

KONSTRUKTION VON „SCHMERZGESTALT“ UND „SYMPTOMTRÄGER“: ZWEI HYPNOTHERAPEUTISCHE STRATEGIEN BEI CHRONISCHEN SCHMERZPATIENTEN

CONSTRUCTION OF "PAIN-GESTALT" AND "SYMPTOM-BEARER": TWO HYPNOTHERAPEUTIC APPROACHES FOR THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN PATIENTS

Burkhard Peter

Zusammenfassung

Es werden zwei Strategien zur hypnotherapeutischen Behandlung von chronischen Schmerzpatienten beschrieben, die Konstruktion einer „Schmerzgestalt“ und die eines „Symptomträgers“, und an einem Fallbeispiel erläutert. Indikationen und Kontraindikationen werden diskutiert.

Schlüsselwörter chronische Schmerzpatienten – Hypnotherapie – „Schmerzgestalt“ – „Symptomträger“

Summary

Two approaches for the treatment of chronic pain patients, "pain-gestalt" and "symptom-bearer", are described and illustrated by a case example. Indication and contra-indication are discussed.

Keywords chronic pain patients – hypnotherapy – "pain-gestalt" – "symptom-bearer"

Eine der Grundideen der Hypnotherapie ist es, eine *alternative Wirklichkeit* zu konstruieren und darin entsprechende therapeutische Veränderungen vorzunehmen; diese sollten so beschaffen und vor allem so überzeugend sein, dass sie in die reale Wirklichkeit leicht übernommen werden können. Je eindrucksvoller, d. h. „wirklicher“ im Sinne von Halluzinationen oder Illusionen, das Erleben in der alternativen, hypnotischen Wirklichkeit ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit des Transfers in die reale Wirklichkeit.

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

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

Die verschiedenen Techniken zur hypnotischen Schmerzkontrolle sind schon häufig beschrieben worden (vgl. z. B. Barber, 1996; Erickson, 1967/1998; Esdaile, 1846/1902; Peter, 1986, 1998, 2004), ebenso die vermuteten Wirkmechanismen und die nachgewiesene Effektivität (Hilgard und Hilgard, 1975/1994; Montgomery et al., 2000; Peter, 2006a).

Grundlage der hypnotischen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten ist, sie in Selbsthypnose zu unterrichten (z. B. Alman, 2001). Leider ist der Zustand der hypnotischen Trance allein zur Schmerzkontrolle nur selten hinreichend. Es müssen in der Regel spezifische Suggestionen und Imaginationen eingeführt werden, die schmerzinkompatiblen Charakter haben. Im Folgenden werden zwei hypnotherapeutische Strategien ausführlicher dargestellt, die für chronische Schmerzpatienten gut geeignet sind: die Konstruktion einer *Symptomgestalt* und die Konstruktion eines *Symptomträgers*.¹ Beide Strategien können auch ohne formale Tranceinduktion als geleitete Imagination durchgeführt werden. Nach meiner Erfahrung zeigen diese Strategien aber *nach* einer Tranceinduktion einen größeren Effekt. Diese Erfahrung lässt sich durch viele Untersuchungen direkt und indirekt bestätigen. So wurde beispielsweise in Metaanalysen nachgewiesen, dass Hypnose ganz allgemein die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie signifikant verbessert (Kirsch et al., 1995; Kirsch, 1996). Der Grund mag darin liegen, dass in hypnotischer Trance die psychophysiologische Flexibilität (z. B. Crawford et al., 2004) von suggestiblen Patienten besser genutzt werden kann – solche Patienten also wesentlich leichter zu führen sind – und der Wirklichkeitscharakter der Imaginationen erhöht ist (z. B. Spiegel und Kosslyn, 2004), das unmittelbare Erleben also wesentlich eindrucksvoller ist.

¹ Der besseren Lesbarkeit wegen verwende ich im Folgenden nur die maskuline Form; es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Hypnoseinduktion und Kontaktaufnahme mit dem „Unbewussten“

Chronische Schmerzpatienten sollen Selbsthypnosetechniken erlernen, die es ihnen ermöglichen, das in den Therapiestunden Eingeübte auch zu Hause zu wiederholen und zu vertiefen. Ein prominentes Beispiel hierfür ist Milton H. Erickson; infolge eines Post-Polio-Syndroms litt er in den letzten zwei Jahrzehnten seines Lebens unter Polyneuropathie. Nur mit täglicher Selbsthypnose konnte er seine Schmerzen kontrollieren und bis wenige Tage vor seinem Tod als Psychotherapeut und Ausbilder aktiv bleiben (Erickson und Rossi, 1977/1995).

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

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

Konstruktion und Modifikation einer Symptomgestalt

Schmerzen sind Körperempfindungen, sie werden auf dem kinästhetischen Sinneskanal wahrgenommen. Da der kinästhetische Modus zu den Nahsinnen gehört, sind Schmerzen nicht so einfach zu ignorieren – man kann nicht einfach wegschauen und man kann sich nicht die Ohren zuhalten wie bei den Objekten unserer Fernsinne Sehen und Hören. Schmerzen lösen deshalb auch leichter negative Affekte aus – das Leiden unter den Schmerzen –, die gerade bei chronischen Patienten manchmal nicht mehr im Verhältnis zum reinen somatosensorischen Anteil der Schmerzreizung stehen. Das sind nur zwei Gründe, die erklären, warum Schmerzen willkürlich nicht so leicht bzw. manchmal überhaupt nicht kontrollierbar oder modifizierbar erscheinen.

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

Lokalisation und Grenzen der Schmerzen

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

„Wo genau im Körper spüren Sie den Schmerz?“

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

„Wenn Sie das schmerzende Gebiet mit einem Bleistift oder Filzstift umgrenzen, so dass Sie spüren: bis dahin reicht der Schmerz, und ab dieser Grenze ist schmerzfreies Gebiet; bitte achten Sie darauf, was genau Sie dabei als Unterschied sehen.“

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

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

Transposition in eine andere Sinnesmodalität

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

„Wenn man den Schmerz sehen könnte, wie sähe er wohl aus? Hat er eine bestimmte Farbe? Was ist der Unterschied zum schmerzfreien Gebiet?“

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

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

Veränderung der Sinnesqualitäten

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

„Nun bitte ich Sie, gehen Sie wieder etwas tiefer in Trance, zeigen Sie Ihrem Unbewussten die genaue Lage und Form Ihres Schmerzes, berichten Sie ihm, wie er aussieht und sich anhört, was man fühlt, wenn man ihn mit den Fingern berührt (nun folgt in etwa denselben Worten, die der Patient zuvor benutzt hat, eine detaillierte Beschreibung der Schmerzgestalt durch den Therapeuten). Und dann bitten Sie Ihr Unbewusstes, diese Schmerzgestalt genau zu untersuchen und

herauszufinden, an welcher Stelle Veränderungen ganz leicht möglich sind. Die überlassen Sie nun ganz Ihrem Unbewussten; Sie müssen sich nicht einmischen, nichts dazu tun, sondern nur ganz aufmerksam sein, ganz achtsam beobachten, hören und fühlen, wie ... Ihr Unbewusstes beginnt, den Schmerz zu verändern, ganz von selbst, ganz von allein.

In dem Maße nun, wie ... Ihr Unbewusstes beginnt, tatsächlich den Schmerz Stück für Stück zu verändern, beginnt die linke (oder rechte) Hand nach oben zu gehen (Armlevitation), ganz von selbst, ganz von allein. Es ist ganz leicht, und Sie müssen nichts dazu tun, sondern ... Sie überlassen alles Ihrem Unbewussten ... und beobachten genau, so dass Sie sehen können: die Farbe beginnt sich zu verändern, der Ton verändert sich, das Gefühl beginnt sich zu verändern ... genau in dem Maße, wie Ihre Hand geht in diesen Zustand leichter Steifigkeit und beginnt sich zu heben, geht immer höher und höher ... in dem Maße, wie Ihr Unbewusstes verändert den Schmerz mehr und mehr ...”²⁾

Hierzu gibt es nun detaillierte Vorschläge, dass sich beispielsweise ein dunkles Rot aufhellen oder gar die Farbe wechseln kann, dass sich Töne verändern können etc. Ähnlich wie es dem Patienten in der verhaltenstherapeutischen Schmerz-fokussierungstechnik vorgeschlagen wird, erfolgen nun diese Vorschläge an das Unbewusste des Patienten mit der stets wiederholten Aufforderung an ihn, alles seinem Unbewussten zu überlassen. Dieses übernimmt nun alle Arbeit der Veränderung und zeigt das über die Armlevitation an.

Zusammenfassung

Das Prinzip der Konstruktion und Modifikation der Schmerzgestalt ist deutlich: Über die „Fernsinne“ soll das Symptom zunächst externalisiert (das entspricht einer Dissoziation) und dann durch unbewusste Ressourcen des Patienten (sein „Unbewusstes“) aktiv manipuliert werden. Hierdurch soll seine Selbstkontrolle erweitert und sein Selbstwirksamkeitserleben gestärkt werden. Die Veränderung der Schmerzgrenzen, die Transposition auf eine andere Sinnesmodalität und schließlich die Modifikation auf der Ebene der Sinnesqualitäten führen zumindest zu einer Veränderung der affektiven, manchmal auch zu einer deutlichen Reduktion der sensorischen Symptomkomponente.

Dass man den Patienten nicht einfach nur auffordert, sich die Veränderungen bloß vorzustellen, wie beispielsweise in der Verhaltenstherapie, möglicherweise unter Verwendung einer vorausgegangenen Entspannungsübung, sondern ganz explizit den Zustand einer hypnotischen Trance über entsprechende Rituale induziert, hat seinen Grund darin, dass der hypnotische Zustand nachgewiesenermaßen die physiologischen und kognitiven Prozesse erleichtert, die zu einer erfolgreichen Schmerzkontrolle nötig sind; Entspannung und Imagination allein erzielen nicht die gleichen Effekte (für einen zusammenfassenden Überblick vgl. z. B. Peter, 2004). Dieses Ergebnis ist allerdings nur für Patienten mit hinreichender Suggestibilität zu erreichen; für Patienten mit geringerer Suggestibilität

wirkt die Tranceinduktion dann vermutlich ähnlich wie eine Entspannungsinduktion. In beiden Fällen erscheint es aber sinnvoll, mithilfe der beschriebenen Strategie die physiologischen und kognitiven Prozesse anzustoßen.

Indikation und Kontraindikation

Diese Strategie der Symptomgestalt ist sehr gut für klar umschriebene Schmerzzustände geeignet, ist primär also symptomzentriert. Sie überfordert aber möglicherweise bei unklaren, wandernden oder nicht leicht zu fassenden Schmerzen. Sie erfordert im Prinzip keine hohe Hypnotisierbarkeit und eigentlich auch keine formale Hypnose, obwohl diese aus o. g. Gründen von Vorteil ist. Die verschiedenen Techniken der *indirekten Hypnose* (Revenstorf und Freund, 2001) sollten ausgiebig zur Anwendung kommen.

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

Konstruktion und Modifikation eines Symptomträgers

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

Gerade Patienten mit somatoformen Schmerzen weisen in der Regel die Idee weit von sich, dass ihr Schmerz etwas mit ihrer Biographie oder mit ihren Lebensumständen zu tun haben könnte, und insistieren auf einer rein körperlichen Ursache. Man muss solchen Patienten aber auch nicht immer mangelnde Einsicht unterstellen, wenn man davon ausgeht, dass sich ihre Symptome durch eine lange Reihe kleiner, unterschwelliger Stressoren so lange kumulativ entwickelt haben, bis zu irgend einem Zeitpunkt eine morphologische Noxe aufgetreten ist, die dann in Form eines Symptoms Aufmerksamkeit erzwungen hat; die gesamte schleichende, kumulative Entwicklung ist in solchen Fällen dann buchstäblich außerhalb der bewussten Wahrnehmung des Patienten vor sich gegangen, so dass dieser zu Recht keinerlei Erkenntnisse über ihre Ätiologie haben kann und eine „psychische“ Verursachung entsprechend leugnet.

Dennoch besteht die Aufgabe des psychologischen Schmerztherapeuten auch darin, solchen Patienten ein stimmiges biopsychosoziales Krankheitsmodell zu vermitteln, ihnen also die Idee nahezubringen, dass ihre Schmerzen nicht nur etwas mit einer Fehlfunktion ihres Körpers zu tun haben, sondern mit bestimmten Aspekten ihrer Vergangenheit und/oder mit ihren heutigen Lebensumständen. Für solche Patienten ist die

²⁾ Die kleinen grammatikalischen Ungenauigkeiten, die in der Schriftsprache hervortreten, sind den Techniken indirekter Suggestionen (hier „eingestreuete“ Suggestionen) geschuldet und fallen im gesprochenen Text nicht auf.

folgende Strategie des Symptomträgers gedacht, die von Meiss (2001) bei psychosomatischen Störungen schon beschrieben worden ist und eine spezielle Variante der Stellvertretertechnik (Bongartz und Bongartz, 2001) darstellt.

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

1. Konstruktion des Symptomträgers

Der Patient wird nach einer Tranceinduktion gebeten, sich eine Person vorzustellen (vor seinem inneren Auge auftauchen zu lassen oder sein Unbewusstes zu bitten, ihm eine solche Person zu zeigen), die ihm völlig fremd ist, die also mit keiner ihm bekannten Person Ähnlichkeiten hat. Das Einzige, was er von dieser Person weiß, ist, dass sie die gleiche Symptomatik hat wie er selbst. Dann wird der Patient gebeten, diese Person zu beschreiben, indem er die Fragen des Therapeuten beantwortet. Zunächst beginnt man wieder mit der Ortsbestimmung, um den Wirklichkeitseindruck zu verstärken (vgl. Peter, 2001a):

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

Es ist darauf zu achten, dass der Patient in der Beobachterposition weit genug vom Symptomträger entfernt ist, um hinreichend neutral beobachten zu können und nicht emotional affiziert zu werden. Auch die Angabe der genauen Perspektive (*„Sehen Sie ihn vis-à-vis oder schräg von oben?“*) erhöht den Wirklichkeitseindruck.

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

„Nun beschreiben Sie bitte, in welcher Position Sie ihn sehen, stehend, sitzend oder liegend. (Und nun weiter für den Fall eines stehenden Symptomträgers:) Steht er mit beiden Füßen gleichmäßig eben auf dem Boden, steht er breitbeinig da, oder hat er die Beine eng beieinander? Sind beide Knie durchgedrückt, oder hat er ein Stand- und ein Spielbein ...? betrachten Sie genau, wie die Oberschenkel im Becken stehen, ist das Becken aufrecht oder gekippt ... schauen Sie sich an, wie die Wirbelsäule sich aus dem Becken erhebt, ganz gerade oder nach der einen oder anderen Seite geneigt ... entsprechend hat sie oben im Brustbereich eine größere oder kleinere Krümmung ... in welcher Position befinden sich die Schultern, an denen die Arme hängen, sind sie hoch gezogen, nach außen gerichtet, sind sie zurückgezogen oder hängen sie nach vor-

ne ... welche Neigung hat die Wirbelsäule im Nackenbereich, und wie sitzt der Kopf darauf ... betrachten Sie das Gesicht, wie ist die Mimik, welche Spannung haben die Muskeln um den Mund, die Augen, die Stirn?“

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

Eine solche anatomisch-physiologische Befragung sollte im Idealfall dazu führen, dass es ganz offen aufscheint, dass der Symptomträger in einer derartigen Position und Verfassung die beklagten Symptome haben muss.

Beispiel: Eine junge Frau mit diffusen Oberbauchbeschwerden, medizinisch o. B., sah eine junge, dynamische Managerin durch einen Park in Richtung ihres Büros gehen. Sie ging eiligen, energischen Schritts, stramm aufgerichtet, fast im Stehschritt. In Gedanken war sie schon weit voraus im Büro, gewissermaßen wie mit Scheuklappen blind für ihre unmittelbare Umgebung, für die Schönheit des Parks, die frische Luft und die milde Wärme der frühmorgendlichen Sonnenstrahlen. Ihr gesamtes muskuloskelettales System war perfekt in Ordnung, ebenso das Herz-Kreislauf-System, denn solch perfekt funktionierenden Muskeln wollen gut mit Blut versorgt sein.

Meine Bitte, nun auch den Bereich zwischen Brust und Becken zu beschreiben, irritierte die Patientin sehr, denn dort, wo üblicherweise der Bauch lokalisiert ist, war bei dieser Frau nichts zu sehen, eine Art gähnendes Loch, so als hätte diese Frau keinen Bauch, keinen Magen, keinen Darm und keine sonstigen Organe im Bauch. Entsprechend konnte sie keine Aussagen darüber machen, wie sich diese Frau ernährt, wie sie Hunger und Sättigung empfindet oder einfach nur, was ihrem Bauch gut täte, denn das alles interessierte diese Frau nicht; Essen war für sie notwendige Zeitverschwendung, was sie ab und an unwillig hinter sich brachte.

Ich ließ das kommentarlos stehen und fragte nur, ob es noch etwas zu berichten gäbe, wonach ich bislang nicht gefragt hatte. Nachdem sie das verneinte, ging ich zum nächsten Schritt, dem „Anti-Symptomträger“, über:

2. Konstruktion des Anti-Symptomträgers

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

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

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

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

Ihr Nachteil – in den Augen meiner Patientin – war nur, dass sie offenbar keinerlei berufliche Ambitionen hatte, dass sie eventuell sogar von einem Mann finanziell abhängig war und dass sie keinerlei Ehrgeiz hatte, diesen Zustand entscheidend zu verändern, sondern sich unter diesen Bedingungen ganz wohl zu fühlen schien.

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

In jedem Fall sollte vermieden werden, dass der Patient sich vorschnell mit den Stellvertreterfiguren identifiziert, weil bzw. wenn dies zu Abwehrreaktionen führt. Gerade bei der Konstruktion des Anti-Symptomträgers kommen manchmal karikaturhaft verzerrte Anti-Typen zum Vorschein, die die Patienten dann entsetzt ablehnen und u. U. jegliche weitere Mitarbeit verweigern, wenn deren Bedeutung zu offensichtlich wird, wie etwa: *„Was habe ich mit so jemanden zu tun? Meinen Sie etwa, um keine Schmerzen mehr zu haben, müsste ich so ein Ekel werden wie dieser Typ?“*

Hypnotherapeuten in der Erickson'schen Tradition vermeiden es häufig, Stellvertreterfiguren oder Symbole offen zu interpretieren. Sie vertrauen darauf, dass die Bedeutung sich dem Patienten von selbst erschließt, wenn er dazu bereit bzw. entsprechend vorbereitet ist, um sie nicht nur kognitiv zu verstehen, sondern auch emotional anzunehmen und falls nötig in adaptives Verhalten umzusetzen. Zu diesem Zweck wird bisweilen auch versucht, ein vorschnelles Verstehen von Bedeutungen aktiv zu verhindern. Hierzu dienen auch bestimmte sog. Amnesietechniken (vgl. Peter, 2001b).

3. Zusammenführen von Symptomgestalt und Anti-Symptomgestalt

Nachdem die beiden Stellvertretergestalten konstruiert worden sind, geht es darum, sie einander so weit anzunähern,

dass sie die jeweils andere Sichtweise, das jeweils andere Leben kennen lernen können. Primäres Ziel ist nicht Integration der beiden, obwohl das nicht verhindert wird, wenn es sich von allein anbietet. Ziel ist lediglich, wechselseitig zu begreifen, was es konkret für die Lebensführung und die Einstellung zum Leben bedeutet, keine bzw. vice versa eben gerade diese spezifischen Schmerzen zu haben.

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

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

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

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

Beispiel: Bei der oben erwähnten Patientin mit den Oberbauchbeschwerden weigerte sich zunächst die Symptomträgerin, sich zu jener molligen, lasziven und „nutzlosen“ Person auf der Chaiselongue zu begeben, weil sie ihr allzu weit entfernt von ihrer eigenen Welt erschien. Sie war auch durch noch so gutes Zureden nicht zu irgend einem Schritt in diese Richtung bereit, so dass es mir auf der Zunge lag, ihr zu sagen, dass alles im Leben seinen Preis hat und manche Menschen eben mit

Schmerzen für ihren beruflichen Ehrgeiz bezahlen müssen. Doch das wäre zynisch und unangebracht gewesen und hätte vermutlich den Rapport erheblich gestört.

So bat ich die Anti-Symptomträgerin, zur Symptomträgerin herüberzukommen und sich hinter diese Frau zu begeben, die im Eilschritt durch den Park haste und mit ähnlichen Scheuklappen nicht rechts noch links zu sehen, nichts zu hören und zu fühlen. Sie war zwar willens, das zu tun, nach kurzer Zeit aber nicht mehr fähig, denn sie geriet bald außer Atem und zudem wurde ihr schlecht, denn es war früh morgens, viel zu früh für sie, und sie hatte noch nicht gefrühstückt und buchstäblich einen leeren Bauch, der nun anfang, weh zu tun, wenn sie dieses Tempo beibehalten wollte. Sie verlor den Kontakt und wunderte sich nur, wie die andere, die Symptomträgerin, es schaffte, in dieser Situation mit ihren Gedanken schon im Büro zu sein und dort die einzelnen Aufgaben vorzuplanen. So forderte ich sie auf zu versuchen, die Symptomträgerin zu bitten, vielleicht etwas langsamer zu gehen, damit der Kontakt nicht abreiße, ihr vielleicht sogar davon zu erzählen, was ihr durch den Kopf geht, was sie für den heutigen Tag plant, welche Menschen sie treffen und welche Aufgaben sie erledigen wird.

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

An dieser Stelle erklärte ich der Anti-Symptomträgerin, dass sich Menschen auch darin unterscheiden, wie gut sie ihren Körper und dessen Empfindungen dissoziieren können. Das habe Vorteile, weil einem der Körper nicht hinderlich ist, wenn man beispielsweise eine Aufgabe erfüllen muss. Das habe aber auch Nachteile, weil man bestimmte Signale des Körpers – beispielsweise ein leichtes Hungergefühl oder nur einen leeren Magen – nicht mehr registriert und so nicht entsprechend reagieren kann. Das kann dazu führen, dass sich im Laufe der Zeit solide Symptome, beispielsweise Schmerzen, entwickeln. Aber das sei nur eine denkbare Erklärung, denn Schmerzen könnten ganz unterschiedliche Ursachen haben. Wenn Schmerzen nur gering genug sind, könne man sie lange Zeit ausblenden, einfach nicht zur Kenntnis nehmen, bis sie dann die Bewusstseinschwelle mit Macht überschreiten; dann aber handelt es sich meist schon um ein ernstes Symptom, das sich nicht mehr leugnen lässt.

Es dauerte einige Zeit, bis die Symptomträgerin doch zu motivieren war, in die Welt der Anti-Symptomträgerin einzutreten. Hierbei half das „Unbewusste“, das eines Tages auf meine wie-

derholten Fragen mit einer Levitation der „Ja-Hand“ antwortete. Verabredungsgemäß benutzte die Patientin zunächst nur ihren visuellen Sinneskanal und schaute sich im Zimmer der anderen um: Vieles war ihr fremd, manches gefiel ihr jedoch – und später erfuhr ich, dass sie ungefähr zu diesem Zeitpunkt begann, an ihrer eigenen Wohnung Kleinigkeiten zu verändern, die nicht nur zweckmäßig waren. Als Nächstes traute sie sich, den Geruchs- und Tastsinn der Anti-Symptomträgerin zu erkunden – sie probierte verschiedene Parfums und Badeöle aus –, dann kam der Geschmackssinn und erst danach eine vage, vorsichtige Empfindung für ihren Bauch.

Das löste zunächst unangenehme, auch schmerzhaft empfundene aus und führte zu spontanen Altersregressionen, in der wir einige unschöne Erfahrungen aus ihrer frühen Jugend aufarbeiteten.³ Danach verschwanden die Oberbauchbeschwerden langsam.

4. Symbolisierung der Stellvertreter

Bei manchen, insbesondere bei sehr „uneinsichtigen“ somatoformen Patienten ist es sinnvoll, noch eine weitere Stufe der Verfremdung einzuführen. Das geschieht am besten mithilfe einer passenden Symbolisierung von Anti- und Symptomfiguren. Je nach therapeutischer Einschätzung können hier bestimmte Standardfiguren bzw. -handlungen vorgegeben werden, wie sie z. B. im Katathymen Bilderleben gebräuchlich sind oder bei Bongartz und Bongartz (2001) sowie Meiss (2001) beschrieben werden.

Zusammenfassung

Es ist wohl deutlich geworden, dass bei dieser Strategie der Patient „dezentrieren“, zu sich selbst in einen hinreichend großen Abstand gehen soll, um sich und seine Symptomatik im weiteren Kontext – aus der Perspektive eines affektlosen Beobachters – zu sehen und so Verständnis für Ätiologie und Kontingenzen zu entwickeln, was ihm im zentrierten Modus nicht möglich ist. Hier soll er dann ein alternatives Modell entwickeln und Teile davon in (hypnotischem) sensu erproben.

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

Indikation und Kontraindikation

Obwohl vorteilhaft, erfordern symbolische Strategien keine formale Hypnose noch hohe Hypnotisierbarkeit, wohl aber

³ Auf eine detaillierte Beschreibung der Inhalte in den Altersregressionen wird in diesem Technik-Artikel aus Platzgründen verzichtet (vgl. hierzu z. B. Peter, 2001c).

Imaginationsfähigkeit. Sie sind für problemorientiertes Arbeiten bei psychosomatischen oder somatoformen Symptomen gut geeignet. Es bedarf aber gerade bei Letzteren schon einer gewissen *Bereitschaft und Fähigkeit zur Einsicht*, um nicht als bloße „Psychospielereien“ abgetan zu werden.

Literatur

- Alman B (2001): Selbsthypnose. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 312-325
- Barber J (ed.) (1996): Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: A clinical guide. New York, NY, US: W. W. Norton & Co, Inc.
- Bongartz B, Bongartz W (2001): Die Stellvertretertechnik. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 184-194
- Crawford HJ, Horton JR, Lichtenberg P (2004): Die Neurowissenschaft der Hypnose: Der Einfluss von genetischen, neuroanatomischen und Informationsgeschwindigkeitsfaktoren auf die hypnotische Antwortbereitschaft. *Hypnose und Kognition* 21(1+2):93-118
- Erickson MH (1967/1998): Eine Einführung in Theorie und Praxis der Hypnose zur Schmerzkontrolle. In: Rossi EL (Hrsg.): *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Vol. 5. Heidelberg: Carl Auer, S. 310-320
- Erickson MH, Rossi EL (1977/1995): Selbsthypnotische Erfahrungen von Milton H. Erickson. In: Rossi EL (Hrsg.): *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson*. Vol. 1. Heidelberg: Carl Auer, S. 161-194
- Esdaile J (1846/1902): *Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine*. Chicago: The Psychic Research Company
- Hilgard ER, Hilgard JR (1975/1994): *Hypnosis in the relief of pain*. Rev. ed. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel
- Kirsch I (1996): Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – Another meta-reanalysis. *J Consult Clin Psychol* 63(3) : 517-519
- Kirsch I, Montgomery GH, Sapirstein G (1995): Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 63(2) :214-220
- Meiss O (2001): Hypnotherapie bei psychosomatischen Störungen. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 525-537
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH (2000): A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn* 48(2):138-153
- Peter B (1986): Hypnotherapeutische Schmerzkontrolle: Ein Überblick. *Hypnose und Kognition* 3(1):27-41
- Peter B (1998): Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Der Schmerz* 12(3):179-186
- Peter B (2000): Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des „therapeutischen Tertiums“. *Psychotherapie* 5(1):6-21
- Peter B (2001a): Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In: Revenstorff D, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Heidelberg: Springer
- Peter B (2001b): Hypnotische Hypermnese und Amnesie. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 216-227
- Peter B (2001c): Altersregression. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 227-240
- Peter B (2004): Hypnose. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP (Hrsg.): *Psychologische Schmerztherapie*. 5 Aufl. Berlin: Springer, S. 567-587
- Peter B (2006a): Kapitel 6.6: Schmerz Wahrnehmung. In: D. Revenstorff, Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie (*Hypnose*. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, S. 71-77). München: MEG-Stiftung
- Peter B (2006b): Einführung in die Hypnotherapie. Heidelberg: Carl Auer
- Revenstorff D, Freund U (2001): Indirekte Induktion und Kommunikation. In: Revenstorff DP, Peter B (Hrsg.): *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Ein Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer, S. 169-184
- Spiegel D, Kosslyn S (2004): Glauben gleich Sehen: Die Neurophysiologie der Hypnose. *Hypnose und Kognition* 21(1+2):119-138

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