipien und eine Vielfalt an Hypnosetechniken (insbesondere indirekte Methoden) ab, die im Wesentlichen auf die klinische Arbeit Ericksons zurückgehen. Wichtige Grundprinzipien Ericksonscher Hypno- und Psychotherapie sind unter anderem das Utilisationsprinzip¹⁸, die Ressourcen- und Lösungsorientierung, pacing und leading („Folgen“ und „Führen“), Schutz des Unbewussten, Beiläufigkeit und Verwendung von Metaphern (Revenstorf, 2009a; Zeyer et al., 1998). Darüber hinaus befasste sich Erickson mit der Weiterentwicklung der klinischen Anwendung der Hypnose, insbesondere im Bereich der Schmerzbewältigung. Erickson selbst erkrankte zweimal, mit 17 und 51 Jahren, an Kinderlähmung und litt infolgedessen lebenslang an Schmerzen. Zudem war er farbenblind,

¹⁸ Utilisation bedeutet das Nutzbarmachen aller Eigenschaften, Fähigkeiten, aber auch Eigentümlichkeiten, die ein Patient mitbringt und die als Ressource zum Erreichen therapeutischer Ziele eingesetzt werden können (Trenkle, 2009).

tontaub und Legastheniker. Diese Handicaps schärften seine Beobachtungsgabe. Aus eigener Erfahrung lernte er so die Wirksamkeit der Selbsthypnose kennen. Seine autohypnotischen Fähigkeiten, die anfangs noch spontan auftraten, setzte er später immer gezielter zur Bewältigung seiner Schmerzen ein. Auf diese Weise gewann Erickson einen großen Erfahrungsschatz an Wissen um menschliches Denken, Fühlen und Verhalten und deren Veränderung, welcher ihm als Arbeitsgrundlage diente und zur Entwicklung seines therapeutischen Ansatzes wesentlich beitrug (Iost-Peter, 2005).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die historischen Anfänge der Hypnose, von einer vorwissenschaftlichen Epoche, die weit in die frühe Menschheitsgeschichte zurückgeht und in der ein magisch-mystisches Weltbild vorherrschte, bis hin zur wissenschaftlichen Epoche der Neuzeit erstrecken. Diese ist vor allem geprägt vom Mesmerismus, vom Streit zwischen der Schule der Salpêtrière und der Schule von Nancy sowie von dem klassischen autoritären Hypnoseverständnis basierend auf der Suggestionstheorie und von den modernen Ansätzen der Hypnotherapie, die in engem Zusammenhang mit der Arbeit Milton Ericksons stehen.

2.2 Definition – Was ist Hypnose?

Der Begriff Hypnose ist historisch gesehen ein recht „junger“ Name für eine der ältesten Heilmethoden der Menschheit. Doch ungeachtet ihrer langen Geschichte ist es bisher nicht möglich, eine umfassende und allgemein gültige Definition abzugeben. Gerade die vielfältigen Einflüsse und Ansätze der letzten 200 Jahre erschweren eine Begriffsbestimmung oder gar eine Definition von Hypnose. Demnach kann man den Begriff der Hypnose zunächst recht weit fassen. Peter (1993b) formuliert sogar die These: Hypnose ist alles und alles ist Hypnose. Was wir unter Hypnose verstehen scheint also eine Frage der jeweiligen Betrachtungsweise zu sein. Eine alte Sufi-Geschichte verdeutlicht einen Teil dieses Aspektes:

Die Blinden und der Elefant

Jenseits von Ghor lag eine Stadt. Alle ihre Einwohner waren blind. Eines Tages kam ein König mit seinem Gefolge in die Nähe; er brachte sein Heer mit und lagerte in der Wüste. Er besaß einen mächtigen Elefanten, den er zum Angriff einzusetzen pflegte, um den Schrecken des Feindes zu vergrößern. Die Bevölkerung war begierig, den Elefanten zu sehen, und einige aus dieser Gesellschaft von Blinden rannten los wie Narren, um ihn zu finden. Nachdem sie nicht einmal wussten, was für eine Form oder welchen Umriß ein Elefant hat, betasteten sie ihn blindlings, um durch die Berührung seiner Körperteile Aufschluß zu erhalten. Jeder bildete sich ein, etwas zu wissen, weil er einen Teil fühlen konnte. Als sie zu ihren Mitbürgern zurückkehrten, wurden sie von aufgeregten Gruppen

umringt; jeder einzelne dieser Irrenden war begierig die Wahrheit von denen zu erfahren, die doch selber in die Irre gingen. Sie fragten wie der Elefant geformt sei und welche Gestalt er habe, und sie hörten sich alles an, was man ihnen erzählte. Der Mann, der das Ohr des Elefanten betastet hatte, wurde nach dem Wesen des Elefanten gefragt. Er sagte: „Er ist ein großes, rauhes Etwas, weit und breit wie eine Decke.“ Und der den Rüssel betastet hatte, sagte: „Ich weiß, was es wirklich ist! Er ist wie eine gerade und hohle Röhre, furchterregend und gefährlich.“ Derjenige aber, der den Fuß und die Beine gefühlt hatte, sagte: „Er ist mächtig und fest gleich einer Säule.“ (Shah, 1995, S. 116/117)

Keiner der Blinden konnte sich ein vollständiges Bild von dem Elefanten machen, da jeder nur einen Teil des Ganzen betastet hatte. Und den Teil, den ein jeder erfuhr, konnte er nur in Begriffen beschreiben, die ihm bekannte Dinge bezeichneten.

Fast jeder hat schon einmal tranceähnliche Zustände erlebt, obwohl er es wahrscheinlich nicht unmittelbar mit Hypnose in Zusammenhang gebracht hat. Haben Sie sich vielleicht schon einmal beim Tagträumen ertappt und dabei alltägliche Abläufe um sich herum nicht mehr wahrgenommen? Waren Sie schon einmal so in ein spannendes Buch versunken oder in eine knifflige Aufgabe vertieft, dass Sie nicht hörten wie Sie jemand ansprach oder bemerkten, wie viel Zeit vergangen war? Vielleicht haben Sie auch schon einmal erlebt, dass Sie so gebannt und gefesselt von einem Film waren, dass es ihnen, als er zu Ende war, nicht so vorkam als wären eineinhalb Stunden vergangen. Oder vielleicht sind Sie auf der Autobahn gefahren und waren so in Gedanken vertieft, dass Sie ihre Ausfahrt verpassten. All dies sind Beispiele für hypnoseähnliche Phänomene. Da jedoch bisher niemand genau entdeckt hat, wie Hypnose funktioniert, können wir nur ihre Wirkung beschreiben (Alman, 2006) – selbst aus neurowissenschaftlicher Perspektive sind bisweilen nur Einblicke in die Wirkungsweise der Hypnose möglich (Halsband, 2009). Und wie die blinden Männer, die den Elefanten beschreiben, unterscheiden sich unsere Beschreibungen in Abhängigkeit von unserem einzigartigen Blickwinkel und unserer individuellen Wahrnehmung, denn jeder Mensch erlebt die hypnotischen Phänomene in seiner ganz eigenen Weise (Alman, 2006).

Um die Dimensionalität und Vielgestaltigkeit des Hypnosebegriffs aufzuzeigen, seien im Folgenden einige Definitionen kurz dargestellt (Kossak, 1997).

Schultz (1952) spricht nur da von Hypnose, „wo ein Schlafzustand besteht, der durch den Einfluß des Hypnotisierenden beliebig beeinflusst werden kann, in dem Sinne, daß auf Anregung des V.L. oder der V.P. ein partielles Wachsein verschiedener, beliebiger Ausdehnung geschaffen werden kann“ (Schultz, 1952, S. 23). Dementsprechend begreift Schultz Hypnose als einen Zustand gesteigerter Suggestibilität, welcher durch eine fast uneingeschränkte Herr-

schaft von außen charakterisiert ist, also dem Willen des Hypnotiseurs unterliegt. **Erickson** (1958) beschreibt Hypnose als einen Zustand intensiver Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit mit einer erhöhten Reaktionsfähigkeit gegenüber einer Vorstellung oder einem Bündel von Vorstellungen. Nach **Stokvis und Langen** ist Hypnose „ein durch affektive Faktoren hervorgerufener Zustand einer (oftmals geringen) Senkung des zuvor eingengten Bewußtseins, in dem eine Regression der Grundfunktionen der Persönlichkeit (Denken, Fühlen, Wollen) sowie der körperlichen Funktionen eintritt. Die Reaktionsweise bleibt dem Hypnotisierten in der Hypnose fast immer bewußt“ (Stokvis & Langen, 1965, S. 10). **Edmonston** (1981) definiert Hypnose als eine etwas intensivere Form der Entspannung. Des Weiteren interpretiert **Barber** (1969) die hypnotische Trance nicht als außergewöhnlichen Zustand, da die „hypnotischen“ Verhaltensweisen seiner Meinung nach auch in anderen Situationen oder Erlebensbereichen auftreten. Ebenso geht **Spanos** (1986) davon aus, dass der hypnotische Sonderzustand des Bewusstseins nicht existiert und führt Motivationsprozesse als ein wesentliches Element an, um hypnotische Trance zu erklären. **Fourie** (1994) fasst Hypnose weder als eine besondere Fähigkeit des Patienten auf, noch werde sie durch bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten hervorgerufen. Vielmehr betrachtet er den hypnotischen Zustand in einem ökosystemischen Kontext, der durch die spezifischen Kommunikationsstrukturen innerhalb des Systems Therapeut-Patient bedingt ist. Demgemäß handelt es sich um Hypnose, wenn bestimmte Verhaltensweisen in einer Situation auftreten, die übereinstimmend als „hypnotisch“ bezeichnet werden.

Diese Definitionsversuche spiegeln zum einen die bestehende Pluralität der Meinungen und Ansichten erfahrener Experten auf diesem Gebiet wider, die die Bandbreite der Interpretationsmöglichkeiten verschiedener Strömungen in der Hypnoseforschung abbilden. Zum anderen betonen sie zusätzlich die Vielschichtigkeit des Phänomens Hypnose. Denn die Problematik ergibt sich nicht nur allein durch die unterschiedlichen theoretischen Positionen. Der Begriff der Hypnose findet auch im mehrfachen Sinne Anwendung (Hypnose als Verfahren, als Erlebnisform, als Behandlungsform). Genau genommen wird darunter häufig sowohl ein veränderter Bewusstseinszustand (die hypnotische Trance) verstanden, in dem der Mensch anders als gewöhnlich reagiert, wie auch das Verfahren zur Einleitung (Induktion) dieses Zustandes (Kossak, 1997). Revenstorf (2009a) vertritt eine dem aktuellen Forschungsstand entsprechende und differenziertere Auffassung von Hypnose. Er schlägt in diesem Zusammenhang vor, unter Hypnose das Verfahren zur Induktion einer hypnotischen Trance und unter Hypnotherapie die klinische Anwendung des Verfahrens zu bezeichnen. Folglich stellt moderne Hypnotherapie ein Verfahren dar, bei dem der Klient mittels Hypnose in einen

anderen Bewusstseinszustand versetzt wird, in welchem es ihm besser als im Alltagsbewusstsein gelingt, die eigenen Ressourcen (physiologischen, emotionalen und kognitiven Reaktionsmöglichkeiten) auszuschöpfen.

„Moderne Hypnose betrachtet den Organismus als selbstorganisierenden Prozess, dem der Therapeut Anstöße zur Neuordnung geben kann, die im Wesentlichen aus den Ressourcen des Klienten ermöglicht wird. Trance stellt dafür einen Kontext bereit, in dem die gelernten Begrenzungen leichter als im Alltagsbewusstsein überschritten werden können. Hypnose liefert die Rahmenbedingungen dafür, dass dieser begrenzte Alltagskontext für den Zweck der Problemlösung verlassen werden kann“ (Revenstorf, 2009a, S. 10).

In diesem Sinne beschreibt Revenstorf (2006) die moderne Hypnotherapie als eine psychotherapeutische Behandlungstechnik, die hypnotische Trance dazu nutzt

- Verhaltensänderungen zu ermöglichen,
- gedankliche Strukturen neu zu verknüpfen,
- unproduktive Einstellungen und Haltungen zu korrigieren,
- affektive Muster zu verändern (minimieren, verstärken, neu konditionieren),
- emotional belastende Ereignisse und Empfindungen zu restrukturieren,
- physiologische/biochemische Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern.

2.3 Abgrenzung zu anderen Bewusstseinszuständen

Die hypnotische Trance stellt einen Bewusstseinszustand dar, der sich nicht nur subjektiv deutlich von Schlaf, Wachbewusstsein und Entspannung unterscheidet (Revenstorf, 2006). Das äußere Erscheinungsbild und Verhalten einer Person in Hypnose erinnert zunächst an einen schlafähnlichen Zustand. Die Augen sind meist geschlossen, der Atemrhythmus ist gleichmäßig und ruhig bis hin zu einer tiefen Bauchatmung. Körperliche Bewegungen sind dabei verlangsamt, sofern sie sich überhaupt bewegt. Die Sprache ist meist spärlich und leise und nach der Hypnose muss sich die Person erst einmal wieder – wie nach dem Schlafen – orientieren (Bongartz & Bongartz, 2000). Auch historisch gesehen wurde die Hypnose bisweilen als eine Form des Schlafes aufgefasst, wie etwa von Puységur, der den hypnotischen Somnambulismus beschrieb (lat. somnus = Schlaf; daher der Name Somnambulismus für tiefe Trance), ebenso von Braid, der Hypnose nach dem griechischen Gott des Schlafes (hypnos) benannte oder von Pawlov, der den Trancezustand als partiellen Schlaf bezeichnete (Revenstorf, 2009a). Dennoch sind Hypnose und Schlaf als voneinander zu trennende Bewusstseinszustände anzusehen, da der Zustand hypnotischer Trance hirnhypnophysologisch ein-

deutig vom Schlafzustand abgrenzbar ist, wie EEG-Ableitungen belegen. Vielmehr gleicht die hypnotische Trance häufig einem entspannten Wachzustand, in dem ein vermehrter Alpha-Rhythmus im EEG auftritt, während Schlaf durch langwellige Delta- und Theta-Wellen mit niedrigeren Amplituden charakterisiert ist (Halsband, 2009). Des Weiteren ist der Reflexstatus im Schlaf, im Gegensatz zur Hypnose, stärker reduziert (Bongartz & Bongartz, 2000). Im Vergleich zum Trancezustand zeichnet sich der normale Wachzustand durch verstärkt auftretende Beta-Wellen in der Gehirnaktivität aus (Halsband, 2009). Ergebnisse experimenteller Untersuchungen bestätigen weiterhin, dass es – anders als im Wachzustand – weder Belege für eine Steigerung von Gedächtnisfunktionen oder der muskulären Belastbarkeit noch für eine Minderung der Entscheidungsfreiheit bzw. der moralischen Urteilskraft im Zustand hypnotischer Trance gibt (Bongartz & Bongartz, 2000).

Betrachtet man die Beziehung zwischen Entspannung und Hypnose, so kann man vorerst konstatieren, dass sich beide auf der Ebene physiologischer Reaktionen entsprechen und damit vergleichbar sind. Beide weisen eine Verschiebung des autonomen Gleichgewichts von sympathikoton nach parasympathikoton auf (also eine Dämpfung des Sympathikus) mit den damit einhergehenden trophotropen Merkmalen wie verringertem Blutdruck, reduziertem Sauerstoffverbrauch, geringere Herzfrequenz, Absinken von Stresshormonen im Blut, Reduktion spontaner elektrodermalen Reaktionen etc. Hypnose ist jedoch nicht ausschließlich durch den Zustand körperlicher Entspannung definiert, da mindestens zwei Aspekte zu berücksichtigen sind, die eine Gleichsetzung von Hypnose mit Entspannung fragwürdig erscheinen lassen. Auf der einen Seite sind hypnotische Induktionen wirksam ohne mit körperlicher Entspannung einherzugehen, z.B. beim Fahren eines Fahrradergometers (Aktiv-Wach-Hypnose; Banyai & Hilgard, 1976). Das Erleben von Hypnose ist also nicht abhängig von einem körperlich entspannten Zustand, sondern ist auch bei geöffneten Augen und körperlicher Bewegung möglich. Andererseits scheint die Fähigkeit zur Tranceerfahrung zudem nicht trainierbar zu sein, wohingegen die Entspannung durch Übung vertieft werden kann (Bongartz & Bongartz, 2000).

2.4 Veränderungen unter Hypnose

Charakteristisch für den Trancezustand sind typische Veränderungen, die spontan auftreten oder durch Suggestionen hervorgerufen werden können. Diese Veränderungen nennt man hypnotische Phänomene oder auch Trancephänomene. Eine Besonderheit ist, dass Trancephänomene bestimmten psychopathologischen Phänomenen ähneln wie Katalepsie, Dissoziation, Regression oder Amnesie. Sie gleichen sich insofern, als dass sie unwillkürlich oder autonom ablaufen. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass hypnotische Phänomene kontrollierbar sind. Trancephänomene können hervorgerufen, verstärkt, abgeschwächt, moduliert und beendet werden (Peter, 2009a). Aus diesen herstellbaren und reversiblen Phänomenen ergeben sich therapeutische Einsatzmöglichkeiten, die unter anderem auch in der Therapie von Schmerzen Anwendung finden. Bei der Behandlung von Schmerzen kann die in hypnotischer Trance gesteigerte Fähigkeit zur Abspaltung von Wahrnehmungen z.B. zur Förderung einer Analgesie eingesetzt werden (Revenstorf, 2006). Ihrer Phänomenologie nach können die therapeutisch relevanten hypnotischen Phänomene grob in die folgenden vier Bereiche der Tabelle 2.4.1 eingeteilt werden:

Tabelle 2.4.1: *Therapeutisch relevante Trancephänomene*

<p>Perzeptive und sensorische Prozesse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absorption, Konzentration • Erhöhte Imaginationsfähigkeit • Dissoziation und Assoziation • Analgesie / Anästhesie • Hyperästhesie • Positive und negative Halluzination 	<p>Kinästhetische und motorische Phänomene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideomotorik • Katalepsie • Levitation • Wächserne Biogsamkeit
<p>Kognitive Phänomene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitverzerrung (time distorsion) • Posthypnotische Suggestion / Reaktion • Amnesie • Regression / Progression • Trancelogik 	<p>Physiologische Reaktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vegetative Umstellung (trophotrop) • Tonusverringernng • Durchblutungskontrolle (Vasodilatation, Vasokonstriktion) / Thermoregulation • Aktivierung des Immunsystems

(in Anlehnung an Revenstorf, 2006)

Hypnose wird seit vielen Jahrhunderten als effiziente Methode zur Beeinflussung körperlicher und psychischer Prozesse verwendet. Dabei entstehen veränderte Bewusstseinszustände und

Verhaltensweisen, die vielfältige Bereiche umfassen wie Veränderungen des Zeiterlebens, der Wahrnehmung externer Reize, der Körperwahrnehmung, motorischer, neurophysiologischer und immunologischer Prozesse, um nur einige zu nennen. Allerdings blieb die Natur der veränderten Bewusstseinszustände lange Zeit unklar (Revenstorf, 2006). Mittlerweile besteht aus neurowissenschaftlicher Perspektive Übereinstimmung darüber, dass Hypnose ein neurobiologisch bzw. hirnpfysiologisch erfassbares Korrelat darstellt (Halsband, 2009) und hypnotische Phänomene mit veränderten mentalen Verarbeitungsmechanismen einhergehen, die sich deutlich von denen des Alltagsbewusstseins, der Entspannungsreaktion und dem Schlaf unterscheiden (Revenstorf, 2008). Die hypnotische Trance aktiviert im Gehirn eine Reihe außergewöhnlicher Prozesse und Phänomene. Modernste Technik erlaubt es heutzutage, diese hirnpfysiologischen Auswirkungen zu erfassen und sichtbar zu machen und damit Hypnose als neurobiologisch nachweisbar veränderten Bewusstseinszustand zu belegen. Zu den Verfahren zählen sowohl neurophysiologische Methoden wie das Elektroenzephalogramm (EEG) als auch die funktionelle Bildgebung. Aus EEG-Ableitungen unter Hypnose ist bekannt, dass die hypnotische Trance einem entspannten Wachzustand mit erhöhter Alpha-Tätigkeit gleicht. Darüber hinaus sind dank der Einführung funktioneller bildgebender Verfahren wie der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und Einzelphotonen-Emissions-Tomographie (SPECT) differenzierte Aussagen über die veränderte Hirnaktivität möglich. Dabei zeigt sich, dass eine hypnotische Tranceinduktion zu plastischen Veränderungen im menschlichen Gehirn führt (Halsband, 2009). Mit diesem Befund gelang ein wesentlicher Durchbruch in der neuropsychologischen Erforschung der Hypnose (Revenstorf, 2006). Des Weiteren konnte nachgewiesen werden, dass in hypnotischer Trance eine verbesserte Umsetzung bildhafter Assoziationen stattfindet (Halsband, 2009), wobei unter anderem mentale Vorstellungen und Bilder verstärkt in physiologische Prozesse (Kreislauf, Immunsystem, Autonomes Nervensystem, muskuläre Abläufe) umgesetzt werden können (Revenstorf, 2008).

Viele der vom vegetativen Nervensystem gesteuerten Funktionen sind in Hypnose trophotrop umgestellt und beruhen auf einer Dämpfung des sympathischen Erregungsniveaus bei gleichzeitiger Erhöhung der parasympathischen Erregung. Dies führt zu den entsprechenden physiologischen Veränderungen autonomer Reaktionen. Hierzu zählen unter anderem die Verminderung der Atemfrequenz, die Senkung der Herzschlagrate und damit verbunden die Abnahme des systolischen Blutdruckes, Veränderungen der Körpertemperatur bei gleichzeitiger Reduktion der peripheren Durchblutung sowie eine Senkung der im Elektromyogramm erfassten Muskelaktivität (erniedrigter Muskeltonus). Im Weiteren nehmen die spontanen

elektrodermalen Reaktionen (Hautwiderstandsänderungen) ab (Bongartz, 1993; Bongartz & Bongartz, 2000). Auch das Blutbild verändert sich nachweislich nach Hypnose. Zugleich wird das Immunsystem direkt wie indirekt günstig beeinflusst. So werden unter anderem weniger Stresshormone ausgeschüttet (Reduktion des Plasmakortisols und der Katecholamine Adrenalin/Noradrenalin im Blutspiegel), womit indirekt das Immunsystem gestärkt wird. Des Weiteren kommt es zu einer Abnahme der Leukozytenzahl um ca. 20%, die über die Senkung des Katecholaminspiegels gesteuert wird und somit wiederum Einfluss auf die Haftfähigkeit der Leukozyten am Endothel (Gefäßinnenwand) nimmt, wodurch vermehrt Leukozyten an den Gefäßwänden haften bleiben. Aufgrund der vermehrten Haftung befinden sich in der Folge weniger Leukozyten in der Zirkulation und damit auch weniger in der Blutprobe. Etwa zwei Stunden nach der Hypnose wurde eine Differentialblutbildverschiebung beobachtet, dass heißt eine Zunahme von Lymphozyten und eine Abnahme von Neutrophilen (Bongartz, 1996). Damit konnte Bongartz (1993) zeigen, dass es auch zu einer direkten Steigerung der Immunbereitschaft des Organismus in hypnotischer Trance kommt, da die für die spezifische Immunabwehr wichtigen Lymphozyten (B-, T-Zellen) nach Hypnose zunehmen.

Um hypnotische Trance zu kennzeichnen, verweisen einige Autoren auf eine gesteigerte Imaginationsfähigkeit, andere betonen den Zustand des Absorbiertseins oder die Einengung der Aufmerksamkeit (Peter, 2007). So konnte unter anderem nachgewiesen werden, dass in Hypnose irrelevante Umweltreize besser ausgefiltert werden können. Versuchspersonen berichten beispielsweise nach einer Hypnose oft, störende Geräusche nicht wahrgenommen zu haben, was mit einer Aufmerksamkeitsfokussierung auf andere tatsächlich relevante Reize und Inhalte erklärt wird. Die äußere Umgebung tritt hier deutlich in den Hintergrund, um das, was im Zentrum der eingengten Aufmerksamkeit steht, umso lebendiger werden zu lassen. Aber es ist nicht nur die Lebendigkeit des Erlebens, die sich in Hypnose verändert, auch die Art und Weise des Erlebens erhält eine andere Qualität (Bongartz & Bongartz, 2000).

Die perzeptiven bzw. sensorischen Phänomene betreffen Veränderungen in der Wahrnehmung und der Wahrnehmungsverarbeitung und können nach entsprechenden hypnotischen Suggestionen bei etwa 30 - 60% der Probanden auftreten (Peter, 2009a). Hierbei handelt es sich unter anderem um hypnotische Halluzinationen (ohne pathologischen Krankheitswert) bezogen auf alle Sinnesorgane, die gewöhnlich als positiv oder negativ klassifiziert werden. Bei einer positiven hypnotischen Halluzination ist die Person in der Lage, unter Hypnose Dinge zu sehen, zu hören oder zu berühren, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind. Umgekehrt wird bei einer negativen hypnotischen Halluzination etwas real Existierendes soweit in der Wahrnehmung verändert oder ausgeblendet, dass es subjektiv von der Person als nicht

mehr vorhanden gilt (Kossak, 1997; Peter, 1993b). Relativ häufig berichten hypnotisierte Personen, vor allem während einer längeren Hypnose, über eine veränderte Wahrnehmung ihres Körpers oder ihres Körperschemas, wie z.B. über Größen- und Proportionsveränderungen (Kossak, 1997). So kann es beispielsweise geschehen, dass die Arme und Beine als länger oder kürzer wahrgenommen werden oder aber der Kopf viel größer als normal zu sein scheint. Ein Schweregefühl oder auch eine angenehme Leichtigkeit kann sich einstellen. Auch Geräusche oder die Stimme des Therapeuten können verändert wahrgenommen werden und werden teils wie aus einem Nebel von ferne her oder einer anderen Richtung kommend erlebt. Ebenso kann es sein, dass plötzlich manche Körperteile als nicht mehr vorhanden empfunden werden (Bongartz & Bongartz, 1999), denn die hypnotische Trance gilt auch als ein Zustand, der dissoziative Prozesse erleichtert. Dissoziation bezeichnet die in Trance gesteigerte Fähigkeit zur Abspaltung bzw. Trennung von psychischen Inhalten, psychophysiologischen Zuständen und Wahrnehmungen, wie z.B. das Abspalten einer Schmerzwahrnehmung. Neben der Möglichkeit der Abtrennung von negativ bewerteten Erlebnissen und Gefühlen gibt es die gegenteilige Möglichkeit der Nutzung von Assoziation. Unter Assoziation ist unter anderem die Aktivierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen zu verstehen, die als positiv und angenehm bewertet werden (Junker, 2004). Überdies gehören zu den sensorischen Phänomenen die Analgesie, Anästhesie sowie die Hyperästhesie. Hyperästhesie ist die hypnotische Fähigkeit, das Empfindungsvermögen zu verstärken (Edgette & Rowan, 2007). Anästhesie bedeutet, den Organismus dazu zu bringen, den Schmerz auszuschalten. Der Akzent liegt hier auf dem „Nicht-Spüren“. Bei der Analgesie wiederum geht es hingegen eher um das „Anders-Spüren“ des Schmerzes (Milzner, 1999). Genaueres hierzu wird in Teil 3: Hypnoanalgesie erläutert.

Neben der eingegengten Aufmerksamkeit und der veränderten Wahrnehmung des Körpers gilt als ein weiteres Kennzeichen hypnotischen Erlebens der von Orne unter der Bezeichnung „Trancelogik“ eingeführte Begriff. Dieses Phänomen beinhaltet die Fähigkeit, logische Widersprüche in Hypnose zu tolerieren und Wahrnehmungen hierbei nur geringfügig auf ihren Realitätsgehalt hin zu prüfen. Trancelogik entspricht insofern etwa dem (aus psychoanalytischer Sicht) primärprozesshaften Denken, in dem Sprache wörtlich bzw. bildlich genommen wird und kritisch rationales Denken dabei in den Hintergrund tritt (Revenstorf, 2009b). Zu den Veränderungen des Gedächtnisses und des Zeiterlebens zählen unter anderem die Amnesie, die Regression, die Progression wie auch die Zeitverzerrung. Unter hypnotischer Amnesie versteht man die zeitweise Unfähigkeit, sich an den Inhalt einer hypnotischen Sitzung oder Erfahrung zu erinnern. Sie kann nach einer Hypnose (posthypnotisch) spontan

oder auf gezielte Suggestionen hin auftreten. Suggestionen sind zentrale Bausteine hypnotherapeutischer Interventionen. Wird ein Zielverhalten suggeriert, das erst nach Beendigung der hypnotischen Trance realisiert werden soll, so spricht man von posthypnotischer Suggestion (Revenstorf, 2006). Als posthypnotische Suggestion wird demnach eine noch während der Hypnose gegebene Suggestion bezeichnet, auf die jedoch erst nach Beendigung der Hypnose, meist auf einen Hinweisreiz hin, entsprechend reagiert wird. Die Amnesie zählt zu den häufigsten Inhalten posthypnotischer Suggestionen (Peter, 1993b).

Als hypnotische Altersregression werden üblicherweise jene Prozesse bezeichnet, die ein zeitliches Zurückgehen zu Inhalten früherer Altersstufen ermöglichen (Peter, 1993b). Erfahrungen und Einzelheiten aus der Kindheit können auf diese Weise hervorgebracht werden, an die man schon Jahre oder gar Jahrzehnte nicht mehr gedacht hat, oder Gefühle werden wieder erlebt, die in Vergessenheit geraten sind. Das Gegenstück zur Altersregression ist die Altersprogression. Diese beinhaltet im Sinne einer kognitiven Konstruktion das subjektive Erleben einer gewünschten Zukunft bzw. Zielvorstellung (Edgette & Rowan, 2007).

Ein weiteres Kennzeichen der hypnotischen Erfahrung ist eine verzerrte Zeitwahrnehmung (wesentliche Verkürzung oder Verlängerung). Die in Hypnose verbrachte Zeit wird von Patienten oft deutlich unterschätzt. Daher kann die subjektive empfundene Zeit einerseits viel schneller verlaufen, so dass ein langer Zeitraum als sehr kurz erlebt wird (Zeitkontraktion). Bongartz & Bongartz (2000) berichten beispielsweise von Erfahrungen, bei denen die Dauer einer einstündigen Hypnose von Patienten mit 10 Minuten angegeben wurde. Andererseits ermöglicht es die Zeitausdehnung, die gemessene (objektiv physikalische) Zeit subjektiv als wesentlich langsamer vergehend zu erleben, als es tatsächlich der Fall ist (Edgette & Rowan, 2007; Kossak, 1997).

Die kinästhetischen und motorischen Phänomene beziehen sich auf Veränderungen der Willkürmotorik und des Muskeltonus und beinhalten unter anderem Katalepsie, Levitation (meist Armlevitation; unwillkürliches Heben der Hand oder des Armes) und *Flexibilitas cerea*, die wächserne Biegsamkeit (Peter, 2009a). Sie gehören zu den einfacheren hypnotischen Phänomenen (Peter, 1993b) und können bei etwa 60 - 90% der Probanden festgestellt werden. Um sie hervorzurufen muss in der Regel kein hypnotischer Trancezustand vorliegen, weshalb sie sich gut eignen, diesen überhaupt erst zu induzieren (Peter, 2009a). Eine der wesentlichsten Grundlagen für die kinästhetischen und motorischen Phänomene bildet die so genannte ideomotorische Bereitschaft oder Aktivität (Kossak, 1997). Dieser Vorgang wird häufig als unwillkürlich empfunden (Edgette & Rowan, 2007). Das ideomotorische Prinzip gilt als Basis aller klinisch bedeutsamen hypnotischen Reaktionsweisen und stellt die

Voraussetzung für Phänomene wie Armlevitation und Katalepsie dar. Unter Ideomotorik versteht man, dass das Wahrnehmen oder sogar Vorstellen von Bewegungen bereits minimale Mitbewegungen des relevanten Körperteils bewirkt (Chevreulscher Pendelversuch; Kossak, 1997). Die ideomotorischen Bewegungen können in Hypnose beispielsweise in Form von automatischen Fingersignalen auftreten. Mit deren Hilfe kann der Patient kommunizieren ohne sprechen zu müssen, was es ihm oft erleichtert, in einem tiefen Trancezustand zu verbleiben, während er auf diese Art nonverbal mit dem Hypnotherapeuten kommuniziert (Edgette & Rowan, 2007).

2.5 Die Effektivität der Hypnotherapie - Empirische Wirksamkeitsbelege

Hypnose gehört mittlerweile zu den therapeutischen Verfahren, deren Effektivität in wissenschaftlichen Untersuchungen gut nachgewiesen ist (Peter, 2006). Die Möglichkeiten, hypnotische Trance für therapeutische Zwecke zu nutzen, sind vielfältig. Neben einer Vielzahl medizinischer Anwendungsgebiete wie der Dermatologie, Anästhesie, Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie oder Zahnmedizin ist die Hypnose ebenso in den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie bei Verhaltensstörungen, neurotischen und psychosomatischen Problemen eingesetzt worden. So liegen etwa neben zahlreichen Kontrollgruppenstudien einige Metaanalysen vor, die die Wirksamkeit der Hypnotherapie für verschiedene psychotherapeutische und medizinische Indikationen belegen (Revenstorf, 2005a, 2009c).

Auf eine Schwierigkeit sei vorab an dieser Stelle hingewiesen. Entspannungsverfahren, Imaginationenmethoden und Hypnose werden in der empirischen Forschung oft nicht klar genug voneinander getrennt, wodurch die Wirksamkeitsunterschiede von Hypnotherapie- und Vergleichsbedingung unter Umständen nur gering ausfallen. Die Folge ist, dass der zusätzliche Nutzen, den die Hypnose in den Anwendungen erbringen würde, bei der aktuellen Lage vermutlich unterschätzt wird (Revenstorf, 2009c).

Seit Anfang 2006 gilt Hypnotherapie für die Behandlung von Erwachsenen indikationsspezifisch als wissenschaftlich anerkannte Methode. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) stellte gemäß seiner Akkreditierungsbedingungen in einem Gutachten die wissenschaftliche Anerkennung der Hypnotherapie für folgende Anwendungsbereiche fest:

- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Erkrankungen (ICD-10: F54),
- Abhängigkeit und Missbrauch (ICD-10: F1 und F55), speziell Raucherentwöhnung und Methadonentzug (Rudolf & Schulte, 2006).

In umfangreichen Recherchen zu kontrollierten Untersuchungen zur Wirksamkeit der Hypnotherapie wurden etwa 200 empirische Studien¹⁹ gefunden, darunter mindestens 60, die den gängigen Kriterien der Wirksamkeitsforschung²⁰ entsprechen. Etwa die Hälfte der Studien fällt in die Kategorie der somatischen Krankheiten mit psychischen und somatischen Einflussfaktoren (ICD-10: F54). Das ist ein Überschneidungsbereich von Psychotherapie und Medizin, in dem Hypnotherapie zur Bewältigung somatischer Störungen adjuvant eingesetzt wird. Hierunter zählen die Nebenwirkungen von Chemotherapie, Operationsschmerz und Geburtsschmerz. Dazu gehören aber auch psychosomatische Probleme wie chronischer Schmerz, Migräne und Spannungskopfschmerz, Belastungen durch Arthritis, Bluthochdruck, Tinnitus, Asthma und Allergien. Zu den psychosomatischen Problemen kann man ebenfalls Verhaltensauffälligkeiten rechnen, die mit körperlichen Symptomen verbunden sind (ICD-10: F51 und F52) wie etwa Schlafstörungen. Zur hypnotherapeutischen Behandlung von Psychosen und Persönlichkeitsstörungen liegen bislang keine Untersuchungen vor. Hingegen gibt es zahlreiche Studien zu Angststörungen und zu den somatoformen Störungen, einige zu Essstörungen. Weitere Studien liegen zur Substanzabhängigkeit vor, insbesondere die Raucherentwöhnung betreffend. Obwohl hypnotherapeutische Konzepte zu affektiven Störungen, posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS), dissoziativen Störungen und strukturellen Frühstörungen vorhanden sind, fehlen hier bisher empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit – mit Ausnahme je einer kontrollierten Studie zur PTBS, wo zusätzlich noch vier Fallstudien existieren, zur akuten Belastungsreaktion sowie zur Depression. Bei Kindern wurde Hypnose zur Linderung der Nebenwirkungen der Tumorbehandlung und bei Enuresis empirisch untersucht. Im Präventivbereich ist der erfolgreiche und gut untersuchte Einsatz von Hypnose bei der Gewichtsreduktion zu nennen, wobei die Kombination mit Verhaltenstherapie (VT) und kognitiver Therapie (KT) verbreitet ist (Revenstorf, 2006, 2009c). So belegte beispielsweise eine Metaanalyse von Kirsch et al. (1995), dass der Zusatznutzen durch eine Kombination von Hypnotherapie mit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung im Vergleich zu alleinigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei Adipositas deutlich höher ist. Ähnliches konnte auch in anderen Untersuchungen aufgezeigt werden (Revenstorf, 2009c). Demnach scheint es, dass wenn Hypnose einer Behandlung hinzugefügt wird, sich im Durchschnitt der Behandlungseffekt verstärkt (Peter, 2006). Grundsätzlich ist

¹⁹ Ausführlichere Beschreibungen der Studien und Metaanalysen sind unter anderem bei Revenstorf (2006) aufgeführt. Dort finden sich Originalarbeiten, denen Einzelheiten und die entsprechenden Quellen der Untersuchungen entnommen werden können.

²⁰ Hierzu zählen unter anderem die diagnostische Zuordnung der behandelten Störung nach ICD-10, randomisierte Zuweisung der Behandlungs- und Kontrollbedingung (Warteliste oder Vergleichsbehandlung), valide Erfolgsmessung, hinreichend langer Katamnesezeitraum und Stichprobengröße (Revenstorf, 2005b, 2009c)

die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie mit Hypnose seit geraumer Zeit eine Selbstverständlichkeit. Gleichzeitig sollen in diesem Zusammenhang die Ergebnisse einer Befragung von klinischen Hypnotherapeuten hervorgehoben werden, die verdeutlichen, dass Hypnotherapeuten durchschnittlich vier therapeutische Aus- und Weiterbildungen abgeschlossen haben. Im Allgemeinen handelt es sich hierbei um Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren, Gesprächstherapie, systemische Therapie und Gestalttherapie. Diese Therapieformen gelten also vermutlich als häufig mit Hypnose kombiniert (Revenstorf, 2009c).

Insgesamt zeichnen sich einige Schwerpunkte der bisherigen Forschung zur Wirksamkeit der Hypnotherapie ab. Im Suchtbereich hat sich die Raucherentwöhnung mit Hypnose als am besten untersucht und besonders erfolgreich erwiesen. Patienten mit Alkohol- und Opiatmissbrauch könnten ebenfalls in Verbindung mit sozialtherapeutischen Maßnahmen von Hypnotherapie profitieren. Bei den Angststörungen wurden bisher vorwiegend Objektphobien und Prüfungsangst untersucht, obwohl Zwänge, Agoraphobien und Panikstörungen ebenso hypnotherapeutisch behandelbar sind. Neben dem Bereich der Psychosomatik liegt ein weiterer Schwerpunkt der Hypnotherapie in der Medizin, in der sich die Hypnose adjuvant prä-, intra- und postoperativ zur Schmerz- und Angstbewältigung als nicht-invasives Verfahren als nützlich erweist (Revenstorf, 2009c).

2.6 Empirische Belege zur hypnotischen Schmerzkontrolle

Die Behandlung von Schmerzen ist eine traditionelle Indikation für Hypnotherapie und zählt zu ihren wichtigsten Anwendungsgebieten (Revenstorf, 2009c). Seit den Zeiten Mesmers, Ende des 18. Jahrhunderts, drehte sich die Auseinandersetzung mit dem Phänomen des hypnotischen Zustands um die Frage, ob Hypnose ein „wirklich veränderter“ Bewusstseinszustand ist oder ob sich die Probanden bzw. Patienten den Effekt nur „einbilden“ oder ihn gar vorspielen. In Hinblick auf Schmerz stellt sich somit die Frage, ob die berichtete Schmerzreduktion nur das Ergebnis von Compliance darstellt oder auf einer nachweisbaren physiologischen Grundlage beruht (Peter, n.d.). Speziell in der Schmerzforschung der letzten 20 Jahre wurden vermehrt klinische Studien durchgeführt, die den Effekt der Hypnose im Vergleich zu anderen medizinischen und psychologischen Maßnahmen untersuchen (Peter, 2007; Revenstorf, 2005a).

2.6.1 Laborstudien²¹

Die systematische Erforschung der hypnotischen Schmerzkontrolle wurde seit 1960 vor allem durch den Lerntheoretiker Hilgard in Stanford angeregt und betrieben (Peter, 2007). Diesen Studien gingen zunächst umfangreiche Untersuchungen zur Hypnotisierbarkeit bzw. Suggestibilität voraus, die eine Normalverteilung der Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit feststellten. Demnach gibt es nur wenige nicht hypnotisierbare Personen, eine große Bandbreite mehr oder weniger hypnotisierbarer und eine ebenfalls geringe Anzahl hochsuggestibler Personen. In weiteren experimentellen Untersuchungen wurde deutlich, dass der Erfolg hypnotischer Schmerzkontrolle von der Hypnotisierbarkeit beeinflusst wird. So zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen den gemessenen Suggestibilitätswerten und der erzielten hypnotischen Analgesie. Die Relevanz der Hypnotisierbarkeit erwies sich in vielen Studien zumindest für den sensorischen Anteil akuter Schmerzen als stabile Größe. Genauer heißt das, je höher die Hypnotisierbarkeit, umso größer die erzielte Schmerzlinderung. Für den affektiven Schmerzanteil hingegen scheint die Hypnotisierbarkeit keine so große Rolle zu spielen. Peter (2007) berichtet unter anderem von einer von Hilgard durchgeführten Untersuchung, in der 67% der hochsuggestiblen Versuchspersonen ihre Schmerzen um 33% oder mehr reduzieren konnten, während dies nur 13% der geringsuggestiblen vermochten. Umgekehrt erzielten 7% der Hochsuggestiblen, aber 56% der Geringsuggestiblen weniger als 10% Schmerzreduktion. Diese Ergebnisse konnten mehrfach sowohl für den experimentellen als auch für den klinischen Bereich bestätigt werden.

Dass Hypnose zur Entspannung allein, also ohne spezifische Analgesiesuggestionen, den induzierten Laborschmerz nicht oder nicht wesentlich reduziert, sondern dass spezifische Analgesiesuggestionen dazu gegeben werden müssen, konnte ebenfalls in verschiedenen Experimenten nachgewiesen werden. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass Entspannung und Angstreduktion allein nur einen unerheblichen schmerzreduzierenden Effekt besitzen. Daraus lässt sich schließen, dass Hypnose besser als Entspannung wirkt. Es gibt zudem einige Autoren, die Entspannung zur hypnotischen Analgesie gänzlich für unnötig halten, denn Analgesiesuggestionen wirken auch dann, wenn sie innerhalb einer so genannten Aktiv-Wach-Hypnose gegeben werden. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem auch die Frage kontrovers diskutiert, ob die Induktion einer hypnotischen Trance die Wirksamkeit von Analgesiesuggestionen erhöht oder ob Wachsuggestionen, also Suggestionen, die ohne die

²¹ Laborstudien verwenden künstlich induzierten Schmerz, der hauptsächlich durch das Eintauchen der Hand und des Unterarms in Eiswasser (cold pressor test) oder die Behinderung der Blutzirkulation im Arm durch Abbinden des Oberarms bei gleichzeitiger muskulärer Anspannung der Hand (ischemic pain) erzeugt wird, vereinzelt auch durch elektrische Stimulation (Peter, 2007).

Induzierung einer hypnotischen Trance gegeben werden, ausreichend sind. Einige Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass eine formale Tranceinduktion die Analgesiesuggestionen nicht wesentlich verbessert, wenn nur spezifisch-motivierende Suggestionen gegeben wurden. Hingegen spielte die Suggestibilität auch hier eine erhebliche Rolle (Peter, 2007). In einem von Hilgard (1977) berichteten Experiment konnten beispielsweise auch geringsuggestible Versuchspersonen ihre Laborschmerzen um ca. 20% allein durch Wachsuggestionen reduzieren und unterschieden sich nur unwesentlich von den Hochsuggestiblen. Unter der Hypnosebedingung – d.h. zuerst wurde die Hypnose induziert und dann wurden die Analgesiesuggestionen gegeben – konnten die Hochsuggestiblen ihre Schmerzreduktion auf etwa 75% verbessern, während die geringsuggestiblen Versuchspersonen keine weiteren Verbesserungen erzielen konnten. Das verdeutlicht wiederum, dass für Hochsuggestible, nicht aber für gering Suggestible ein formales klassisches Hypnoseritual einen zusätzlichen Gewinn bringt (Peter, 2007).

Des Weiteren konnten McGlashan et al. (1969) in einer Untersuchung belegen, dass sich die hypnotische Analgesie wesentlich von einem bloßen Placeboeffekt unterscheidet. So erhöhten alle Versuchspersonen auf ein als hochwirksames Analgetikum angepriesenes Placebo hin sowohl ihre Schmerzschwelle als auch ihre Schmerztoleranzgrenze bei Ischämieschmerzen²². In der eigentlichen Hypnosebedingung aber reagierten die Hochsuggestiblen signifikant besser auf Analgesiesuggestionen als die geringsuggestiblen Versuchspersonen, die ihre in der Placebobedingung erzielten Werte kaum verbessern konnten. Hypnose ist demnach mehr als eine bloße Placeboreaktion (Peter, 1990).

Weitere Ergebnisse konnten aufzeigen, dass die affektive Komponente des Schmerzerlebens, das subjektive Leiden, auch bei weniger Suggestiblen ohne Hypnose reduziert werden kann, wahrscheinlich durch Entspannung, Angstreduktion und Ablenkung der Aufmerksamkeit. Die sensorische Schmerzkomponente kann dagegen in der Regel nur bei Hochsuggestiblen mittels Analgesiesuggestionen erleichtert werden. Dies konnte auch von Rainville et al. (1999) bestätigt werden. In einer Untersuchung von Rainville et al. (1997) konnte gezeigt werden, dass die beiden Komponenten des Schmerzes im Gehirn an unterschiedlichen Stellen lokalisiert sind. Durch entsprechende Suggestionen in Hypnose, die spezifisch nur auf eine Reduzierung der affektiven Schmerzkomponente zielten, konnte bei Hochsuggestiblen die Aktivität im vorderen Gyrus cinguli signifikant erniedrigt werden, während sie im primären somatosensorischen Kortex (Gyrus postcentralis) gleich blieb. Darüber hinaus konnten Kiernan et al. (1995) nachweisen, dass auch periphere Schmerzparameter mit Hilfe hypnotischer Analgesie

²² Schmerzen aufgrund einer Minderdurchblutung oder völligen Unterbrechung der arteriellen Durchblutung

beeinflusst werden können. In ihrer Untersuchung waren unter hypnotischer Analgesie nicht nur der affektive Schmerzanteil um 40% und der sensorische um 30% reduziert, sondern auch ein spinaler nozizeptiver Reflex signifikant um 20%. Damit konnte belegt werden, dass sowohl die affektive als auch die sensorische Komponente des Schmerzes beeinflusst werden können (Peter, 2007).

Auf der Grundlage der vorangestellten Experimentalergebnisse lässt sich nach Peter (2007) zusammenfassend feststellen, dass Hypnose besser als Entspannung wirkt und mehr als eine Placeboreaktion ist. Die Hypnotische Trance ist insbesondere für hochsuggestible Schmerzpatienten hilfreich. Des Weiteren beeinflusst Hypnose die affektive und sensorische Schmerzkomponente. Zudem hat die Hypnotisierbarkeit einen Einfluss auf den Erfolg hypnotischer Schmerzkontrolle, zumindest in Bezug auf die sensorische Schmerzkomponente.

Dennoch sollten die Befunde zum Laborschmerz aus verschiedenen Gründen nicht vorbehaltlos auf klinische Schmerzen übertragen werden, wie Hoppe (1986) hervorhebt, denn zum einen wird in Laborstudien nur kurzzeitiger und „relativ schwacher“ Schmerz induziert, während es sich bei klinischen Fällen oftmals um lang anhaltende, chronische und schwere Schmerzzustände handelt. Zum anderen vernachlässigen Laboruntersuchungen eher die reaktive Komponente, wie z.B. die mit klinischen Schmerzen häufig verbundene Angst und Bedrohung.

2.6.2 Klinische Studien

Es liegt eine Fülle klinischer Arbeiten und gut kontrollierter Studien zur hypnotischen Schmerzkontrolle vor wie etwa zu Operationsschmerzen, Verbrennungsschmerzen, Tumorschmerzen, Geburtsschmerzen, Phantomschmerzen, Fibromyalgie, Kiefergelenksschmerzen, Migräne, Spannungskopfschmerzen, rheumatoider Arthritis und Schmerzen beim Zahnarzt. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Studien, die die Wirksamkeit der Hypnotherapie als adjuvante Maßnahme zur Behandlung der Schmerzen bei unterschiedlichen körperlichen Erkrankungen untersuchen (Peter, 2005; Revenstorf, 2005a). Nachstehend werden einige Studien, die vom WBP als wissenschaftlich anerkannt gelten, exemplarisch angeführt und kurz skizziert (Revenstorf, 2006; Rudolf & Schulte, 2006).

Faymonville et al. (1997) untersuchten in einer kontrollierten Studie die Effektivität der Hypnose als adjuvante Maßnahme im Rahmen einer konventionellen Lokalanästhesie zur Schmerzbewältigung während einer Operation. 60 Patienten, die sich einer plastischen Operation unterzogen, erhielten während des Eingriffs entweder zusätzlich eine hypnotherapeutische Intervention (Experimentalgruppe) oder wurden lediglich mit Entspannungsmetho-

den vertraut gemacht (randomisierte Kontrollgruppe). Beide Behandlungsformen wurden vom selben Anästhesisten durchgeführt. Es zeigte sich, dass sowohl die Angst als auch das subjektive Schmerzempfinden während und nach der Operation in der mit Hypnose behandelten Gruppe signifikant geringer waren als in der Kontrollgruppe. Darüber hinaus benötigten die zusätzlich mit Hypnose behandelten Patienten weniger Lokalanästhetika für den Eingriff, berichteten über mehr intraoperative Kontrolle und weniger postoperative Übelkeit und Erbrechen. Ebenso waren die Vitalwerte der Experimentalgruppe stabiler und das allgemeine subjektive Wohlbefinden der Patienten dieser Gruppe höher.

Die Studie von Patterson et al. (1992) belegt die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Verbrennungsschmerz. 30 stationäre Patienten mit starken Verbrennungsschmerzen erhielten hier spätestens am dritten Tag nach ihrem Unfall entweder eine analgetisch wirkende hypnotherapeutische Intervention (Experimentalgruppe), bloße Aufmerksamkeit und Informationen über Schmerz und Schmerzkontrolle (Kontrollgruppe 1) oder lediglich die üblichen Interventionen ohne zusätzliche Behandlungen (Kontrollgruppe 2). Nur die Patienten der Hypnosegruppe berichteten nach der Behandlung über eine signifikante Schmerzreduktion. Die Aussagen der betreuenden Pfleger deckten sich nahezu vollständig mit denen der Patienten. Im Prä-Post-Vergleich war der Unterschied der Fremdeinschätzung ebenfalls signifikant. Hingegen zeigten beide Kontrollgruppen keinerlei Veränderungen.

In einer weiteren kontrollierten Studie verglichen Spinhoven et al. (1992) über einen Zeitraum von sechs Monaten Hypnose, autogenes Training und eine Warteliste-Kontrollgruppe, deren Teilnehmer (n = 56) unter chronischem Spannungskopfschmerz litten. Beide Behandlungsgruppen waren der Warteliste-Kontrollgruppe hinsichtlich der Verringerung des Kopfschmerzes und subjektiv damit verbundenen Stresses signifikant überlegen. Das Gleiche gilt ebenfalls für die wahrgenommene Schmerzkontrolle. Bis zum Katamnesezeitpunkt (sechs Monate) blieb die Behandlungswirkung unverändert, wobei Hypnose und autogenes Training sich nicht in der Wirkung unterschieden.

In der Studie von Anderson et al. (1975) wurden 47 Migränepatienten randomisiert auf zwei Behandlungsgruppen aufgeteilt. Eine Gruppe wurde rein medikamentös mit Stementil® über einen Ein-Jahres-Zeitraum behandelt, während die Personen der anderen Gruppe eine über sechs Sitzungen andauernde hypnotherapeutische Intervention erhielten. Obwohl in beiden Gruppen vor der Behandlung keinerlei Unterschiede in der Art und Ausprägung bestand, zeigte die Hypnosegruppe im Vergleich zur medikamentös behandelten Gruppe eine hoch signifikante Verringerung der Anzahl der Migräneattacken insgesamt und insbesondere der schweren Attacken. Die mit Hypnose behandelte Gruppe erzielte zudem signifikant bessere

Langzeitergebnisse. Am Ende des Katamnesezeitraumes nach einem Jahr erreichten 10 der 23 Personen in der Hypnosegruppe eine vollständige Remission, während dies in der medikamentös behandelten Gruppe lediglich bei drei der insgesamt 24 Personen diagnostiziert wurde.

Syrjala et al. (1992) konnten die Effektivität der Hypnotherapie zur Behandlung der Schmerzen bei Krebspatienten belegen. In dieser Studie wurden 67 Patienten, die sich aufgrund einer Tumorerkrankung einer Knochenmarktransplantation unterziehen mussten, zufällig unter randomisierten Bedingungen vier Behandlungsgruppen zugeteilt: (1) Hypnose, (2) kognitiv-behaviorales Verhaltenstraining, (3) Gesprächskontakt mit dem Therapeuten und (4) nur konventionelle medizinische Behandlung. Die Gruppen 1 bis 3 erhielten jeweils zwei Behandlungssitzungen vor der Transplantation und zehn Sitzungen danach. Die Auswertung der Daten während und nach der jeweiligen Intervention ergab, dass sich die Gruppen in Bezug auf die meisten abhängigen Variablen (typische Symptome der Chemo- und Strahlentherapie im Anschluss an Knochenmarktransplantationen wie beispielsweise Übelkeit) kaum unterschieden. In der mit Hypnose behandelten Gruppe sank hingegen die durchschnittliche Schmerzwahrnehmung signifikant ab. Die Autoren schließen daraus, dass Hypnose die wirksamste Therapie darstellt, um die extrem starken und hartnäckigen Schmerzen im Verlauf einer Krebstherapie zu lindern.

Auch zur Behandlung von Fibromyalgie konnte eine kontrollierte Studie von Haanen et al. (1991) den positiven Effekt der Hypnotherapie auf die vom Patienten subjektiv wahrgenommene Symptomatik aufzeigen. Von den insgesamt 20 Patienten erhielt eine Teilgruppe (randomisiert zugeordnet) eine hypnotherapeutische Behandlung, während die andere Teilgruppe mit einer physikalischen Therapie behandelt wurde. Die Outcome-Messung erfolgte nach 12 bzw. 24 Wochen. In der Analyse der Daten zeigte sich, dass die physikalisch behandelte Gruppe der Hypnosegruppe hinsichtlich der meisten (subjektiven) Symptome wie morgendliche Steifheit der Glieder, Muskelschmerz und Ermüdung nach dem Aufstehen signifikant unterlegen war. Hingegen veränderte sich das objektive Maß zur Ausprägung der Fibromyalgie – der „Total Myalgic Score, TMS“ – in beiden Gruppen nicht.

Whorwell et al. (1984) untersuchten in ihrer kontrollierten Studie die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei der Behandlung des Reizdarmsyndroms an 30 Patienten. Zum einen zeigte sich im Prä-Post-Vergleich eine signifikante Verbesserung durch hypnotherapeutische Interventionen. Zum anderen war die mit Hypnose behandelte Gruppe einer Placebo-Wartegruppe bezüglich sämtlicher abhängiger Variablen der Studie überlegen. Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen fielen hinsichtlich des Unterleibschmerzes, der Stuhlganggewohn-

heiten, der Aufblähung des Unterleibs sowie des subjektiven Wohlbefindens zugunsten der mit Hypnose behandelten Gruppe aus. Eine Drei-Monats-Katamnese ergab darüber hinaus, dass kein Patient aus der Hypnosegruppe einen Rückfall erlitt.

2.6.3 Metaanalysen

Ebenso zeigen Metaanalysen auf, dass eine große Anzahl an systematischen empirischen Untersuchungen zur Effektivität der Hypnotherapie vorliegt (Revenstorf, 2009c).

Bereits 1994 stellten Grawe et al. (1994) in ihrer Metaanalyse eine gute Wirksamkeit der Hypnotherapie bei Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden fest.

In der Metaanalyse zur hypnotischen Behandlung von Schmerzen von Montgomery et al. (2000) wurden anhand von 18 Studien mit 933 Patienten eine durchschnittliche Effektstärke von $d = 0,74$ (nach Stichprobengröße gewichtet entspricht dies $d = 0,67$) errechnet, was einer mittleren Effektstärke entspricht. 29% der Untersuchungen zeigten eine Effektstärke von über 1,00. In einer weiteren Metaanalyse untersuchten Montgomery et al. (2002) die Effektivität von Hypnose als Zusatzintervention bei chirurgischen Eingriffen. Aus 20 kontrollierten Studien mit 1624 Patienten errechneten sie eine gewichtete Effektstärke von $d = 1,20$ (starker Effekt). Die mit Hypnose zusätzlich behandelten Patienten hatten ein besseres Ergebnis als 89% der nicht hypnotisch behandelten Kontrollpatienten hinsichtlich negativer Affekte wie Angst oder Depression, subjektive Schmerzeinschätzungen durch Patienten und Pflegepersonal, Schmerzmedikation, physiologische Indikatoren wie Blutdruck oder Katecholaminspiegel, Rekonvaleszenz und Dauer des Eingriffs.

Bongartz et al. (2002) errechneten in ihrer Metaanalyse gesondert für 19 aus insgesamt 43 randomisierten klinischen Studien, in denen Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen eingesetzt wurde, eine Effektstärke von $d = 0,38$ (schwacher Effekt).

Dieser Überblick über experimentelle und klinische Studien zeigt, dass sich die psychologische Schmerzbehandlung mit hypnotherapeutischen Interventionen gegenüber einer solchen ohne Hypnose zumindest als gleichrangig, vorwiegend jedoch auch als überlegen erwiesen hat (Seemann, 2009). Diese Befunde lassen die Schlussfolgerung zu, dass Hypnose eine effektive und erfolgreiche Behandlungsform zur Schmerzkontrolle darstellt (Kossak, 1997). Darüber hinaus deuten all diese Ergebnisse darauf hin, dass die Berichte hypnotischer Versuchspersonen über die subjektiv empfundene Schmerzreduktion nicht nur auf Compliance basieren und vorgetäuscht sind, sondern dass das Phänomen der Hypnoanalgesie das Ergebnis zentraler und peripherer physiologischer Veränderung ist (Peter, n.d.).

Teil 3: Hypnoanalgesie

„Eines nachts, als mich die Schmerzen wieder nicht schlafen ließen, half ich mir mit einem alten Mittel, sich auf ein gedankliches Objekt zu konzentrieren, ... auf diese Weise war es mir möglich, meine Aufmerksamkeit so weit vom Schmerz abzuwenden, daß dieser bald gelindert war. Jedesmal, wenn die Schmerzattacken wieder auftreten und mich um den Schlaf bringen, finde ich diese Art der Medizin überaus nützlich“

(Immanuel Kant, Gesammelte Schriften)

3.1 Klinische Hypnose in der Schmerzbehandlung

Einer der großen Indikationsschwerpunkte von Hypnose und Hypnotherapie war und ist immer noch der Schmerz. Hypnose gehört zu den ältesten Techniken der psychologischen Schmerzkontrolle und ist als ein nicht-invasives Verfahren (Revenstorf, 2005a) anscheinend besonders geeignet, Veränderungen auf der Ebene der unwillkürlichen Reaktionen und des subjektiven Erlebens herbeizuführen (Hoppe, 1993a). Bis zur Einführung des Äthers 1846, des Chloroforms 1847 und weiterer chemischer Anästhetika in den folgenden Jahren stellte Hypnose zumeist eines der wenigen wirksamen Analgetika dar. Es gibt eine Reihe von frühen, erstaunlichen Berichten über die mesmerische bzw. die später so genannte hypnotische Schmerzkontrolle. Nach Gravitz wurde die erste dokumentierte Anästhesie unter Hypnose 1829 von einem Pariser Chirurgen bei einer Mastektomie durchgeführt. Des Weiteren berichtete der Engländer Elliotson (1843) über mehrere unter Hypnose schmerzlos durchgeführter Operationen, ebenso der Schotte Esdaile (1846), der die Methoden des Mesmerismus als einziges Anästhetikum bei Operationen einsetzte (siehe Punkt 2.1). Auch später wurde die hypnotische bzw. suggestive Schmerzkontrolle noch erwähnt, verlor jedoch zunehmend an Bedeutung und trat mehr und mehr in den Hintergrund. Nachdem die Hypnoanalgesie und -anästhesie Mitte des 19. Jahrhunderts dann vorerst verdrängt wurde und keine besondere Rolle mehr in der Schmerzbehandlung spielte, begann man im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts – mit dem Aufschwung und der Renaissance der Hypnose – auch ihre analgetische Wirkung wieder neu zu entdecken, zu erforschen und in der klinischen Praxis wieder verstärkt anzuwenden (Peter, 1997, 2002).

3.2 Zur Anwendung hypnotischer Schmerzkontrolle

Entsprechend dem heute immer noch vorherrschenden Missverständnis über die Natur der Hypnose wird häufig unter hypnotischer Schmerzkontrolle ein bloßes „Wegsuggerieren“ des Schmerzes verstanden (Peter, 2005). Es bestehen viele Vorurteile und unrealistische Erwartungen über die hypnotische Trance und ihre Erfolge und Möglichkeiten in der Schmerzbehandlung. Die Erwartung nach einer völligen Schmerzfreiheit möglichst schon ab der ersten Sitzung stellt bei manchen Patienten oftmals das größte Problem dar. Diese Erwartung ist vielfach gepaart mit dem gängigen laienhaften Bild der Hypnose und ihren realen Möglichkeiten wie etwa: „Wenn ich hypnotisiert werde, verliere ich mein Bewußtsein, und dann macht der Hypnotiseur auf eine geheimnisvolle Art und Weise etwas bestimmtes mit meinem Unbewußten, so daß ich nachher schmerzfrei bin“ (Peter, 1986, S. 37). Doch die alltägliche Realität sieht etwas anders aus, denn nicht immer gelingt eine vollkommene Schmerzfreiheit, fast immer aber eine Schmerzlinderung oder –kontrolle (Peter, 1986). Viele Autoren vertreten zudem die Meinung, dass eine vollständige Befreiung vom Schmerz weder notwendig noch immer möglich sei (Revenstorf, 1988). Das wiederum entspricht in einigen Fällen nicht den Erwartungen, mit denen Schmerzpatienten zu Hypnosetherapeuten kommen. Gleichwohl bedürfen die kognitiven, emotionalen und verhaltensmäßigen Umstellungsprozesse, die einer echten und dauerhaften Analgesie zugrunde liegen, bei den meisten Patienten der Einübung, des Trainings und zumeist auch – bei irreversiblen Schäden – der ständigen Wiederholung ein Leben lang. Ein prominentes Beispiel hierfür war Milton H. Erickson. Nach seiner zweiten Polioerkrankung behielt er medizinisch nicht behandelbare Schmerzzustände zurück, die sich bis zu seinem Tode fortwährend verschlimmerten. Dennoch war er bis wenige Tage vor seinem Tod beruflich aktiv. Anfangs genügte eine kurze morgendliche Selbsthypnose um für den restlichen Tag schmerzfrei zu sein. In späteren Jahren musste Erickson hingegen mehrmals am Tag die immer stärker werdenden Schmerzen selbsthypnotisch behandeln (Peter, 1986).

Jeder macht im Laufe seines Lebens unzählige Erfahrungen, die zur Entwicklung von Gewohnheiten und Strategien führen, mit Schmerz umzugehen. Aufgrund seiner Vielgestaltigkeit ist das Erleben des Schmerzes inter- und intraindividuell außerordentlich variabel. Genau darin liegt nach Erickson auch die Möglichkeit der Schmerzbeeinflussung, denn Hypnose kann einen Zugang bieten, die Variationsmöglichkeit des Schmerzerlebens zu nutzen. Ist eine Person beispielsweise momentan auf eine bestimmte Schmerzwahrnehmung fixiert, so kann sie sich in Trance von dieser Fixierung lösen und sich an andere Erlebensmöglichkeiten und Erfahrungen der Schmerzverarbeitung erinnern (Revenstorf, 1988). Melzack und Wall (1965)

beschreiben die Wirkung von Hypnose bei Schmerzen folgendermaßen: „Sie verändert die Art und Weise, wie man Schmerzen fühlt. Sie können den Bereich ausschalten, der sich schrecklich und unangenehm anfühlt, und doch können Sie den Schmerz immer noch wahrnehmen und beschreiben – wo er ist und was er ist, ohne die Beschwerden zu spüren.“ (Melzack & Wall, 1965; zitiert nach Alman, 2006, S. 261)

Als psychologische Methode ist Hypnose in der Lage, die Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen zu verändern und zwar nicht nur die Wahrnehmung im Hinblick auf den eigenen Körper, sondern auch in Bezug auf Zeit, Raum und Sinneseindrücke (Peter, 2002). Hypnose richtet sich folglich immer auf eine Veränderung von Aspekten des Erlebens, die als subjektive Realitäten vom Individuum zunächst nicht in Frage gestellt werden, die aber objektiv mehrere Sichtweisen zulassen. Gemeint sind unter anderem die affektive Bewertung eines Reizes, die Aufmerksamkeit, die ein Reiz verdient, die Bedeutung, die ein Reiz hat oder die Notwendigkeit auf einen Reiz zu reagieren. Was ist lang oder kurz? Eine Minute oder eine halbe Stunde (Revenstorf, 1988)?

Wie gut und wie schnell der einzelne Patient seine persönliche Art der hypnotischen Schmerzkontrolle lernt, ist abhängig von der Art und Schwere seiner Schmerzen, seiner grundsätzlichen Lernfähigkeit und –bereitschaft, von seiner Suggestibilität, und nicht zuletzt von den Fähigkeiten des Therapeuten und von vielen anderen Faktoren mehr (Peter, 1986).

Hypnose wird sowohl bei akuten wie auch bei chronischen Schmerzen, bei organischen Schmerzzuständen oder aber psychosomatischen und somatoformen Schmerzen eingesetzt. Grundsätzlich lassen sich hier zwei klinische Anwendungsformen unterscheiden: eine symptombezogene Anwendung, die am Schmerzerleben ansetzt und auf Schmerzbewältigung abzielt, und eine problembezogene, die an schmerzaufrechterhaltenden Problemen ansetzt und Problembewältigung zum Ziel hat. Je nachdem welches Erscheinungsbild vorliegt, wird man demgemäß ein symptombezogenes, ein problembezogenes oder ein gemischtes Vorgehen wählen. Damit wird deutlich, dass einer hypnotischen Schmerztherapie in jedem Fall sowohl eine medizinische als auch eine psychologische Diagnostik im Sinne einer Verhaltens- oder Problemanalyse in Bezug auf die Schmerzen vorausgehen sollte (Hoppe, 1993a), da Schmerzen auch andere Krankheitsprozesse begleiten oder eben psychologische Funktionen beinhalten können (Revenstorf, 1988).

Die hypnotischen Techniken zur Schmerzkontrolle sind zwar zeitintensiver als chemische Analgetika bzw. Anästhetika, jedoch bieten sie eine Reihe von Vorteilen. So gibt es beispielsweise zahlreiche Patienten und Krankheitsbilder, bei denen Analgetika aus verschiedensten Gründen nicht angewandt werden dürfen, unwirksam sind oder mit schweren

Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen behaftet sind (Peter, 1986). Hingegen hat die Hypnose im Gegensatz zu vielen analgetisch wirksamen Medikamenten in der Regel keine Nebeneffekte, führt nicht zum Medikamentenmissbrauch oder zur Abhängigkeit und ruft zudem keine allergischen Reaktionen auf das Betäubungsmittel hervor (Revenstorf, 1988). Darüber hinaus verkürzt sich nachweislich der Heilungsprozess wie auch die postoperative Rekonvaleszenz. Die Wunde heilt nach dem Eingriff schneller, komplikationsfreier und es gibt kaum Nachschmerzen, da auch diese suggestiv vermindert werden können. Häufig benötigen die Patienten auch eine geringere Medikamentendosis. Hervorzuheben ist ebenfalls die positive Wirkung der Hypnose auf das subjektive Erleben der Patienten. Angst- und Schmerzsymptomatik können gleichermaßen positiv beeinflusst werden (Revenstorf, 2005a).

3.3 Symptom- und problembezogene Hypnotherapie

Seit die Hypnose nicht mehr als reine Suggestivtherapie verstanden wird, kann man vereinfachend zwischen symptomorientierter und problemorientierter Hypnose bzw. Hypnotherapie unterscheiden (Hoppe, 1993b).

3.3.1 Symptomorientiertes Vorgehen

Ein symptomorientiertes Vorgehen ist vor allem dann angebracht, wenn es sich um akute Schmerzen oder andere umschriebene Schmerzzustände klarer organischer Genese handelt (Peter, 2005). Die hypnotische Analgesie ist in diesem Fall rein symptombezogen und allein darauf konzentriert, die Schmerzen selbst und vor allem auch die Angst davor zu reduzieren (Peter, 2007). Die üblichen psychotherapeutischen Aspekte in der Behandlung wie z.B. verdrängte Ätiologie, Psychodynamik, Übertragung und Gegenübertragung müssen nicht primär in Betracht gezogen werden. Hier zielt die hypnotherapeutische Behandlung auf eine direkte momentane Schmerzreduktion ab wie etwa bei Zahnbehandlungen, Knochenmarkpunktionen oder Verbrennungen (Peter, 2005). Symptombezogene Strategien setzen also, unter Vernachlässigung schmerzaufrechterhaltender Probleme, direkt am Schmerzerleben an und versuchen dieses zu beeinflussen (Hoppe, 1993a). Solche Interventionen sind meist auf die Dauer des Eingriffs begrenzt. Erfahrungsgemäß kann bei derartigen Schmerzen eine effektive Angstreduktion allein schon einen bedeutenden schmerzreduzierenden Effekt erbringen (Peter, 2007). Die Strategien einer symptomorientierten Vorgehensweise können kognitiver oder sensorischer Art sein. Im ersten Fall wird in Hypnose versucht, schmerzunverträgliche Einstellungen, Erinnerungen oder innere Bilder hervorzurufen und so über die kognitive

Ebene eine Empfindungsveränderung zu erreichen. Beispiele für solche Strategien sind Amnesie oder Dissoziation, aber auch therapeutische Metaphern sind hier einzuordnen. Sensorische Strategien setzen dagegen auf der Empfindungsebene an, indem beispielsweise Taubheit oder ein Wandern des Schmerzes suggeriert wird. Analgesie, Verschiebung und Substitution werden häufig als sensorische Strategien durchgeführt, wenngleich auch hier der Umweg über innere Bilder und deren Transformation möglich und oft auch sinnvoll ist (Hoppe, 1993a). Zusätzlich sollte ein spezifisches Signalsystem etwa in Form von Fingerbewegungen oder einer Armlevitation etabliert werden, über welches die jeweilige Tiefe der vorhandenen Analgesie nonverbal mitgeteilt werden kann, damit der Arzt in der medizinischen Behandlung innehalten und dem Patienten gestatten kann, in Ruhe z.B. eine leichter gewordene Analgesie wieder zu vertiefen (Peter, 2007).

3.3.2 Problemorientiertes Vorgehen

Bei chronischen Schmerzen unklarer Genese ist hingegen ein problemorientiertes Vorgehen angezeigt, das oftmals bereits anhand der Anamnese und der Geschichte der Behandlungsversuche zu erkennen ist (Peter, 2007). An dieser Stelle ist eine umfassendere psychotherapeutische Behandlung angezeigt, die nicht nur das Symptom, sondern auch schmerzaufrechterhaltende Bedingungen berücksichtigt. Natürlich spielen auch hier hypnotische Techniken und hypnotische Trance eine Rolle (Peter, 2005). Doch nicht immer kann man gleich mit einer problemorientierten Behandlung beginnen, denn es kann sein, dass dem Patienten unter Umständen die Problemeinsicht fehlt, wie es bei somatoformen Störungen häufig der Fall ist, oder dass das Ausmaß der Schmerzen ohnehin jede kognitive Arbeit unmöglich macht. Im Zweifel sollte man deshalb durchaus symptomorientiert beginnen, um eine gewisse Schmerzkontrolle mit direkten und indirekten hypnotischen Methoden zu erreichen, um dann zu einer problemorientierten Arbeitsweise überzuleiten (Peter, 2007). Im problembezogenen Ansatz wird Hypnose genutzt, um Lösungen für die bestehenden Probleme zu erarbeiten (Hoppe, 1993a). Hier sollen also die Probleminhalte bearbeitet werden, die für die Symptombildung relevant sind (Hoppe, 1993b), was – oft entgegen den Erwartungen – die aktive Mitarbeit des Patienten, und sei es nur durch regelmäßige Selbsthypnose, erfordert und eine intensive Schmerzanalyse hinsichtlich Genese, aufrechterhaltender Bedingungen, des systemischen Kontextes und anderes umfasst (Peter, 2005). Man beginnt in der Regel mit einem ausführlichen Explorationsgespräch über die Dauer, Quantität und Qualität der jetzigen Schmerzen, über jene Bereiche des Körpers, die schmerzfrei sind, über den genauen Unterschied und die mehr oder weniger scharfen Grenzen zwischen den

schmerzenden und schmerzfreien Teilen, über frühere Schmerzen und deren Unterschiede zu den heutigen, über frühere Bemühungen der Schmerzkontrolle, über die subjektive und allgemeine Bedeutung des Schmerzes im Leben dieses Patienten. Schmerzfragebögen und –tagebücher können in vielen Fällen zu weiteren wichtigen Informationen beitragen. Diese sorgfältige Exploration hat zum Ziel, die aktuelle spezifische Schmerzwahrnehmung des Patienten, seine allgemeine Einstellung und Erfahrung sowie den bisherigen Umgang mit Schmerzen kennen zu lernen und bereits erste Angebote zur Wahrnehmungsumstrukturierung auf ihre Brauchbarkeit und Effizienz hin zu testen (Peter, 1990). Bei der symptombezogenen Anwendung der Hypnose handelt es sich sozusagen um ein kognitives Vorgehen, das „am Symptom vorbei“ arbeitet und Symptomlinderung über die Behebung psychischer Probleme, die das Symptom aufrechterhalten, erreicht (Hoppe, 1993b).

3.4 Techniken der hypnotischen Schmerzkontrolle

Schmerzkontrolle, -verminderung oder –ausschaltung mithilfe hypnotischer Interventionen ist eines der wichtigsten Anwendungsgebiete der Hypnose (Hoppe, 1993a). Im Wesentlichen hat die hypnotische Schmerzkontrolle eine Veränderung kognitiver und vor allem perzeptiver Prozesse zum Ziel, wodurch sich gleichfalls unmittelbare physiologische Änderungen ergeben, die letztlich eine schmerzreduzierende Wirkung haben (Peter, 1986). Die Vielfalt der subjektiven Erlebensaspekte des Schmerzes erfordert zugleich verschiedene hypnotische Techniken. Die Methodenauswahl ist hierbei sehr vielseitig und sollte sorgfältig und gemeinsam mit dem Patienten geplant werden (Kossak, 1997). Bei der Auswahl der geeigneten Technik wird versucht, die subjektiven Möglichkeiten und Erfahrungen des Betroffenen sowie dessen unmittelbare Reaktionen, die derartige Angebote verbal und nonverbal bei ihm hervorrufen, zu nutzen (Prinzip der Utilisation), da Hypnose umso wirksamer ist, je weniger sie in standardisierter Form angewandt wird und je mehr sie individuelle Ressourcen nutzt und auf jeden einzelnen Patienten individuell maßgeschneidert wird. Dies setzt natürlich voraus, dass der Therapeut über ein umfangreiches Methodenrepertoire verfügt, um die geeigneten Strategien je nach individuellem Fall anwenden zu können (Revenstorf, 1988). Im Folgenden soll eine Auswahl an wirkungsvollen hypnotischen Techniken dargestellt werden, die unterschiedliche Möglichkeiten aufzeigt, die Schmerzerfahrung zu verändern und zu beeinflussen.

3.4.1 Amnesie

Das Vergessen ist ein alltäglicher Vorgang. Wir vergessen nicht nur Gegenstände, sondern auch emotionale Erlebnisinhalte. Versteht man Schmerz als einen emotionalen Zustand, so wird er in seiner aktuellen Qualität auch durch Erinnerungen an frühere Schmerzerfahrungen mitbestimmt. Daher liegt es nahe, den Erinnerungseinfluss beim aktuellen Schmerz durch Amnesie auszuschalten. Da Amnesie jedoch ein Phänomen ist, das in der Hypnose nicht immer erzielt werden kann, gelingt es eher selten, eine Amnesie durch direkte Suggestionen wie „Sie werden sich nicht an den Tag Ihres Unfalls erinnern“ zu erreichen. Hier sind indirekte Suggestionen häufig sinnvoller (Revenstorf, 1988):

...während Sie sich weiter entspannen, mit jedem Atemzug können Sie ganz verschiedenen Gedanken Ihre Aufmerksamkeit widmen ... Sie können geistig aktiv sein, während Sie körperlich die Ruhe genießen und Sie können feststellen, wie schwierig es ist, zu erinnern, was ich im einzelnen gesagt habe, etwa vor drei Minuten und Sie können versuchen zu erinnern, was ich vor fünf Minuten gesagt habe oder was Sie selbst vor zehn Minuten gedacht haben ... aber es kann sein, daß es viel zu mühsam ist, an all dieses zu denken und es kostet mehr Mühe, als es wert ist. Daher ist es angenehm, mehr von der Entspannung zu empfinden und zugleich zu wissen, daß Sie nicht alles erinnern müssen, was Sie empfunden haben zu bestimmten Zeitpunkten, während Sie andere Dinge erinnern können, Situationen, in denen Sie sich wohlgeföhlt haben ... (Revenstorf, 1988, S. 76)

Diese Strategie ist dann besonders sinnvoll, wenn der Schmerz in Attacken auftritt und die schmerzfreien Intervalle durch Erwartungsängste beeinträchtigt sind. Im Patienten wird dann die Einstellung induziert, jede neue Schmerzepisode käme für ihn völlig überraschend, weil er die jeweils vorherige vergessen haben werde (Hoppe, 1993a).

3.4.2 Dissoziation

Dissoziation ist wie Amnesie eine Alltagserfahrung, die jeder von uns schon einmal in Form von automatischen Routinehandlungen wie z.B. Autofahren oder Gehen während einer Unterhaltung erlebt hat (Revenstorf, 1988). Bei den dissoziativen Techniken können zwei Hauptgruppen unterschieden werden: die Teilkörperdissoziation und die Ganzkörperdissoziation. Bei der Teilkörperdissoziation geht es darum, den Schmerz abzutrennen bzw. zu isolieren, entweder vom nicht-schmerzenden Rest des Körpers oder von jenem Teil des Bewusstseins, der den Schmerz empfindet und unter ihm leidet. Das bedeutet, dass die Wahrnehmung des Schmerzes soweit zu verringern oder halluzinatorisch so zu ver-

ändern ist, dass der schmerzende Körperteil als aus dem Körperschema herausgetrennt und demnach abgespalten und isoliert erlebt wird. Am ehesten gelingt dies bei Schmerzen in den Extremitäten oder bei Schmerzen, die klar umgrenzt und deutlich auf der Körperoberfläche lokalisierbar sind. Solche Teildissoziationen können z.B. sehr leicht über eine Armlevitation herbeigeführt werden. Jede Armlevitation bedingt fast automatisch eine deutlich wahrnehmbare Dissoziation des Armes vom Rest des Körpers, denn die Levitation beruht auf kataleptischen Prozessen und bewirkt über physiologische Abläufe wie einer Vasokonstriktion (Gefäßverengung) und Veränderungen des Körperschemas so genannte Parästhesien (Missempfindungen). So lässt sich mitunter ein Gefühl der Losgelöstheit oder Nichtzugehörigkeit dieses Körperteils induzieren (Hoppe, 1993a), das durch verbale und taktile Suggestionen unterstützt werden kann, z.B. „die Hand oder der Arm ist ganz taub, kühl, empfindungslos“. Je nach hypnotischer Fähigkeit kann der Patient aber auch mithilfe einer Ganzkörperdissoziation seinen Körper „vom Hals abwärts einschlafen lassen“ oder aber „ihn ganz verlassen“, so dass er sich in großer räumlicher und zeitlicher Distanz in einer anderen Wirklichkeit befindet, beispielsweise im Urlaub am Strand spazieren gehen und den Sand unter den Füßen zu spüren. Die zeitliche Variante der Ganzkörperdissoziation ist eine Altersregression in eine Zeit, die nicht nur frei von Schmerzen, sondern auch in anderer Hinsicht voll angenehmer Erfahrungen war (Peter, 2005, 2007).

Während Sie in diesem Stuhl sitzen, können Sie sich in Gedanken entfernen ... Sie können sich hier sitzen sehen und einen Schritt zurücktreten ... und noch einen Schritt ... weitere Schritte, so daß der Abstand zunimmt ... Sie können sich sogar umdrehen und diesen Raum verlassen ... und dabei ein Bild von sich mitnehmen, wie sie hier im Stuhl sitzen ... wie ein Photo, das sehr klein sein kann, das Sie kleiner werden lassen können, um es in einer Hand zu halten und gelegentlich einen Blick darauf zu werfen ... Sie können sich in Gedanken an einen anderen Ort begeben ... an einen Ort, an dem Sie sich wohlfühlen.
(Revenstorf, 1988, S. 77)

Eine solche Pseudoorientierung in Raum und Zeit setzt beim Patienten voraus, dass er innere Bilder auslösen und visualisieren kann. Diese Dissoziationstechnik ist insbesondere dann geeignet, wenn der Schmerz beispielsweise mitten im Kopf oder Rumpf lokalisiert ist und deshalb andere Formen der Dissoziation nicht möglich sind. Dissoziative hypnotische Schmerzbehandlungen sind primär symptomorientiert und finden Anwendung bei Akutschmerzen, aber auch bei chronischen Schmerzen, die keinen psychosomatischen Hintergrund haben und keinen primären und sekundären Krankheitsgewinn bringen wie z.B. Phantomglied- oder Krebschmerzen. Ziel ist es, eine klar bestehende „Schmerzgestalt“ aufzulösen, in

ihren Grenzen zu verwischen und in ihrer Sinnesmodalität und –qualität zu verändern. Für solche Techniken ist ein klassisches Hypnoseritual zur Induktion angezeigt, wobei gute Hypnotisierbarkeit bzw. Suggestibilität in der Regel Voraussetzung ist (Peter, 2005, 2007).

3.4.3 Assoziative Techniken

Assoziative Techniken sind beispielsweise dann angezeigt, wenn ein Patient nicht dissoziieren will oder kann. In diesem Zusammenhang bedeutet assoziativ, dass sich der Patient dem Schmerz zuwendet, was kurzfristig eine schmerzverstärkende Wirkung haben kann und deshalb nicht immer und nicht bei allen Schmerzen und Patienten indiziert ist, z.B. bei starken, organisch bedingten Schmerzen wie Phantom- oder Krebschmerzen. Assoziative Techniken zielen darauf, den Patienten zunächst selber eine „Schmerzgestalt“ oder ein „Schmerzbild“ entwickeln zu lassen und dieses dann zu verändern. Das kann unter anderem bei psychosomatischen Schmerzen, die unklar, schwammig oder nicht greifbar sind, erforderlich und sinnvoll sein, aber auch bei anderen Schmerzen, wenn man deren Sinnesmodalitäten und –qualitäten verändern möchte (Peter, 2005, 2007). Man kann anfangs damit beginnen, sich den Schmerz vom Patienten genau beschreiben zu lassen, indem man ihn bittet, auf seinen Schmerz zu fokussieren, ihm dann eine Farbe oder Form zu geben und weiterhin dessen Ausdehnung, die betroffene Körperzone, Konsistenz, Kälte oder Wärme, Dauer oder Rhythmus des Schmerzes darzulegen (Revenstorf, 1988). Insbesondere bei diffus ausstrahlenden Schmerzen ist es manchmal hilfreich, zunächst die Grenzen des Schmerzgebietes genau feststellen zu lassen. Sind diese Grenzen einmal bestimmt, lassen sie sich in der Regel auch verändern. Und wenn die Grenzen des Schmerzes variabel geworden sind, können auch andere Modalitäten und Qualitäten des Schmerzes verändert werden (Peter, 2005, 2007).

- Veränderung der Grenzen: „Wenn Sie den Schmerz außen mit einem Filzstift einrahmen würden, sodass Sie spüren: Bis dahin reicht der Schmerz und ab dieser Grenze ist schmerzfreies Gebiet“;
- Veränderung der Sinnesmodalitäten: „Wenn man den Schmerz sehen/hören/berühren könnte, wie sähe er aus/würde er sich anhören/anfühlen?“;
- Veränderung der visuellen Qualität: „Wenn man das grelle Rot verändern könnte, entweder dunkler oder blasser, was würde dann geschehen?“;
- Veränderung der auditiven Qualität: „Wenn dieses laute Hämmern oder Bohren sich langsam entfernen würde, wenn Sie auf etwas anderes horchen...“;

- Veränderung der taktilen Qualität: „Wenn Sie es vorsichtig in die Hand nehmen, streicheln, formen oder drücken...“ (Peter, 2005, S. 35).

Die Schmerzgestalt wird gewissermaßen externalisiert und kann so leichter anhand der entsprechenden Sinnesqualitäten modifiziert werden. Dies trägt zur Kontrolle bei. Assoziative Techniken erfordern, weit mehr als die dissoziativen, die aktive Mitarbeit und eine hohe Motivation auf Seiten des Patienten. Seine Hypnotisierbarkeit muss dabei nicht hoch sein. Diese Techniken können also bei weit mehr Patienten angewandt werden als die dissoziativen. Darüber hinaus stärken sie die Selbstkontrolle des Patienten und haben eine aufmerksamkeitsablenkende Funktion. Assoziative Techniken eignen sich sowohl zur symptom- als auch zur problemorientierten Behandlung von Schmerzen. Des Weiteren können sie ohne formale Hypnoseinduktion durchgeführt werden, was Imaginationsfähigkeit auf Seiten des Therapeuten und des Patienten erfordert (Peter, 2005, 2007). Zu den assoziativen Techniken zählt unter anderem die Transformation. Hierbei lassen sich drei Arten von Transformationen unterscheiden: die Verschiebung, die Substitution und die Umdeutung (Revenstorf, 1988).

3.4.3.1 Umdeutung

Bei der Umdeutung wird versucht, den Schmerz oder einzelne Schmerzqualitäten mit positiven oder zumindest mit weniger negativen Inhalten zu verknüpfen und auf diese Weise umzudeuten (Hoppe, 1993a). Dies erfordert, dass die subjektive Qualität des Schmerzes bekannt ist (Revenstorf, 1988). So kann ein Hämmern oder Dröhnen im Kopf z.B. als ein Geräusch wie etwa in einem fahrenden Zug umgedeutet werden, das zwar etwas unangenehm in den Ohren klingt, aber nicht weh tut. Ein brennender Schmerz lässt sich eventuell als Hitzegefühl neu interpretieren, wie man es beim Sonnenbaden oder auch nach einem leichten Sonnenbrand verspürt (Hoppe, 1993a). Ein weiteres Beispiel stammt von Revenstorf:

Ich kann nicht all Ihren Schmerz beseitigen, das wäre zuviel von Ihrem Körper verlangt. Wenn Sie ein Prozent verlören, hätten Sie immer noch 99 Prozent übrig. Sie würden die Verminderung um ein Prozent nicht bemerken. Sie können um 5 Prozent reduzieren. Sie würden diese Reduktion um 5 Prozent nicht bemerken, weil immer noch 95 Prozent verblieben. Aber Sie hätten 5 Prozent verloren. Sie können wahrscheinlich auch 10 Prozent verlieren. Aber wahrscheinlich wäre das kaum bemerkbar für Sie, weil Sie immer noch 90 Prozent hätten. Trotzdem – Sie hätten 10 Prozent Ihrer Schmerzen verloren. Vielleicht können Sie sie sogar auf 85 Prozent reduzieren, oder auf achtzig. Vielleicht denken Sie, das ist immer noch kein Angebot. Aber was ist schon der Unterschied zwischen 75

und 80 Prozent. Und 75 Prozent ist schon eine deutliche Erleichterung. 25 Prozent Schmerz weniger. Früher oder später werden Sie auch in der Lage sein, die Empfindung um 30 oder 35 Prozent zu reduzieren. Und ich weiß nicht, ob Sie den Unterschied kennen zwischen 35 Prozent Reduktion und 60 Prozent Rest. Oder 40 Prozent Reduktion und 55 Prozent Rest. Aber schließlich werden Sie vielleicht in der Lage sein, 50 Prozent zuzulassen, und 50 Prozent ist die Hälfte. Und die Hälfte zu haben oder nicht zu haben macht einen Unterschied, den Sie als angenehm empfinden. Das kann eine wirkliche Erleichterung sein ... (Revenstorf, 1988, S. 78)

Auf diese Art und Weise kann der Therapeut verhandeln und zugleich verwirren, und zwar über Zahlen, die eigentlich nichts mit Schmerz zu tun haben, und die doch geeignet sind, die Unmerklichkeit der Veränderung und damit die Veränderbarkeit selbst zu suggerieren (Revenstorf, 1988).

3.4.3.2 Verschiebung

Diese Technik zielt darauf, den Schmerz auf eine andere, bisher nicht schmerzende oder weniger empfindliche Körperstelle zu verschieben, um ihn dort besser ertragen oder eher als Erleichterung empfinden zu können. Hierzu wird der Patient in Hypnose gebeten herauszufinden, wie sich der Schmerz wohl an einer anderen Stelle anfühlen wird (Hoppe, 1993a).

Sie können erinnern, was Sie über Ihren Körper wissen. Und Sie können daran denken, wie geschickt ihr Körper balanciert ist ... daß es Muskeln gibt, die Ihre Beine beugen, und daß es andere Muskeln gibt, die genau das Gegenteil tun, nämlich Ihre Beine strecken. Und während einige Muskeln dafür sorgen, daß Ihr Kopf sich hebt, gibt es andere Muskeln, die dafür sorgen, daß Ihr Kopf sich senkt und entspannt ... und während Sie in einem Teil Ihres Körpers diese Entspannung spüren können und sie genießen, können sich die unangenehmen Empfindungen in einem andern Körperteil sammeln ... und all die angenehmen Empfindungen und die Entspannung können dorthin fließen, wo Sie sie am besten gebrauchen können ... und können die unangenehmen Empfindungen verschieben, sie abfließen lassen, so als würden sie in Ihren Arm fließen, Ihren Arm entlang fließen ... so daß Sie sich schließlich in Ihrer Hand sammeln können ... und all die unangenehmen Empfindungen können in einem Teil Ihrer Hand, in Ihrem kleinen Finger vielleicht, aufbewahrt bleiben ... (Revenstorf, 1988, S. 79)

Gelingt es, den Schmerz dorthin zu verlagern, können mit derselben oder einer anderen Strategie weitere Veränderungen vorgenommen werden. Eine Möglichkeit ist die Verteilung oder Verdichtung von Schmerzen. Ein zunächst punktförmiger Schmerz im Kopf ist eventuell

erträglicher, wenn er sich gleichmäßig über den ganzen Kopf verteilt und damit abschwächt. Umgekehrt kann auch die punktförmige Verdichtung eines vorher verteilten Schmerzes Erleichterung bringen (Hoppe, 1993a).

3.4.3.3 Substitution

Eine dritte Art der Transformation von Schmerzen ist die Substitution. Diese beinhaltet die Veränderung der Schmerzqualität in eine andere, besser erträgliche Empfindung. Anstelle der Schmerzen sollen hierbei massivere und störendere Empfindungen wie z.B. ein lästiges Jucken, Brennen, Stechen oder dumpfe Druckempfindungen auftreten und den Schmerz dadurch ersetzen. Dies kann sowohl an der schmerzenden wie auch an irgendeiner anderen Stelle des Körpers geschehen (Peter, 1990). Hier geht es darum, entweder die Schmerzempfindung insgesamt oder (häufiger) eine einzelne Schmerzqualität durch eine andere negative, aber besser erträgliche Empfindung, zu ersetzen. So kann ein Kopfschmerz mitunter durch ein Sausen im Kopf ersetzt werden oder ein hämmernder durch einen leise pulsierenden Schmerz (Hoppe, 1993a).

3.4.4 Indirekte Techniken

Die einfachste Art der indirekten Suggestion ist es, dem Patienten eine Geschichte von einem anderen Patienten zu erzählen, der ein vergleichbares, wenn auch nicht dasselbe Symptom hatte und ihm zu berichten, wie es diesem Patienten gelang, sich mit einer der genannten Techniken Schmerzerleichterung zu verschaffen (Revenstorf, 1988). Indirekte Suggestionen bieten so die Möglichkeit, den Inhalt aufzunehmen, ohne ihm vorher zuzustimmen oder ihn abzulehnen. Somit können Widerstände umgangen und unwillkürliche Suchprozesse, die zur Problembewältigung hilfreich sind, angeregt werden (Revenstorf & Freund, 2009).

3.4.4.1 Verwendung von Metaphern

Eine andere indirekte Technik ist die Verwendung von Metaphern. Im Rahmen des Konzeptes der Indirektheit kommt der Verwendung therapeutischer Metaphern eine besondere Bedeutung zu. Durch Geschichten und Metaphern Einfluss auf menschliches Verhalten zu nehmen, hat eine lange Tradition. Sie sind Bestandteil menschlicher Kultur. Die Funktion ist darin zu sehen, unser Wissen von einem Kontext in einen anderen, über den bisherigen Kontext hinausgehenden zu übertragen. Die therapeutische Metapher wird Gordon

entsprechend als eine Geschichte oder Anekdote definiert, die einen Erlebensbereich des Patienten beschreibt, ohne ihn explizit zu nennen und zugleich eine neue, sinnvollere Perspektive eröffnet. Die Verwendung von Metaphern kann einerseits der Distanzierung einer festgefahrenen Situation dienen, regt aber auch andererseits Erinnerungen, neue Assoziationen und Bilder an. Die Funktionen von Metaphern können sehr vielseitig sein. So wird der Phantasie und Intuition bei der Problemlösung durch Metaphern mehr Raum gegeben. Häufig enthalten sie überraschende Wendungen, die einen Perspektivwechsel des Zuhörers auslösen können, indem sie über seine gewohnten Gedanken und Vorstellungen hinausgehen, einen Standortwechsel bewirken und damit neue Lösungsstrategien in Gang setzen (Revenstorf et al., 2009). Metaphern sollen die Vorstellung des Patienten anregen und ihn sowohl ablenken als auch verwirren und in bildlicher Form Lösungen anbieten (Revenstorf, 1988). Ein Beispiel für eine Metapher, die sich bei Spannungskopfschmerzen und anderen verspannten Zuständen bewährt hat, ist folgende:

Dabei fällt mir eine Geschichte ein, die mir neulich ein Bekannter erzählt hat. Die hat mich sehr amüsiert. In China soll es Affen geben, die ganz besonders liebenswert sind und die von Menschen gern gefangen werden. Doch diese Affen sind sehr flink. Sie sind viel schneller als die, die sie fangen wollen und entwischen immer auf die Bäume. So gelang es über lange Zeit nicht, diese Affen zu fangen. Bis einer auf eine sehr trickreiche Idee kam. Es ist bekannt von diesen Affen – die auch Reissaffen heißen – daß sie nichts lieber mögen als Reis. Sie können Reis auf weite Entfernung sehen, auf weite Entfernung riechen, sie können das Geräusch hören, wenn Reis zu Boden fällt, und sie sind ganz verrückt danach. Einer, der unbedingt einen Affen fangen wollte um ihn als Haustier zu halten und zu zähmen, machte sich diese Vorliebe für den Reis zunutze. Er sammelte Kokosnüsse und schnitt kleine Löcher hinein, gerade so groß, dass die Hand eines Affen durchpaßte. Und nachdem die Kokosmilch entleert worden war, füllte er diese Nüsse mit Reis. Und er befestigte auch einen Bindfaden an den Nüssen und verband alle Nüsse untereinander und mit einem Baum. So legte er sie aus und versteckte sich gut hinter einem Busch, um aus der Ferne zuzusehen, was passierte. Er mußte einige Zeit warten, aber dann kamen die Affen hervor. Sie haben eine so gute Nase, dass sie das Aroma von Reis bis in die Bäume riechen konnten. Und sie waren völlig furchtlos, sich den Nüssen zu nähern, denn sie wissen, daß sie viel schneller sind, als alle Verfolger. Und der erste Affe näherte sich der ersten Nuß, roch an dem Loch und stellte fest, dass es Reis war, wie er vermutet hatte. Und er steckte die Hand, die gerade durch das Loch passte, in das Innere der Nuß und griff sich eine Faust voll Reis. Aber jetzt war er in Not. Die Faust voll Reis war viel

dicker als die schmale Hand vorher und passte nicht mehr durch das Loch. Er sprang wütend auf und nieder und konnte doch nicht weg. Der nächste Affe schaute ihm verständnislos zu und stürzte sich dann auf die nächste Nuß, steckte seine Hand in das Loch, griff eine handvoll Reis, und auch ihm gelang es nicht, die Faust durch das Loch zurückzuziehen. Und so ging es den anderen Affen. Dem dritten, dem vierten und dem fünften. Jetzt mögen manche denken, die Lösung ist doch ganz einfach. Der Affe braucht nur den Reis loszulassen und die Hand würde durch das Loch passen ... Manche mögen denken, das war der Untergang der Reisaffen. Nein ... Andere werden vielleicht auf die Affenjäger schimpfen. Nein ... Auch das ist nicht nötig. Manche werden sagen: das ist die Gier der Affen. Nein ... Ich glaube, es war des Affen Entscheidung, einfach nicht loszulassen. Er hätte es jederzeit können. Loslassen und frei sein ... (Revenstorf, 1988, S. 83/84)

3.4.4.2 Einstreutechnik

Einstreuungen stellen eine weitere Form indirekter Kommunikation dar. Hierbei handelt es sich um direkte Suggestionen, die jedoch nur unterschwellig wirksam werden sollen (Revenstorf & Freund, 2009). Die Einstreutechnik kann als Grundelement der indirekten Suggestionen gelten (Revenstorf, 2006). Wie bei allen indirekten Verfahren hat auch diese Methode das Ziel, Suggestionen an der bewussten Aufmerksamkeit vorbei in den Tranceprozess zu integrieren (Revenstorf & Freund, 2009). Die Einstreutechnik besteht im Wesentlichen darin, eine indifferente Rahmenhandlung zu erzählen, die die bewusste Aufmerksamkeit des Patienten auf sich zieht. In dieser Geschichte werden dann Satzteile oder Worte eingestreut, die ambivalent sowohl Schmerzlinderung und Entspannung suggerieren als auch in den Text passen. Es können aber auch Suggestionen eingebaut werden, die unvermittelt und unlogisch darin auftauchen, momentan verwirren, im allgemeinen aber vom Zuhörer bald nicht mehr beachtet werden (Revenstorf, 1988).

*...bevor wir anfangen, möchte ich sicher sein, daß Sie erkennen, daß Sie Ihr Problem nicht wirklich verstehen, aber daß Sie lernen können, es Ihrem Unbewußten zu überlassen, es zu verstehen. Und während ich weiterrede und Ihr Unbewußtes mir zuhört, werden Sie bemerken, daß ich über Heizungen zu Ihnen rede. Das ist eine Sache, die einen neugierig macht. Warum sollte ich über Heizungen zu Ihnen reden? Heizungen sind wichtige Dinge in unserem Leben, und jeder weiß, daß es verschiedene Arten von Heizungen gibt. Das Prinzip der Warmluftheizung gab es schon im Altertum. Ich weiß nicht, ob **Sie Ihre Schmerzen in der Weise loswerden, wie Sie es sich vorstellen**. Doch erst in unserem Jahrhundert schuf die Technik die Voraussetzungen für eine weite Verbreitung. Sie wis-*

sen, wir können uns vorstellen, dass sich Ihr Schmerz in jeder Minute ein klein wenig verändert. Besonders viele Freunde hatte sie in den Vereinigten Staaten. Und jede Empfindung kann sich verändern, obwohl die meisten Einfamilienhäuser mit Warmluft beheizt sind. Kleine Schwankungen sind immer da. Aber auch bei uns findet sie immer mehr Bedeutung, denn eine Empfindung kann ein wenig stärker werden und man fragt zu Recht nach den Gründen für das wachsende Interesse. Eine Empfindung kann auch schwächer werden. Vor allem aber sind es ihre niedrigen Anschaffungskosten und Sie haben es sicher schon einmal erlebt. Auf jeden Fall muß man Vor- oder Nachteile sorgfältig gegeneinander abwägen und erleben, wie eine Empfindung sich verändert. Schon im Altertum benutzte man heiße Abgase eines Feuers als Heizung, und wenn Sie eine Tablette nahmen, ging der Schmerz sicher manchmal weg. Durch Beimischung von kalter Luft konnte die Temperatur geregelt werden. Oder er wurde geringer... (Hoppe, 1985; zitiert nach Revenstorf, 1988, S. 84/85)

Die therapeutisch relevanten Suggestionen (hier fettgedruckt dargestellt) werden dann vom Therapeuten durch eine veränderte Aussprache vom übrigen Text herausgehoben und betont, etwa durch eine Veränderung der Klangfarbe, indem der Therapeut in eine andere Richtung spricht, die Lautstärke verändert, sich dem Patienten hinwendet oder den Kopf herabsenkt (Revenstorf, 1988; Revenstorf & Freund, 2009). Dadurch wird den Suggestionen besondere Aufmerksamkeit gesichert und sie können unbewusst, auf indirekte Art und Weise übermittelt werden. In diesem Zusammenhang spricht man auch vom „analogen Markieren“ (Grinder & Bandler, 2004).

3.4.4.3 Konfusion

Konfusion ist eine indirekte Technik, die Erickson besonders kultiviert hat, basierend auf der Annahme, dass Verwirrung eine ausgezeichnete Voraussetzung für die Annahme von Suggestionen darstellt. Mit Hilfe dieser Technik kann der Patient dazu gebracht werden, von seinen üblichen Annahmen über den Schmerz Abstand zu nehmen. Generell ermöglicht Hypnose die Erschütterung eines bestehenden Wahrnehmungs- und Glaubenssystems. Das Aufweichen eingefahrener Sichtweisen wird vor allem dadurch gefördert, dass der Betroffene in Hypnose Erfahrungen machen kann, die ihn davon überzeugen, dass er zu mehr fähig ist, als er zuvor annahm (Revenstorf, 1988). Darauf Bezug nehmend liegt den Konfusionstechniken nun die Annahme zugrunde, dass die Verhaltensweisen einer Person von zahlreichen automatischen und vorhersagbaren Mustern geprägt sind und die Unterbrechung dieser Muster einen Zustand der Verwirrung erzeugt, welcher wiederum zu einer Destabilisierung der eingengten und

eingefahrenen Sichtweisen führt. Die Konfusionstechniken können sich auf Kognition, Sensorik und Zeitempfinden beziehen (Revenstorff & Freund, 2009). Ein Beispiel für kognitive Konfusion:

Jeder hat ein intuitives Verständnis vom Unbewussten ... weil wir Dinge unbewusst tun können, unbewusst richtig machen können. Das Bewusstsein hingegen verfolgt die Ereignisse aufmerksam, um sie zu analysieren und zu bewerten. Das Unbewusste dagegen braucht diese Aufmerksamkeit nicht, um Dinge aufzunehmen und daraus zu lernen ... ohne zu wissen, dass es lernt ...

Und wenn Ihr Bewusstsein darauf gerichtet ist, was Ihr Unbewusstes lernt, automatisch lernt ... oder wenn Ihr Unbewusstes seine Aufmerksamkeit darauf lenkt, was Ihr Bewusstsein davon versteht, von dem, was Ihr Unbewusstes lernt ... dann kann Ihr Bewusstsein vom Unbewussten völlig unbewusst bleiben ... und Ihr Bewusstsein kann mehr oder weniger unbewusst arbeiten, da Ihr Unbewusstsein so viel weiß ... und abgesehen davon vertragen sich Ihr Unbewusstes und Ihr Bewusstes recht gut, indem ihr Bewusstsein hier und Ihr Unbewusstes auf der anderen Seite jedes in angenehmer Weise für sich selbst lernt, ohne dass Sie sich dessen bewusst sind ... (Revenstorff, 1988, S. 81)

Wenn die Aufmerksamkeit derart auf das Unbewusste als mögliche Lerninstanz gerichtet ist, können Suggestionen angeschlossen werden, die die Fähigkeit des Organismus betreffen, mit Schmerz unbewusst fertig zu werden, wie z.B. im Schlaf (Revenstorff, 1988).

Die sensorische Verwirrung ist für den Schmerz besonders relevant, da der Schmerz selbst eine Empfindung ist. Beispielfhaft könnten folgende Formulierungen benutzt werden, die im Rahmen einer Entspannungsinduktion gut zu integrieren sind:

Lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit für einen Moment nach innen ... und überprüfen Sie, ob Ihr linkes Bein oder Ihr rechtes Bein leichter ist ... Ihre linke Seite oder Ihre rechte Seite ... Ihre obere Hälfte oder Ihre untere Hälfte weniger empfindet ... Ihre Vorderseite oder Ihre Rückseite ... oder die Rückseite von der Vorderseite ... Sie können es nicht genau sagen ... Aber wenn Sie etwas von der Leichtigkeit spüren, die Ihr linkes oder rechtes Bein wahrnimmt, dann können Sie sich an Ihrer Verwirrung orientieren, ohne daß Ihnen dies vernünftig erscheinen muß ... sich drüber klar zu werden ... welche der Körperwahrnehmungen wirklich sind, und welche unklarer werden können... Sie glauben, daß Ihre Beine hier sind ... und Sie sind ein bisschen woanders ... wenn Sie mit geschlossenen Augen das überprüfen wollen, werden Sie zu einem anderen Ergebnis kommen, als wenn Sie die Augen öffnen ... und es ist nicht nötig, sich endgültig darüber klarzuwerden, was Sie wirklich empfinden ... so lange Sie die Empfindungen, die Ihnen

angenehm sind, spüren können ... wie die Entspannung ... und die Ruhe ... und die Linderung... (Revenstorf, 1988, S. 82)

Auch die zeitliche Konfusion ist eine Technik, die bei der Schmerzkontrolle eine Rolle spielt. Über sie kann die Dauer des Schmerzes in ihrer subjektiven Empfindung verändert werden (Revenstorf & Freund, 2009):

Sie wissen nicht richtig, ob es Ihnen in einer Stunde besser geht oder in zwei Tagen ... oder ob es zwei erträgliche Tage in einer Stunde sein werden ... Sie wissen nicht, ob es Ihnen besser gehen wird in einer Stunde, nach einer Stunde Erholung ... oder in einer Stunde, bevor Sie eine Stunde der Erleichterung erleben ... die einer Stunde der Linderung folgt ... eine Stunde der Linderung, die verstreicht ... bis sie zwei volle Tage der Erleichterung erleben ... jetzt. Und dann können Sie feststellen, dass die Erleichterung, die Sie jetzt verspüren, morgen noch da sein wird ... und morgen wird Ihnen heute in angenehmerer Erinnerung sein ... als gestern. (Revenstorf, 1988, S. 82)

3.4.5 Selbsthypnose

Jede Hypnose ist zugleich auch Selbsthypnose. Viele Menschen glauben, es gäbe einen gravierenden Unterschied zwischen der Hypnose, die durch eine andere Person angeleitet wird und Selbsthypnose. Hingegen sind sich viele Experten einig, dass jede Hypnose in Wirklichkeit Selbsthypnose ist. Der Unterschied liegt einzig in der vorhandenen Motivation und den dabei zielgerichtet gegebenen Suggestionen. Versetzt man sich selbst in Hypnose, dann ist man sowohl der Handelnde bzw. Anleiter als auch der Hypnotisierte. Ein Hypnotherapeut kann vielleicht dabei helfen, die Trance anzuleiten oder in Trance zu gehen, die Kontrolle bleibt jedoch immer beim Hypnotisierten selbst. (Alman, 2006).

Bei all den genannten Techniken kann und sollte der Patient durch Selbsthypnose die Bewältigung des Schmerzes selbst übernehmen (Kossak, 1997). Insbesondere bei chronischen Schmerzen ist die Anleitung zur Selbsthypnose ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung (Revenstorf, 1988). Dadurch erwirbt der Patient wieder Eigenaktivitäten und erlebt sich selbst als Ort der Kontrolle. Ein wesentlicher Schwerpunkt hierbei ist, dass der Patient dazu angeleitet wird bei Bedarf schnell und ohne Umstände in eine kurze oder längere Trance zu gehen – unter Umständen auch mit offenen Augen. Er wird sozusagen darauf trainiert, bereits die ersten Anzeichen des Schmerzes zu erkennen und unmittelbar mit Gegensteuerungen zu reagieren (Kossak, 1997).

Bernhard Trenkle (2002) schlägt folgende Induktionsanleitung vor, in der er dem Patienten den Aufbau und die Vorgehensweise des Selbsthypnosetrainings wie folgt beschreibt:

Schauen Sie einfach auf einen Punkt. Sie können einen Punkt an der Wand nehmen oder einen Punkt auf dem Teppich. Manche schauen auch auf den Ring an der eigenen Hand. finden Sie später bei sich zu Hause heraus, was für Sie am besten funktioniert. Das ist, wie wenn der Hypnotiseur sagt: Schauen Sie ganz konzentriert auf diesen Finger an meiner Hand oder schauen Sie ganz konzentriert auf diese Kristallkugel. Hypnose und Selbsthypnose sind nicht nur Entspannung, sondern hohe Konzentration auf eine Sache. Sie können dann später auch jederzeit die Haltung korrigieren, sich mehr anlehnen, den Kopf in andere noch bequemere Haltung bringen, ganz nach den eigenen inneren Bedürfnissen ...

Bevor ich Ihnen dann die Methode vorführe, werde ich sie Ihnen kurz beschreiben. Sie brauchen sich nicht alles zu merken. Sie können mich bei Bedarf hinterher auch noch einmal fragen. Die Methode hat erst mal zwei Durchgänge. Im ersten Durchgang sind die Sinne noch nach außen orientiert. Und dabei schaut man auf besagten Punkt. Man kann einen Punkt auf der eigenen Hand nehmen oder man kann einen Punkt auf dem Boden nehmen. Und dann sagt man sich, während man auf den Punkt schaut, viermal was man sieht. Man sieht natürlich den Punkt, aber im peripheren Sehen sieht man ja eigentlich, wenn man so konzentriert auf einen Punkt schaut, sehr viel mehr. Also wenn ich z.B. diese Passage schon mal vorführe: Ich seh´ diesen Punkt, ich sehe Farben, in den Augenwinkeln sehe ich Zweige, die sich bewegen, ich sehe die kleine Bewegung, die Ihre Hand gerade machte ... dann sagt man sich anschließend viermal, was man hört. Heizungsgeräusche im Raum, ein hoher Ton im Hintergrund, ein Auto fährt vorbei, weit weg hört man Stimmen, usw. und dann viermal, was Sie fühlen: alle Körpergefühle, Temperatur der Hände, Spannungen in den Schultern, Temperatur der Füße, die Atmung, Schluckbewegungen, einen Schluckreiz, egal was – was Ihnen in den Sinn kommt. Dann dasselbe mit dreimal Sehen, dreimal Hören, dreimal Fühlen; schließlich zweimal, zweimal, zweimal, einmal, einmal, einmal. An diesem Punkt schließen Sie die Augen. Es gibt einige wenige Leute, für die ist es besser, wenn Sie die offen haben und weiter konzentriert auf den Punkt schauen, aber die allermeisten können sich besser konzentrieren, wenn sie die Augen geschlossen haben.

Dann kommt der zweite Durchgang. Sie nehmen irgendeine Szene, in der Sie sich früher einmal wirklich ganz entspannt oder ganz sicher oder ganz geborgen gefühlt haben. Vielleicht eine Situation aus einem wunderschönen Urlaub, oder eine Situation mit einer

vertrauten geliebten Person. Und Sie tun dann so, als ob Sie wirklich in dieser Situation sind und machen so eine Art Live-Reportage aus dieser Situation. Sie benutzen dasselbe Muster wie im ersten Durchgang. Also viermal Sehen, viermal Hören, viermal Fühlen. Nur tun Sie so, als ob Sie an diesem schönen Urlaubsort sind und berichten mit diesem Muster viermal Sehen, viermal Hören, viermal Fühlen, dreimal Sehen, dreimal ... immer leise innerlich ... zu Hause können Sie es mal probieren, was für Sie besser funktioniert, leise oder laut (...)

Ich werde das jetzt neben Ihnen sitzend laut vormachen und Sie werden es innerlich leise mitmachen. Das, was ich sage, wird dabei nur ein Beispiel für Sie sein. Sie konzentrieren sich darauf, was Sie sehen, hören und fühlen. Im ersten Durchgang wird es natürlich ziemlich parallel laufen, also die Dinge, die ich sehe, werden Sie mit großer Wahrscheinlichkeit auch sehen (...) Beim Fühlen ist es schon anders: Wenn es mich an der Nase juckt, muß es nicht unbedingt Sie auch jucken. Also Sie konzentrieren sich auf die Dinge, die Sie sehen, hören, fühlen, das, was ich sage, ist nur ein Vorbild, ein Beispiel für das, was Sie sehen, hören und fühlen.

Im zweiten Durchgang habe ich natürlich keinerlei Ahnung, in welcher Situation Sie sind (...) Dann werd' ich von meinen inneren Bildern weggehen und nicht noch einmal von meiner Insel erzählen. Das würde Sie zu sehr ablenken. Statt dessen werde ich versuchen, Ihnen zu helfen, Ihre Situation möglichst intensiv und real erleben zu können. In dieser Phase werde ich nicht mehr so ganz parallel zu Ihnen sitzen, sondern mich etwas mehr Ihnen zuwenden, und Sie werden das auch an der Richtung meiner Stimme hören. Ich kann Sie dann besser begleiten. Falls eine gute Anfangsentspannung sichtbar ist, werde ich Ihnen eine Geschichte erzählen, die erfahrungsgemäß den Leuten hilft, sich besser reinzufinden. Diese Geschichte habe ich schon vielen Menschen erzählt. (...) Wenn Sie wollen, können Sie gerne darauf achten und rätseln, was ist wohl das Originalmärchen und was fügt er jetzt speziell für mich ein. Ganz am Schluß werde ich Sie dann auffordern, von 1 bis 20 zu zählen und mit jeder Zahl wieder frischer und wacher hier in diesen Raum zurückzukehren. (Trenkle, 2002, S. 23ff)

3.4.6 Anästhesie

Nachdem die Hypnoanästhesie nach der Einführung chemischer Anästhetika im 20. Jahrhundert weitgehend keine Rolle mehr spielte (Schulz-Stübner, 2007), findet sie in der heutigen modernen Medizin und Chirurgie wieder vermehrt Anwendung. Prinzipiell kann die Hypnose als alleiniges Anästhesieverfahren oder aber kombiniert mit medikamentöser Anästhesie eingesetzt werden (Wicks, 2009). Der Anwendungsbereich erstreckt sich hierbei von der Zahnmedizin, der inneren Medizin und Chirurgie bis hin zur Gynäkologie und OP-Vorbereitung (Kossak, 1997). Hypnoanästhesie kommt vor allem bei kleineren operativen Eingriffen wie der Entfernung oberflächlicher Tumore, Zahnextraktion, Mandelentfernung oder Entfernung von Varizen (Krampfadern) zum Einsatz. Besonders sinnvoll erscheint die Verwendung der Hypnose bei wiederholten schmerzhaften Eingriffen, z.B. bei der Versorgung von Brandwunden oder bei schmerzhaftem Verbandwechsel (Revenstorf, 1988). Ebenfalls gut eignet sich die hypnotische Anästhesie für diagnostische Untersuchungen wie etwa Endoskopien, Angiographien, Lumbalpunktionen, Knochenmarkpunktionen oder Haut- und Schleimhautbiopsien (Schulz-Stübner, 2007). Größere chirurgische Eingriffe unter ausschließlicher Verwendung der Hypnose sind unterdessen selten geworden (Revenstorf, 1988). Nebenbei setzt dies einen sehr kooperativen und gegenüber dem Verfahren aufgeschlossenen Patienten voraus. Weitaus häufiger ist ihre klinische Nutzung zur Sedierung während medizinischer Eingriffe bei gleichzeitiger Regional- oder Lokalanästhesie (Schulz-Stübner, 2007). Aber auch im Vorfeld kann die Hypnose sehr wirkungsvoll dafür verwendet werden, um Patienten auf bevorstehende Operationen oder sonstige Eingriffe vorzubereiten (Wicks, 2009). Zudem spielt sie beim Abbau von Ängsten (Anxiolyse) eine wichtige Rolle (Junker, 2004). Angst- und Schmerzsymptomatik können durch Hypnose gleichermaßen positiv beeinflusst werden. Darüber hinaus verkürzt sich nachweislich die postoperative Rekonvaleszenz und die Patienten benötigen häufig eine deutlich geringere Medikation (Revenstorf, 2005a). Wicks (2009) hebt die therapeutisch relevanten Ziele zusammenfassend wie folgt hervor:

- maximale innere Ruhe und minimale Angst vor, während und nach der Behandlung;
- positive Einstellung, dass alles gut gehen wird;
- maximale Muskelentspannung und minimale Blutung während der Operation;
- maximales Wohlbefinden bis zur vollständigen Heilung mit einem Minimum an benötigten Medikamenten, auch bei der eigentlichen Narkose;
- rasche Wundheilung;
- rasche Wiederaufnahme normaler Körperfunktionen;
- rasche Rekonvaleszenz, Rehabilitation und Rückkehr ins normale Leben.

Anästhesie bedeutet allgemein, den Organismus dazu zu bringen, Schmerzen nicht zu spüren. Dass heißt, die Schmerzleitung wird unterbrochen (Milzner, 1999) und damit jegliche Empfindung blockiert (Hoppe, 1993a). Im Sinne des „Nicht-Spüren“ wird bei der Hypnoanästhesie meist eine Metapher gewählt, die den Schutz vor dem Schmerz zum Thema macht (Milzner, 1999). Da die Hand dazu besonders geeignet ist, wird hierfür traditionell die Vorstellung eines Handschuhs benutzt, eine so genannte Handschuhanästhesie, die die Hand unempfindlich macht (Revenstorf, 1988). Zunächst wird dem Patienten – Bezug nehmend auf eine eventuelle Erinnerung des Patienten an eine frühere örtliche Betäubung – erläutert, dass mittels seiner Vorstellungskraft und Konzentrationsfähigkeit Veränderungen der Körperempfindungen und –gefühle erzielt werden können. Die Verwendung von Bildern fördert gewöhnlich die Reaktion, z.B. die Suggestion sich vorzustellen, dass ein Lokalanästhetikum in den Handrücken gespritzt wird und die Hand taub und gefühllos wird (Wicks, 2009). Eine Möglichkeit zur Induzierung einer Handschuhanästhesie könnte folgendermaßen lauten:

Ich möchte, dass Sie sich vorstellen, wie über Ihre rechte Hand ein Handschuh gestreift wird. Dieser Handschuh wurde mit einer äußerst wirkungsvollen Lösung eines Oberflächenanästhetikums getränkt. Spüren Sie dieses kühle, feuchte Gefühl, wenn der Handschuh über die Hand gestreift wird, und wenn Sie dieses kühle, feuchte Gefühl bemerken, dann lassen Sie Ihren ‚Ja-Finger‘²³ in die Höhe gehen. Das ist gut so. Nun dringt das starke Betäubungsmittel durch die Haut in das Gewebe der Hand, breitet sich aus in den Muskeln und umschwemmt die kleinen Nerven richtig tief in der ganzen Hand. Und diese beginnt nun, sich taub anzufühlen, sie wird anästhetisch. Wenn Sie spüren, wie taub und empfindungslos sie wird, lassen Sie Ihren ‚Ja-Finger‘ wieder in die Höhe gehen. Das ist gut so. Nun wird die Anästhesie tiefer und tiefer. Ihre Hand wird vollkommen taub und empfindungslos. Und wenn die Hand taub und empfindungslos ist, wird Ihr ‚Ja-Finger‘ noch einmal in die Höhe gehen. (Wicks, 2009, S. 644)

Natürlich gibt es auch andere Möglichkeiten, eine solche Handschuhanästhesie herbeizuführen, so z.B. die Vorstellung, dass die Hand in eiskaltes Wasser eingetaucht wird. Im Anschluss daran sollte die Anästhesie dann durch ein kräftiges Kneifen oder einen Nadelstich (beides natürlich mit dem Einverständnis des Patienten) überprüft werden, vor allem dann, wenn der Patient auf eine Operation unter ausschließlichem Einsatz von Hypnose als einziges Betäubungsmittel vorbereitet wird. Das weitere Vorgehen besteht darin, dem Patienten zu zeigen, wie er die Handschuhanästhesie auf andere Körperregionen, speziell auf

²³ Hier wurde zuvor ein ideomotorisches Fingersignal etabliert.

das voraussichtliche Operationsfeld, übertragen kann. Vor der Operation sollte für den Patienten die imaginierte Vorstellung eines vertrauten angenehmen Ortes (z.B. ein Urlaubsort) eingeführt werden. Ist dann die Hypnose induziert und Anästhesie herbeigeführt, kann der Hypnotherapeut den Patienten anleiten, zu seinem angenehmen Ort zu gehen und dieses Erlebnis mit allen Sinnen und in allen Einzelheiten während der ganzen Operation wahrzunehmen. Der Hypnotherapeut sollte dabei über die gesamte Operationszeit hinweg immer wieder zum Patienten sprechen. Insbesondere bei großen medizinischen Eingriffen, die unter hypnotischer Anästhesie durchgeführt werden, ist die Anwesenheit des Hypnotherapeuten während der Operation erforderlich, damit er die angemessene Trancetiefe und Anästhesie kontrollieren und aufrechterhalten kann. Dennoch ist es angeraten, dem Patienten zusätzlich einen intravenösen Zugang legen zu lassen und für die Anwesenheit eines erfahrenen Anästhesisten zu sorgen, falls die hypnotische Kontrolle verloren geht und es erforderlich wird, rasch auf ein medikamentöses Narkosemittel umzusteigen. Denn nur etwa 15 - 20% der Bevölkerung verfügen über die hypnotische Fähigkeit, sich einer Operation unter ausschließlich hypnotischer Anästhesie unterziehen zu können. Kleinere chirurgische Eingriffe können bisweilen unter Selbsthypnose durchgeführt werden. Auch sollten die Patienten generell in Selbsthypnose unterwiesen werden, um bei sich selbst Anästhesie induzieren zu können. Zudem wird dadurch das Gefühl der Kontrolle vermittelt, postoperative Schmerzen können besser kontrolliert und die Heilung gefördert werden (Wicks, 2009).

Teil 4: Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen der ambulanten Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung

Der Begriff Psychotherapie beschreibt allgemein gesehen auf der einen Seite den medizinischen Versorgungsbereich im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens und auf der anderen Seite psychotherapeutische Verfahren zur Krankheitsbehandlung (Senf & Broda, 2007). Seit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PsychTHG) im Frühjahr des Jahres 1998 durch den Bundestag und Bundesrat sowie einer grundlegenden Neufassung sowohl der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als auch der Psychotherapie-Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, mit dem gleichzeitigen Inkrafttreten zum 01.01.1999, ist psychologische Psychotherapie Bestandteil der vertrags- bzw. kassenärztlichen Versorgung. Aufgrund dieser Gesetzesinitiative wurden die neuen Heilberufe „Psychologischer Psychotherapeut“ und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ geschaffen, die seit dato im Bereich der Psychotherapie selbständig und eigenverantwortlich arbeiten können, eine eigene Approbation erhalten und bei Nachweis einer berufsrechtlichen Qualifikation innerhalb der Richtlinien-Psychotherapie eine Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten (Rüger et al., 2008). Die psychologische Psychotherapie ist folglich durch das PsychTHG als Heilberuf und als medizinischer Versorgungsbereich gesetzlich verbindlich geregelt (Senf & Broda, 2007). Aus einer Privatbehandlung, die nur wenigen, finanziell entsprechend ausgestatteten Patienten bis dahin zur Verfügung stand, wurde die ambulante Psychotherapie zu einer Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (die Behandlungskosten trägt damit die Krankenkasse), auf die jeder Versicherte bei entsprechender Indikation einen Rechtsanspruch hat (Dahm, 2007).

Durch das PsychTHG (§11) wurde zum einen ein Gremium bei der Bundesärztekammer etabliert, der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), der nun die Aufgabe hat, gutachterlich die „Wissenschaftlichkeit“ von psychotherapeutischen Verfahren zu überprüfen und die Landesbehörden beraten soll, bevor ein Verfahren berufsrechtlich anerkannt wird (Kächele & Strauß, 2008). Entsprechend seiner Aufgabenstellung soll der WBP demnach klären, ob für ein bestimmtes Verfahren ein hinreichender Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweis als Krankheitsbehandlungsmethode erbracht wurde (Senf & Broda, 2007). Die notwendige Beurteilung und Anerkennung der „Wissenschaftlichkeit“ durch den WBP erfolgt dabei auf der Grundlage von Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung (Psychotherapieforschung). Zum anderen wurde aufgrund der Bestimmungen des PsychTHG ein Gemeinsamer Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (G-BA) gebildet (Rüger et al.,

2008) – Rechtsnachfolger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Kächele & Strauß, 2008). In den Psychotherapie-Richtlinien des G-BA ist die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Sie stellen den Rahmen dar, der durch die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarungen ausgestaltet wird. Damit schaffen die Richtlinien verbindliche Grundlagen sowohl für die psychotherapeutische Berufspraxis, an die sich jeder Psychotherapeut zu halten hat, als auch für die Finanzierung von Psychotherapie im öffentlichen Gesundheitssystem (Dahm, 2007). Die Novellierung der Psychotherapie-Richtlinien durch den G-BA beinhaltet auch, dass andere Therapieformen als die bisherigen drei Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) in die Versorgung aufgenommen werden können, wenn sie die Kriterien einer evidenzbasierten Medizin (EbM), die Grundlage der sozialrechtlichen Anerkennung sind, erfüllen (Kächele & Strauß, 2008; Revenstorf, n.d.). Für die Akkreditierung einer Therapieform wird die empirische Überprüfung und Absicherung in kontrollierten Studien gefordert (Senf & Broda, 2007). Die Implementierung der Psychotherapie in das medizinische Versorgungssystem als eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hatte nun zur Folge, dass Psychotherapie gleichzeitig Gegenstand der Begutachtung durch den WBP und weiterhin auch gegebenenfalls Gegenstand der Richtlinien des G-BA wurde, der die sozialrechtliche Zulassung regelt, d.h. die Bezahlung durch die Krankenkassen. Beide Gremien decken sich weitgehend in Bezug auf die Anerkennungskriterien. Der G-BA bezieht sich dabei immer auf den WBP als erste Hürde, die genommen werden muss, um die sozialrechtliche Anerkennung zu erreichen (Revenstorf, n.d.). Eine weitere Folge der Einführung in den medizinischen Versorgungsbereich ist, dass die dort üblichen Kriterien der Evidenz für die Psychotherapieforschung übernommen wurden (Revenstorf, 2005b).

Mittlerweile hat der WBP seine Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie weiterentwickelt und ein neues Methodenpapier, welches am 08.10.2007 verabschiedet wurde, beschlossen (WBP, 2009). Auch der G-BA nahm wesentliche Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien vor, die 2007/2008 rechtskräftig wurden:

- Änderungen zur Terminologie des Verfahrens-, Methoden- und Technikbegriffes in der Psychotherapie,
- Einführung des so genannten „Schwellenkriteriums“ bei der Prüfung auf Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren,
- Neustrukturierung der Indikationsbereiche der Richtlinien Psychotherapie.

Diese Änderungen erfolgten in Abstimmung des WBP mit dem G-BA (Rüger et al., 2008).

Psychotherapieverfahren

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen,

und

- eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen,

und

- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Ein wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren muss die Voraussetzungen nach II.5²⁴ und III²⁵ erfüllen. (WBP, 2009, S. 4/5)

Psychotherapiemethode

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise und
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

Eine wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode muss die Voraussetzungen nach II.5 erfüllen. (WBP, 2009, S. 5)

²⁴ Wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapiemethoden und Psychotherapieverfahren

²⁵ Empfehlungen für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie für die ärztliche Weiterbildung

Psychotherapietechnik

Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen, z.B. im Bereich des psychodynamischen Verfahrens: die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster, oder in der Verhaltenstherapie: Reizkonfrontation in vivo. (WBP, 2009, S. 5)

Schwellenkriterium

Dieses Kriterium legt fest, in welchen Indikationsbereichen ein Psychotherapieverfahren mindestens Wirksamkeits- und Nutznachweise belegen muss, um eine möglichst große Bandbreite an Indikationen abzudecken und eine umfassende Versorgung der Versicherten damit gewährleistet bleibt. Die Anerkennung als Psychotherapieverfahren ist somit davon abhängig, ob dieses Schwellenkriterium nachgewiesen werden kann (Rüger et al., 2008).

4.1 Kritik an der Psychotherapieforschung

In der modernen Therapieforschung werden drei Ebenen von Wirksamkeit unterschieden: die Laborwirksamkeit (efficacy), die Wirksamkeit in der Praxis (effectiveness) und die Wirtschaftlichkeit (efficiency). Da die Evaluation in der Praxis und die der Wirtschaftlichkeit gar nicht erst in Betracht gezogen werden, wenn nicht eine Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen nachgewiesen wurde, stellt dies die entscheidende Schwelle für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit einer Therapieform dar. Für den Nachweis der Laborwirksamkeit orientiert sich die gegenwärtige empirische Psychotherapieforschung an den Kriterien der Wissenschaftlichkeit, wie sie in der Physik, Biologie und Medizin üblich sind. Es werden Kontrollgruppenexperimente, so genannte RCT-Studien (randomized controlled trial) herangezogen, die in der pharmakologischen Forschung in Form von Doppelblindversuchen üblich sind, um ein Heilmittel zu überprüfen. Dieses Kontrollgruppendesign gilt als „Goldstandard“ in der Psychotherapieforschung. Auf diese Weise wird ein nach außen vertretbarer Standard an Objektivität gesucht, der die Psychotherapie in ähnlicher Weise fassbar und respektabel machen soll wie die Medizin. Es entspricht dem Wunsch nach Anerkennung als ein gleichrangiges Heilverfahren und nach Qualitätssicherung, was zugleich auch im PsychTHG juristisch verankert wurde, wonach Psychotherapie nur in der wissenschaftlich anerkannten Form ausgeübt werden kann. Doch damit gehen vielfältige Probleme einher. Schnell werden einige Grenzen sichtbar, mit diesem Ansatz empirische Evidenz zu sichern, denn das übernommene RCT-Design aus der Medikamentenforschung kann hier nicht das

leisten, was es verspricht (Reinecker, 2009; Revenstorf, 2005b, 2009c). Ein Problem liegt in der mangelnden Vergleichbarkeit der Heilungsprozesse in der Psychotherapie und der Pharmakologie, da zu bezweifeln ist, dass eine psychotherapeutische Behandlungstechnik wie ein Medikament wirkt, wie Revenstorf (2009c) konstatiert: „(...) denn Psychotherapie ist kein Pharmakon“ (S. 793). Während sich die Pharmaforschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, ist dies für die Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht hinreichend. Somit stellt sich die Frage, ob die Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie überhaupt sinnvoll ist und ob das daraus übernommene Kontrollgruppenexperiment in der Psychotherapie dienlich ist (Revenstorf, 2005b). Der experimentelle Nachweis einer Wirkung (efficacy) sagt bekanntlich wenig über die Verwirklichung im praktischen Feld (effectiveness) aus (Kächele & Strauß, 2008).

4.2 Kritik an den Neuerungen des G-BA und WBP

Das derzeitige System der Richtlinienpsychotherapie basiert auf einer Unterscheidung von Verfahren und Methoden, die sich auf psychotherapeutische Grundorientierungen beziehen lassen. Ausgehend von den Änderungen des WBP und G-BA weisen Kächele und Strauß (2008) darauf hin, dass die Unterscheidung von Verfahren als Grundorientierung und Methode bzw. Technik als Anwendung im Rahmen einer Grundorientierung zunehmend unscharf wird. Die Grenzen zwischen Verfahren und Methoden verschwinden immer mehr. Strikte Zuordnungen von Methoden zu Verfahren und/oder zu Grundorientierungen werden immer schwieriger oder gehen vielleicht bald verloren. Weiterhin ist eine Tendenz zu erkennen, dass wissenschaftlich fundierte Interventionstechniken und Methoden in Verfahren – vor allem in die Verhaltenstherapie – integriert werden (Kächele & Strauß, 2008).

4.3 Was gilt derzeit für die Hypnotherapie?

Wie bereits weiter oben erwähnt stellte der WBP in seinem Gutachten vom 27.03.2006 fest, dass die Hypnotherapie bei Erwachsenen indikationsspezifisch für Behandlungen in den Anwendungsbereichen F54, F1 und F55 (nach ICD-10) als wissenschaftlich anerkannt gelten kann (Rudolf & Schulte, 2006).

Gemäß § 21b der Psychotherapie-Richtlinien kann Hypnose (in Einzelbehandlung) als eine Leistung der Gebührenordnung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung als übende und suggestive Intervention durchgeführt werden. Übende und suggestive

Interventionen sind als vollständige Behandlungsmethoden zu verstehen, die auch verbale Anteile einschließen. Die verbalen Anteile umfassen dabei die Einführung in die Technik, weiterführende Instruktionen während der Anwendung der Methode und auch die Bearbeitung der therapeutisch bedeutsamen Phänomene, die während der Behandlung auftreten können. Die Hypnosebehandlung ist demnach als Psychotherapiemethode zu verstehen, die nur als eine abgegrenzte eigene Therapiemaßnahme in der Verhaltenstherapie Anwendung finden kann (Rüger et al., 2008).

Diskussion

Schmerzen verursachen nicht nur viel individuelles menschliches Leid, sondern belasten darüber hinaus auch in erheblichem Maße die Volkswirtschaft. Effektive und effiziente Behandlungsmaßnahmen in der schmerztherapeutischen Versorgung sind deshalb unabdingbar. Die hier dargelegten Befunde zeigen jedoch eklatante Versorgungsdefizite in der Behandlung von Schmerzpatienten auf, was die Notwendigkeit gezielter Schmerztherapie abermals verdeutlicht und betont (Koch et al., 2008).

Schmerzkontrolle durch hypnotherapeutische Interventionen (Hypnoanalgesie) stellt eines der wichtigsten Anwendungsgebiete der Hypnose dar (Halsband, 2009). Hypnose gilt als traditionelles Heilverfahren, das die Induktion hypnotischer Trance als einen veränderten Bewusstseinszustand, der im Allgemeinen mit einer Innenwendung einhergeht, dazu nutzt, somatische und psychosomatische Probleme zu beeinflussen, problematisches Verhalten und kognitiv-affektive Schemata zu verändern, emotional belastende Ereignisse und Empfindungen zu rekonstruieren, motorische Muster zu unterbrechen sowie physiologische Reaktionen und Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern (Revenstorf, 2009d; Rudolf & Schulte, 2006). Hypnose beschränkt sich dabei nicht alleine auf psychologische Anwendungsbereiche, sondern sie bildet eine Brückenfunktion zwischen Medizin und Psychotherapie, bei der ein Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Prozessen hergestellt wird. Daher eignen sich die Behandlungstechniken der Hypnose in besonderem Maße für psychische, psychosomatische und somatische Störungen mit Krankheitswert (Revenstorf, 2006). Mittlerweile existiert ein reichhaltiger Fundus an theoretischen, experimentellen und klinischen Arbeiten zur Hypnose, in denen ihre spezifische Funktionsweise und die Wirksamkeit hypnotherapeutischer Interventionen für die unterschiedlichsten Indikationsbereiche wissenschaftlich gut nachgewiesen ist (Revenstorf, 2001, 2006). So auch zur Behandlung von Schmerzen. Häufig wird unter hypnotischer Schmerzkontrolle ein bloßes „Wegsuggerieren“ der Schmerzen verstanden (Peter, 1990). Doch die vorangegangenen Aus-

fürhungen in dieser Arbeit machen deutlich, dass die Hypnosebehandlung von Schmerzen nicht darin besteht, einfach ein Verschwinden der Symptome zu suggerieren (Hoppe, 1993a). Inzwischen liegt eine Vielzahl an Laboruntersuchungen und klinischen Studien vor, die die Effektivität der Hypnose zur Kontrolle von Schmerzen bei unterschiedlichen Schmerzkrankheiten aufzeigen (Revenstorf, 2005a, 2006). Die hier zusammengetragene Evidenz belegt insbesondere die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei akuten und chronischen Schmerzen somatischer wie psychosomatischer Art. Zu den akuten Schmerzen, die mit Hypnotherapie wirksam behandelt werden, zählt der Einsatz bei Verbrennungen, bei der Geburtshilfe, bei intra- und postoperativen Schmerzen und diagnostischen Eingriffen. Des Weiteren wird Hypnotherapie erfolgreich bei chronischen und z.T. psychosomatischen Schmerzen wie Migräne, Spannungskopfschmerz, Fibromyalgie, rheumatischer Arthritis und Krebschmerzen angewendet. In all diesen Bereichen wird Hypnose sowohl adjuvant als auch als alleinige Maßnahme zur Schmerzbewältigung eingesetzt. Gleichfalls ist die positive Wirkung der Hypnose auf das subjektive Erleben der Patienten hervorzuheben. Angst- und Schmerzsymptomatik können durch sie gleichermaßen beeinflusst werden. Darüber hinaus verkürzt sich aufgrund einer schnelleren und komplikationsfreieren Wundheilung nachweislich der Heilungsprozess wie auch die postoperative Rekonvalensenz. Im Gegensatz zu pharmakologischen Therapien ist die hypnotische Behandlung frei von Risiken und Nebenwirkungen. Sie wirkt sich zudem positiv auf den Schmerzmittelgebrauch aus, was die Nützlichkeit der Anwendung von Hypnotherapie unterstreicht (Halsband, 2009; Revenstorf, 2005a). Angesichts dieser Befundlage erweist sich die Hypnose bzw. Hypnotherapie als empirisch abgesicherte und vielseitig indizierte Therapieform, die auch in der Schmerzbehandlung eine effektive therapeutische Methode zur Schmerzkontrolle darstellt. In Anbetracht dessen, dass es sich bei diesem Verfahren um eine nicht invasive Behandlungsform mit geringem therapeutischen Aufwand und hohem Nutzen handelt, ist dementsprechend davon auszugehen, dass die klinische Anwendung der Hypnose Kosten und Aufwand der Behandlung von Schmerzpatienten senken kann (Peter, 2007; Revenstorf, 2001, 2005a). Leider sind die positiven Effekte wie die kostensparenden und nebenwirkungsfreien Möglichkeiten hypnotischer Schmerzkontrolle bei weitem noch nicht erkannt und ausgeschöpft (Peter, n.d.). Auch Peter Brock, der Regionalstellenleiter der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.) in Leipzig konstatiert, dass der Hypnotherapie noch lange nicht die Stellung eingeräumt wird, die ihr gebührt (P. Brock, persönl. Mitteilung, 16.06.2009). Einen ersten Schritt zur Sicherung der Hypnose als Therapie stellt die indikationsspezifische wissenschaftliche Anerkennung der Hypnotherapie durch den WBP dar, die auch die

hypnotherapeutische Schmerzbehandlung beinhaltet. Jedoch stellte der Beirat in seinem Gutachten auch fest, dass Hypnotherapie kein grundständiges psychotherapeutisches Verfahren darstellt, da sie schon vor In-Kraft-Treten des PsychTHG als zusätzliche psychotherapeutische Methode bei umgrenzten Indikationen von bereits qualifizierten Psychotherapeuten eingesetzt wurde, und dass sie nicht als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für psychologische Psychotherapeuten empfohlen werden kann (Rudolf & Schulte, 2006). Deshalb plädieren verschiedene Vertreter der führenden Hypnosegesellschaften in Deutschland dafür, dass die Eigenständigkeit der Hypnotherapie noch stärker herausgearbeitet werden muss, so Bernhard Trenkle, Leiter des Milton Erickson Instituts in Rottweil (B. Trenkle, persönl. Mitteilung, 28.06.2009). Hypnotherapie ist als eigene Therapieform und damit als eigenständiges therapeutisches Verfahren anzuerkennen (Fischern et al., 2005) und nicht nur als Methode, die z.B. in die Verhaltenstherapie integriert wird. Aus diesem Grunde gilt es auch, ihre Position in der klinischen Psychologie und Psychotherapie weiterhin zu festigen (Revenstorf, n.d.).

Seit der Einbettung der Psychotherapie in das Gesundheitssystem, d.h. seit der Einführung der psychologischen Approbation, ist Psychotherapie Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit ein Kostenfaktor, der Rechenschaft verlangt. Psychotherapie wird seither analog der medizinischen Heilkunst gehandhabt und so lag es nahe, die dort üblichen internationalen Kriterien der Evidenz (RCT-Studien) auch für die empirisch fundierte Psychotherapieforschung zu übernehmen, um die nötigen Nachweise im Sinne einer evidenzbasierten Medizin zu liefern. Da mit den Nachweisen auch Entscheidungen über die Akkreditierung bestimmter und die Diskreditierung anderer Therapieverfahren gefällt werden, gewinnt die Therapieforschung eine politische Dimension, bei der es um die Ausgabe knapper finanzieller Mittel für Forschung, Ausbildung und die Erstattung von Behandlungskosten geht. Psychotherapieforschung hat in der öffentlichen Auffassung vor allem mit Maß und Zahl zu tun, mit Begriffen wie Effizienz und Effektivität. Dabei wird übersehen, dass Psychotherapie als ein sehr komplexes Geschehen durch eine hohe Vielfalt von Bedingtheiten mit einer vernetzten Wirkungsweise bestimmt ist, die kaum vollständig empirisch zu erfassen und zu berechnen ist. Damit wird es schwer, das therapeutische Geschehen auf allgemeine, möglichst mathematisch formulierbare Gesetze zu definieren und im weiteren Verlauf auf die Indikation einer bestimmten Methode für einen bestimmten Zweck. Betrachtet man die hiermit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Übertragung des RCT-Designs in die Psychotherapieforschung, so scheint das am traditionellen naturwissenschaftlichen

Experiment ausgerichtetes Forschungsparadigma eine wenig geeignete Methode, Psychotherapie zu evaluieren. Die Forschung nach empirischer Evidenz für ein akkreditierbares Therapieverfahren ist dennoch unabweisbar und notwendig. Das bisherige Evaluationsmodell hat wichtige Erkenntnisse erbracht wie beispielsweise den Nachweis der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie. Wenn aber die bisherige Evaluationsstrategie manche für die Theorie und Praxis bedeutsamen Therapieformen wie z.B. die Gesprächspsychotherapie oder die Hypnotherapie systematisch nicht erfasst, weil diese nicht auf das medizinische Modell anwendbar sind, ihre berufsrechtliche und sozialrechtliche Anerkennung und damit per Gesetz ihre Ausübung bedroht ist, so sind die Kriterien dieses Evaluationsmodells zu überprüfen, wie Revenstorf ausführt und nachhaltig fordert (Revenstorf, 2005c).

In der aktuellen Entwicklung der Psychotherapie verlieren die Therapieschulen mehr und mehr ihre Konturen, die Übergänge zwischen den Therapieschulen werden unscharf und Therapeuten beginnen übergreifend – im Sinne eines technischen Eklektizismus, wofür sich bereits A. Lazarus aussprach – zu denken und zu handeln. Das hat auch durchaus seine Berechtigung, denn es besteht wenig Grund dazu, die therapeutische Arbeit auf einzelne Ebenen wie z.B. die der Träume oder des Affekts, des Denkens, Lernens oder Verhaltens zu beschränken. Zudem sind die offiziell akkreditierten Therapieverfahren ohnehin oftmals heterogene Methodensammlungen ohne geschlossenes Theoriegebäude (Revenstorf, 2005d). Die multimodale Mischung verschiedenster Methoden hat sich in der stationären Psychotherapie längst etabliert und wird von Therapeuten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zunehmend aufgegriffen. Ein großer Teil der klinisch arbeitenden Psychotherapeuten sind eher „Methodenmischer“ als „Puristen“. Somit stellt sich auch die Frage, ob das Konzept der Richtlinien-Psychotherapie diesen faktischen Entwicklungen überhaupt noch gerecht wird (Kächele & Strauß, 2008). Auch Milton Erickson vertrat die Auffassung einer eklektischen Herangehensweise in der Therapie. Seine Maxime bestand hauptsächlich darin, neue Ideen zu jedem individuellen Fall zu entwickeln und sich niemals, weder theoretisch noch praktisch, dogmatisch einengen zu lassen (Revenstorf, n.d.). Dabei ging er sogar noch einen Schritt weiter, indem er behauptete, jeder seiner Patienten erfordere eine eigene Therapie und einen neuen Ansatz (Revenstorf, 2005c). Moderne (Erickson'sche) Hypnotherapie orientiert sich im Geiste ihres Gründungsvaters in erster Linie an den Fähigkeiten des Patienten und betont die individuellen Besonderheiten des Patienten. Wesentliche Merkmale hypnotherapeutischer Arbeit wie Utilisation oder Ressourcenorientierung erweisen die Hypnotherapie als ein flexibles Verfahren, das mit verschiedenen Therapieformen kombiniert werden kann bzw. die sie in sich integriert (Revenstorf, 2009d). Eine Methoden-

kombination mit kognitiver Verhaltenstherapie hat sich beispielsweise in vielen Fällen als vorteilhaft gezeigt (Revenstorf, 2008).

Hypnose ist bekanntermaßen ein Instrument, dem viele Menschen besondere Macht zuschreiben. Das kann einerseits für Heilungsprozesse nützlich sein, begünstigt aber andererseits den Missbrauch durch „Nutznießer“ sowohl in der Therapie wie in der Unterhaltungsbranche (Peter & Revenstorf, 2009). Im Hinblick auf die Seriosität der klinischen und experimentellen Hypnose ist es demzufolge dringend erforderlich, den Hypnosebegriff als Titel zu schützen sowie eine qualifizierte Ausübung von Hypnotherapie im klinischen Bereich zu sichern (Revenstorf, 2005d), denn es gibt zurzeit noch kein Gesetz in Deutschland, das die Anwendung von Hypnose unter ethischen und professionellen Aspekten regelt (Peter, 2009b). Es muss festgehalten werden, dass Hypnose kein „Zaubermittel“ ist, wie es oft assoziiert wird. Die hypnotischen Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Menschen sind ganz individuell und somit reagiert auch jeder Patient höchst unterschiedlich (Wicks, 2009). Die Erwartungen an die Effektivität hypnotischer Schmerzkontrolle sollten demnach realistisch sein und von den Therapeuten auch entsprechend verantwortungsvoll vermittelt werden (Peter, n.d.). Beschränkungen in der Anwendung sind beispielsweise durch die mangelnde Hypnotisierbarkeit gegeben, wenn also die Fähigkeit zur Imagination, Konzentration und Absorption zu gering ausgeprägt ist, was auf etwa 15% der Patienten zutrifft (Revenstorf, 2008). Bei psychotischen Patienten oder Patienten mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung stößt der Einsatz dissoziativer Techniken an seine Grenzen und ist teils sogar kontraindiziert, da jene Personen besonders Schwierigkeiten haben, zwischen innerer und äußerer, imaginerter und „wirklicher“ Wirklichkeit zu unterscheiden (Peter, n.d.). Weitere Faktoren, die zu einer Kontraindikation beitragen sind z.B. eine passiv-rezeptive Grundhaltung des Patienten oder aber bei Vorliegen eines Krankheitsgewinns, der in diesem Zusammenhang von einer notwendigen Bearbeitung der zugrunde liegenden Problematik nicht zu lösen ist. Bei einigen Schmerzzuständen ersetzt die hypnotherapeutische Behandlung auch nicht die geeignete Medikation, kann sie jedoch oftmals erheblich verringern und manchmal sogar ganz ersetzen (Peter & Revenstorf, 2009).

Hypnose ist eine äußerst zeitgemäße Therapieform, die sich in den letzten Jahren einer zunehmenden Beliebtheit erfreut (Revenstorf, 2001). So ist ein deutlicher Trend zu beobachten, dass sich sehr viele psychologische und medizinische Psychotherapeuten, aber auch Zahnärzte sowie Sozialpädagogen, Sozialarbeiter und andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen für Hypnose interessieren (Peter, 2009b). In der therapeutischen Versorgung ist Hypnose bzw. Hypnotherapie nicht mehr wegzudenken (Revenstorf, 2001). Sie gewinnt an immer größer

werdender Bedeutung und ist unter Medizinern, Zahnmedizinern und Psychotherapeuten mittlerweile eine verbreitete Methode, die in der Praxis in mannigfacher Weise eingesetzt wird. In Deutschland gibt es unterdessen vier professionelle Fachgesellschaften für Hypnose: die Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH), die Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.), die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH) und die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und autogenes Training (DGÄHAT), die alle klinische Hypnose und Hypnotherapie als Zusatzausbildung²⁶ in Form eines Weiterbildungscurriculums anbieten. Innerhalb der Verhaltenstherapie kann Hypnose bisher als übende und suggestive Intervention abgerechnet werden (Revenstorf, 2006).

Die gegenwärtige Präsenz der Hypnose macht deutlich, dass sich Hypnotherapie wieder zunehmend in der Therapielandschaft etabliert und als ein seriöses, ernstzunehmendes und innovatives therapeutisches Verfahren zu begreifen ist (Revenstorf, 2006). Die derzeitigen Entwicklungen sind sehr positiv zu bewerten und als eine sichtbare Stärkung ihrer Position im therapeutischen Versorgungsbereich zu verstehen, die es nun fortzuführen und zu intensivieren gilt. Die indikationsspezifische Anerkennung durch den WBP bietet dazu eine gute Basis. Um eine fundierte und qualifizierte Anwendung der Hypnose zu sichern und damit die Konsolidierung bzw. Anerkennung der Hypnotherapie auf berufs- und sozialrechtlicher Ebene im deutschen Gesundheitssystem sicherzustellen, bedarf es in Zukunft noch weiterer Schritte (Revenstorf, n.d.). Das wird die inhaltliche Aufgabe künftiger Arbeiten sein.

²⁶ Voraussetzungen für den Erwerb eines Zertifikats in den Ausbildungsinstitutionen der verschiedenen Hypnosegesellschaften sind ein abgeschlossenes Hochschulstudium in Psychologie, Medizin oder Zahnmedizin, eine psychotherapeutische Grundausbildung oder Approbation und eine mehrjährige Berufspraxis, der Umfang von etwa 200 theoretischen themenspezifischen Seminarstunden und 50 Stunden Supervision (Revenstorf, 2006).

Literaturverzeichnis

- Alman, B.M. & Lambrou, P.T. (2006). *Selbsthypnose. Ein Handbuch zur Selbsttherapie* (6. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Anderson, J.A., Basker, M.A. & Dalton, R. (1975). Migraine and Hypnotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23 (1), 48-58.
- Banyai, E. & Hilgard, E.R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218-224.
- Grinder, J. & Bandler, R. (2004). *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Batschkus, M.M. (1994). *Hypnose in der Therapie von malignen Erkrankungen*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Bellach, B.-M., Ellert, U. & Radoschewski, M. (2000). Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43 (6), 424-431.
- Bernheim, H. (1888/1985). *Die Suggestion und ihre Heilwirkung* (S. Freud, Übers.). (Foto-mechanischer Nachdruck der Ausgabe Leipzig und Wien). Tübingen: Edition Diskord.
- Bongartz, W. (1993). Hypnose und immunologische Funktionen. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2., korrigierte und überarbeitete Aufl.) (S. 122-142). Berlin: Springer.
- Bongartz, W. (1996). *Der Einfluß von Hypnose und Streß auf das Blutbild. Psychohämatologische Studien*. Frankfurt: Verlag Peter Lang.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (1999). *Hypnose. Wie sie wirkt und wem sie hilft*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Bongartz, W. & Bongartz, B. (2000). *Hypnosetherapie* (2. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (4), 287-333.

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004). *Chronischer Schmerz. Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten* (Nachdruck) [Broschüre]. Kürten, L: Autor.
- Cegla, T. & Gottschalk, A. (2008). *Schmerztherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Dahm, A. (2007). Gesundheitspolitische Grundlagen der ambulanten Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (4. Aufl.) (S. 732-737). Stuttgart: Thieme.
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (n.d.). *Zahlen und Fakten zum chronischen Schmerz*. Verfügbar unter: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Zahlen_undFakten_neu.pdf [03.04.2009].
- Diener, H.C. (2008). Epidemiologie. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 30-31). Stuttgart: Thieme.
- Diener, H.-C. & Maier, C. (Hrsg.) (2009). *Die Schmerztherapie. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien* (3., überarbeitete Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Edgette, J. & Rowan, T. (2007). *Mental gewinnen. Hypnose im Sport*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Edmonston, W.E. (1981). *Hypnosis and relaxation*. New York: Wiley.
- Ellenberger, H.F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewußten. Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung* (vorliegende Ausg. folgt unverändert der 2. Aufl.). Zürich: Diogenes Verlag.
- Erickson, M.H. (1958). Hypnosis in painful terminal illness. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 117-121.
- 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. Band V Innovative Hypnotherapie I* (S. 310-320). Heidelberg: Carl-Auer.
- Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A. & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain*, 73 (3), 361-367.
- Fischern, I. von, Kraiker, C., Peter, B. & Spörrle, M. (2005). Osteopathie und Hypnose – eine mögliche Kombination in der Schmerztherapie? *Hypnose*, 0 (1/2), 89-102.

- Flor, H. & Birbaumer, N. (2001). Verhaltensmedizinische Grundlagen. In M. Zenz & I. Jurna (Hrsg.), *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S. 197-208) Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Flor, H. & Hermann, C. (1999). Schmerz. In H. Flor, N. Birbaumer & K. Hahlweg (Hrsg.), *Grundlagen der Verhaltensmedizin* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Klinische Psychologie, Bd. 3, S. 249-330). Göttingen: Hogrefe.
- Flor, H. & Hermann, C. (2007). Kognitiv-behaviorale Therapien. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (6. aktualisierte und überarbeitete Aufl.) (S. 603-616). Heidelberg: Springer.
- Fourie, D.P. (1994). *Hypnose. Ein ökosystemischer Ansatz*. München: Quintessenz VerlagsgmbH.
- Frede, U. (2007). *Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten*. Lengerich: Pabst.
- Fritsche, G. & Frettlöh, J. (2009). Psychologische Behandlung. In H.-C. Diener & C. Maier (Hrsg.), *Die Schmerztherapie. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien* (3. Aufl.) (S. 417-437). München: Urban & Fischer.
- Geissner, E. & Flor, H. (1999). Klinisch-psychologische Schmerzforschung – Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (4), S. 233-234.
- Gehling, M. & Tryba, M. (2001). Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz. In M. Zenz & I. Jurna (Hrsg.), *Lehrbuch der Schmerztherapie: Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung* (2., neu bearbeitete Aufl.) (S. 565-575). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Haanen, H.C., Hoenderdos, H.T., van Romunde, L.K., Hop, W.C., Mallee, C., Terwiel, J.P. & Hekster, G.B. (1991). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 18 (1), 72-75.
- Halsband, U. (2009). Neurobiologie der Hypnose. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 802-820). Heidelberg: Springer.

- Hechler, T., Dobe, M., Damschen, U. & Denecke, H. (2009). Psychologische Interventionen bei chronischen Schmerzen, In B. Zernikow (Hrsg.), *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (S. 170-188). Heidelberg: Springer.
- Heidemann, E. (1999). Tumorpatienten in Deutschland: Was wissen wir über Schmerzprävalenz? *Schmerz*, 13, 249-252.
- Hildebrandt, J. (2008). Krankheitsbild. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 10-15). Stuttgart: Thieme.
- Hoppe, F. (1986). *Direkte und indirekte Suggestionen in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Hoppe, F. (1993a). Schmerz. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (S. 297-312). Berlin: Springer.
- Hoppe, F. (1993b). Psychologische Wirkfaktoren der hypnotischen Schmerzlinderung: Eine Prozeßstudie zur symptom- und problemorientierten Anwendung von Hypnose bei chronischen Schmerzpatienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 420-440.
- Hüppe, M. & Fritsche, G. (2007). Fort- und Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (6. aktualisierte und überarbeitete Aufl.). (S. 3-6). Heidelberg: Springer.
- Iost-Peter, A. (2005). Erickson, Milton H. In G. Stumm, A. Pritz, P. Gumhalter, N. Nemeskéri, M. Voracek (Hrsg.), *Personenlexikon der Psychotherapie* (S. 122-124). Wien: Springer.
- Jovanović, U.J. (1988). *Methodik und Theorie der Hypnose. Psychobiologische Grundlagen, Hypnosetechnik, Phänomenologie, Mechanismen*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Jovanović, U.J. (1993). Historische Entwicklung der Hypnose. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2., korrigierte und überarbeitete Aufl.) (S. 7-24). Berlin: Springer.
- Jungck, D. (2003). Die Lage der Schmerztherapie in Deutschland. In T. Flöter & M. Zimmermann (Hrsg.), *Der multiple Schmerzpatient* (S. 43-56). Stuttgart: Thieme.
- Junker, S. (2004). *Hypnose und Magenspiegelung. Eine teilrandomisierte, kontrollierte Evaluationsstudie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.

- Kiernan, B.D., Dane, J.R., Philips, L.H. & Price, D.D. (1995). Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex: Further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain*, 60, 39-47.
- Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1995). Altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50 (10), 846-858.
- Kirsch, I., Montgomery, G., Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (2), 214-220.
- Klumbies, G. (1988). *Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin* (5., durchgesehene Aufl.). Leipzig: S. Hirzel Verlag.
- Koch, M., Müller-Schwefe, G.H.H., Treede, R.-D. & Zenz, M. (2008). Schmerz in Deutschland. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Weißbuch Schmerz. Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 1-7). Stuttgart: Thieme.
- Kohlmann, T. (2003). Muskuloskeletale Schmerzen in der Bevölkerung. *Schmerz*, 17, 405-411.
- Kossak, H.-C. (1997). *Lehrbuch Hypnose* (3. korrigierte Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kriz, J. (2001). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (5., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Kröner-Herwig, B. (2007). Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (6. aktualisierte und überarbeitete Aufl.) (S. 7-19). Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (6. aktualisierte und überarbeitete Aufl.) (S. 513-538). Heidelberg: Springer.
- Kropp, P. & Niederberger, U. (2002). Verhaltensmedizinische Therapieverfahren. In B. Schockenhoff (Hrsg.), *Spezielle Schmerztherapie* (2., aktualisierte und ergänzte Aufl.) (S. 151-177). München: Urban & Fischer.

- Labouvie, H., Kusch, M. & Hechler, T. (2009). Psychologische Interventionen bei akuten Schmerzen. In B. Zernikow (Hrsg.), *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (S. 152-169). Heidelberg: Springer.
- McGlashan, T.H., Evans, F.J. & Orne, M.T. (1969). The nature of hypnotic analgesia and the placebo response to experimental pain. *Psychosomatic Medicine*, 31, 227-246.
- Miltner, W. & Larbig, W. (1988). Verhaltensmedizinische Aspekte des Schmerzes. In W. Miltner, W. Larbig & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Psychologische Schmerzbehandlung. Themen der 14. Verhaltenstherapiewoche 1987* (S. 113-133). München: Gerhard Röttinger Verlag.
- Milzner, G. (1999). *Schmerz und Trance. Die Hypnotherapie von Schmerzsyndromen. Band 1: Theorie und Transfer*. Heidelberg: Carl-Auer.
- 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.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H. & Bovbjerg, D.H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia*, 94 (6), 1639-45.
- Mücke, K. (2003). *Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie- ein praktischer Ansatz - Lehr- & Lernbuch* (3. überarbeitete & erweiterte Aufl.). Berlin: ÖkoSysteme.
- Mühlig, S. (1997). *Schmerz und Schmerzbehandlung bei Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz.
- Nachemson, A.L. (1992). Newest knowledge of low back pain. *Clinical Orthopaedics and related research*, 279, 8-20.
- Neuhauser, H., Ellert, U. & Ziese, T. (2005). Chronische Rückenschmerzen in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland 2002/2003: Prävalenz und besonders betroffene Bevölkerungsgruppen. *Gesundheitswesen*, 65, 685-693.
- Neumann, U. (2002). Schmerz – Gesundheitsökonomische Bedeutung aus der Sicht der Kostenträger. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45, 451-454.

- Nilges, P. & Gerbershagen, H.U. (1994). Befund und Befinden bei Schmerz. *Report Psychologie*, 8, 12-25.
- O`Hanlon, W.H. (1995). *Eckpfeiler. Grundlegende Prinzipien der Therapie und Hypnose Milton Ericksons* (2.Aufl.). Salzhausen: iskopress.
- Patterson, D.R., Everett, J.J., Burns, G.L. & Marvin J.A. (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (5), 713-17.
- Peter, B. (1986). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle. Ein Überblick. *Hypnose und Kognition*, 3 (1), 27-41.
- Peter, B. (1990). *Hypnose*. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch, H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 482-500). Berlin: Springer-Verlag.
- Peter, B. (1991). Was ist Hypnose? In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Hrsg.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (S. 9-28). Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Peter, B. (1993a). Beiträge zur Integration der Hypnose Psychotherapie und Psychosomatik: Eine Bestandsaufnahme zum 15. Jahrestag der M.E.G. *Hypnose und Kognition*, 10 (2), 86-119.
- Peter, B. (1993b). Hypnotische Phänomene. In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2., korrigierte und überarbeitete Aufl.) (S.25-68). Berlin: Springer.
- Peter, B. (1997). Hypnose in der Behandlung von Krebschmerzen. *Experimentelle und klinische Hypnose*, 13 (2), 91-109.
- Peter, B. (2000). Hypnotische Selbstkontrolle. Die wirksame Psychotherapie des Teufelsbanner Johann Joseph Gaßner um 1775. *Hypnose und Kognition*, 17 (1+2), 19-34.
- Peter, B. (2002). Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle. Techniken und Konzepte. *PsychotherapeutenFORUM*, 9 (2), 5-14.
- Peter, B. (2005). Hypnose und Hypnotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (1), 34-39.
- Peter, B. (2006). *Einführung in die Hypnotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Peter, B. (2007). Hypnose. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (S. 581-601). Heidelberg: Springer.

- Peter, B. (2009a). Hypnotische Phänomene und psychopathologische Symptome. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 41-49). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009b). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (S. 821-854). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (n.d.). *Klinische Hypnose in der Schmerzbehandlung*. Verfügbar unter: <http://www.burkhard-peter.de/Artikel/artikel.html> [23.04.2009].
- Peter, B. & Revenstorf, D. (2009). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 128-146). Heidelberg: Springer.
- Pfaffenrath, V. (2008). Die Versorgungssituation. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 32-35). Stuttgart: Thieme.
- Pfingsten, M. (2007). Psychotherapeutische und psychologische Verfahren. In R. Baron & M. Strumpf (Hrsg.), *Praktische Schmerztherapie* (S. 175-183). Heidelberg: Springer.
- Pfingsten, M. & Nilges, P. (2007). Patienten mit chronischen Schmerzen – Versorgungsdefizite bei spezieller Schmerzpsychotherapie. *Report Psychologie*, 32 (3), 116-124.
- Pipam, V., Likar, R., Klocker, J., Bernatzky, G., Platz, T., Sittl, R. & Janig, H. (2002). Ergebnisse einer Umfrage zu Schmerzen und Lebensqualität bei Tumorpatienten. *Schmerz*, 16 (6), 481-489.
- Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B. & Bushnell, M.C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277 (5328), 968-971.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R.K., Bushnell, M.C. & Duncan, G.H. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain*, 82, 150-171.
- Rehfish, H.P. & Basler, H.-D. (2007). Entspannung und Imagination. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie* (6. aktualisierte und überarbeitete Aufl.) (S. 551-564). Heidelberg: Springer.

- Reinecker, H. (2009). Therapieforschung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3., vollständig bearbeitete und weiterentwickelte Aufl.) (S. 83-99). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (1988). Hypnose: Grundlagen und Klinische Anwendungen bei Schmerz. In W. Miltner, W. Larbig & J.C. Brengelmann (Hrsg.), *Psychologische Schmerzbehandlung. Themen der 14. Verhaltenstherapiewoche 1987* (S. 57-100). München: Gerhard Röttger Verlag.
- Revenstorf, D. (1996). Klinische Hypnose. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 315-333). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2005a). Hypnotherapie bei Schmerzen. Wie wirksam ist psychologische Schmerztherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 6 (1), 82-85.
- Revenstorf, D. (2005b). Hypnotherapie zwischen Professionalität und Show. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 175-179.
- Revenstorf, D. (2005c). Das Kuckucksei. Über das Pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 9, 1-10.
- Revenstorf, D. (2005d). *Effekte der Hypnotherapie*. Verfügbar unter: http://www.meg-tuebingen.de/downloads/Effekte_der_Hypnotherapie.pdf [23.06.2009].
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1 (1+2), 7-164.
- Revenstorf, D. (2008). Hypnotherapie bei körperlichen Symptomen. *Psychotherapie im Dialog*, 9 (3), e1-e8.
- Revenstorf, D. (2009a). Einführung. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 1-10). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (2009b). Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 13-31). Heidelberg: Springer.

- Revenstorf, D. (2009c). Effektivität der Hypnotherapie. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 791-801). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (2009d). Schlussdiskussion. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 857-863). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. (n.d.). *Anerkennung der Hypnotherapie*. Verfügbar unter: http://www.meg-hypnose.de/uploads/media/Anerkennung_Hypnotherapie.pdf [20.06.2009].
- Revenstorf, D. & Freund, U. (2009). Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 203-215). Heidelberg: Springer.
- Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach M.H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11 (1/2), S. 190-224.
- Revenstorf, D., Freund, U. & Trenkle, B. (2009). Therapeutische Geschichten und Metaphern. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 229-252). Heidelberg: Springer.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2002). *Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Heft 7) [Broschüre]. Diemer, W. & Burchert, H: Autoren.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rudolf, G. & Schulte, D. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1 (1+2), 165-172.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2008). *Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (8., aktualisierte & ergänzte Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Senf, W. & Broda, M. (2007). Was ist Psychotherapie? In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (4. Aufl.) (S. 2-9). Stuttgart: Thieme.
- Seemann, H. (2005). Psychologische Schmerzpsychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (1), 2-5.

- Seemann, H. (2008). Schmerzpatienten – Versorgungssituation im Bereich psychologisch-verhaltensmedizinischer Therapie. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 79-88). Stuttgart: Thieme.
- Seemann, H. (2009). Psychosomatische Schmerzen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 585-602). Heidelberg: Springer.
- Schmidt, C.O. & Kohlmann, T. (2008). Epidemiologie des Rückenschmerzes. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 16-20). Stuttgart: Thieme.
- Schultz, J.H. (1952). *Hypnose-Technik. Praktische Anleitung zum Hypnotisieren für Ärzte* (3. verbesserte Aufl.). Stuttgart: Piscator.
- Schulz-Stübner, S. (2007). Anästhesie und Schmerztherapie. In S. Schulz-Stübner (Hrsg.), *Medizinische Hypnose. Grundlagen und Behandlungstechnik* (S. 63-77). Stuttgart: Schattauer.
- Schulz-Stübner, S. & Herfort, A. (2007). Von Franz Anton Mesmer zu Milton Erickson: Geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der medizinischen Hypnose und ihre Protagonisten. In S. Schulz-Stübner (Hrsg.), *Medizinische Hypnose. Grundlagen und Behandlungstechnik* (S. 1-6). Stuttgart: Schattauer.
- Shah, I. (1995). *Das Geheimnis der Derwische. Sufigeschichten*. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Sonnenmoser, M. (2005). Chronischer Schmerz. Nur interdisziplinär behandelbar. *Deutsches Ärzteblatt*, 2, 79-81.
- Spanos, N.P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavior and Brain Sciences*, 9, 449-502.
- Spinhoven, P., Linssen A.C., Van-Dyck, R. & Zitman, F.G. (1992). Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. *General Hospital Psychiatry*, 14 (6), 408-415.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Stuttgart: Verlag Metzler-Poeschel.

- Stocksmeier, U. (1984). *Lehrbuch der Hypnose* (begründet von B. Stokvis u. D. Langen.- 4., völlig neu bearbeitete Aufl.). Basel: Karger.
- Stokvis, B. & Langen, D. (1965). *Lehrbuch der Hypnose* (2. Aufl.). Basel: Karger.
- Strumpf, M., Willweber-Strumpf, A. & Zenz, M. (2008). Tumorschmerz. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 63-77). Stuttgart: Thieme.
- Syrjala, K.L., Cummings, C. & Donaldson, G.W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48 (2), 137-146.
- Trenkle, B. (2002). *Die Löwengeschichte. Hypnotisch-metaphorische Kommunikation und Selbsthypnosetraining* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer.
- Trenkle, B. (2009). Utilisation. In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 86-91). Heidelberg: Springer.
- Vauth, C. & Greiner, W. (2008). Gesundheitsökonomische Bedeutung der Schmerzerkrankungen. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 99-111). Stuttgart: Thieme.
- Waddell, G. (1998). *The back pain revolution*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Wahl, R. (1994). Worin besteht der Sinn des chronischen Schmerzes? – Ein kommunikationsbezogener Versuch, Schmerz zu erklären. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Psychologische Behandlungsverfahren zur Schmerzkontrolle* (S. 12-22). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Walter, H., Grünberger, J., Gutierrez, K., Höfer, C., Lesch, O.M. & Linzmayer, L. (1997). Ideomotorische Pupillenreaktion bei akutem Schmerz vor und während hypnotischer Analgesie. *Hypnose und Kognition*, 14 (1+2), 33-36.
- Whorwell, P.J., Prior, A., Faragher, E.B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*, 2, 1232-1234.
- Wicks, G.R. (2009). Chirurgie. In D. Revenstorff & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2. Aufl.) (S. 641-651). Heidelberg: Springer.

- Willweber-Strumpf, A., Zenz, M. & Bartz, D. (2000). Epidemiologie chronischer Schmerzen. Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum. *Schmerz*, 14 (2), 84-91.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Version 2.6.1.* Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier20090514.pdf> [16.06.2009].
- Wolff, K. (1998). Hypnotische Archäologie. *Hypnose Bulletin*, 8 (2), 5-29.
- Zeidler, H. & Zink, A. (2008). Schmerzen des Bewegungssystems: Gelenk-, Muskel-, Sehnen- und Knochenschmerzen. In M. Koch & H.R. Vogel (Hrsg.), *Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischem Schmerz in Deutschland* (S. 37-50). Stuttgart: Thieme.
- Zeig, J.K. (2002). *Einzelunterricht bei Erickson. Hypnotherapeutische Lektionen bei Milton H. Erickson.* Heidelberg: Carl-Auer.
- Zernikow, B. (2009). Vorwort zur ersten Auflage. In B. Zernikow (Hrsg.), *Schmerztherapie bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen* (4. aktualisierte und erweiterte Aufl.) (S. IX-X). Heidelberg: Springer.
- Zeyer, R., Gabert-Varga, U., Revenstorf, D., Prudlo, U. & Trenkle, B. (1998). Hypnotherapie und Psychotherapie nach Milton H. Erickson. *Fundamenta Psychiatrica*, 12 (3), 127-138.
- Zimmermann, M. (1990). Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig, H.P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (S. 46-88). Berlin: Springer.
- Zimmermann, M. (2003). Überlegungen zur integrierten Versorgung von chronisch Schmerzkranken. In T. Flöter & M. Zimmermann (Hrsg.), *Der multiple Schmerzpatient* (S. 31-42). Stuttgart: Thieme.
- Zimmermann, M. (2004). Der chronische Schmerz. Epidemiologie und Versorgung in Deutschland. *Orthopäde*, 33, 508-514.
- Zimmermann, M. & Seemann, H. (1985). *Expertise zur Lage Schmerzforschung und zur Versorgungslage chronischer Schmerzpatienten in der Bundesrepublik Deutschland.* Universität Heidelberg.

Zimmermann, M. & Seemann, H. (1986). *Der Schmerz - ein vernachlässigtes Gebiet in der Medizin? - Defizite und Zukunftsperspektiven in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Springer.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Manuela Knörrich, an Eides Statt, die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne die unerlaubte Hilfe Dritter verfasst zu haben.

Alle wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommenen Stellen dieser Arbeit sind unter Quellenangaben einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift