

**„Wenn es so weh tut!“**

## **Therapeutische Kommunikation und Resonanz in der Schmerztherapie**

*Hansjörg Ebell*

### **Schmerz = Symptom und Erfahrung**

Ein Miss-Verständnis bestimmt die Begegnung der Protagonisten in der Schmerztherapie: Sowohl für die auf Grund ihrer leidvollen Schmerzerfahrung Linderung und Heilung suchenden Patienten als auch für die meisten Behandler einer Schmerzsymptomatik erscheint es selbstverständlich, dass es sich bei Schmerzen im Wesentlichen um die Interpretation von Schadensmeldungen (Nozizeption) aus der Körperperipherie im Gehirn handelt bzw. deren „bottom up“-Übersetzung im Zentralnervensystem. Als Erklärungsmodell ist diese Auffassung Jahrhunderte alt und entspricht der menschlichen Erfahrung. In der Regel wird sie mit der Darstellung von Descartes (1596-1650) illustriert (Abb.1).

Die Vorstellung damals: Wenn Feuer dem Fuß nahe genug kommt, wird für dadurch in Bewegung versetzte Partikel am Ende eines Stranges im Gehirn eine Pore geöffnet. Dieser Strang wird mit einem Seil verglichen, an dem man zieht, um eine Warnglocke ertönen zu lassen. Verglichen mit dieser historischen „Klingelschnur“-Analogie ist das Wissen über neurophysiologische Grundlagen der Nozizeption bis heute gigantisch angewachsen: von molekularen Vorgängen im Gewebe bis zur Verarbeitung der Informationen aus der Peripherie in den neuronalen Netzwerken des Zentralnervensystems. Es kann Vieles erklären und wurde zur Grundlage wirksamer Behandlungsmaßnahmen (z.B. für die Verwendung von Opiaten bei Operationen und Krebserkrankungen).

In den letzten Jahrzehnten – auch und insbeson-



*Abb. 1: Schmerz als Schadensmeldung an das Zentralnervensystem*

Hansjörg Ebell

### **Wenn es so weh tut!“ – Therapeutische Kommunikation und Resonanz in der Schmerztherapie**

*Eine Unterscheidung zwischen Schmerzen als Erfahrung (krank sein) und wissenschaftlich begründeten Erklärungsmodellen, d.h. Schmerzen als Symptom einer Krankheit ist von eminenter theoretischer und praktischer Bedeutung. Die Trennung zwischen objektiv nachweisbaren Ursachen von Schmerzen und deren Auswirkungen bzw. ihrer Bewertung als leidvolle Erfahrung ergibt sich aus den zwei Perspektiven der jeweiligen Protagonisten (Patienten und Behandler) auf dasselbe. Die Einordnung von Schmerzen als Ergebnis einer Störung, Verletzung oder Erkrankung, die Unterscheidung in akut und chronisch bzw. in objektive oder subjektive Ursachen setzen eine Außen-Perspektive voraus, die auf bestimmten Kriterien beruht (z.B. wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Erfahrung). Ein hypno-systemisches Verständnismodell hilft bei sog. psycho-somatisch bedingten, somatoformen (psychogenen) oder funktionellen Körperbeschwerden typische und häufige Schwierigkeiten und Probleme der Behandler-Patient-Beziehung zu verstehen und zu überwinden. Intersubjektive Resonanz ermöglicht eine therapeutisch wirksame Kommunikation zwischen Behandelnden und Behandelten, um objektiv angemessene sowie subjektiv zufriedenstellende Therapieziele gemeinsam zu ermitteln und auch zu erreichen.*

*Stichworte: akute und chronische Schmerzen, funktionelle Körperbeschwerden, therapeutische Kommunikation, Hypnose, Behavioral Inhibition System (BIS), Behavioral Activation System (BAS), intersubjektive Resonanz.*

### **„When it hurts so badly!“ - Therapeutic Communication and Resonance in the Treatment of Pain**

*The experience of pain (i.e. being ill) and the scientific explanation of pain as a symptom (i.e. illness) are two major perspectives eminently relevant to both patients and therapists as respective protagonists. There is an inherent bond between an objectively determinable source of pain and its subjective experience as suffering. Here two perspectives refer both to the very same thing. The classification of pain as a dysfunction, injury or illness in terms of acute, chronic or objective suffering requires its recognition according to the defined criteria of scientific research or clinical experience. A hypno-systemic approach proves useful when trying to comprehend and/or overcome difficulties that frequently arise within the therapist-patient relationship. Here complaints are often qualified as psycho-somatic, somatoform (psychogenic) or as functional disorders. Intersubjective resonance, however, supports the notion of efficient communication in order to identify and achieve the desired goals of treatment and the treated.*

*Keywords: acute and chronic pain, functional physical disorders, therapeutic communication, hypnosis, behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS), intersubjective resonance*

Dr. med. Hansjörg Ebell  
Breisacherstraße 4 – Rückgebäude, 81667 München  
[www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)

erhalten: 21.4.22      akzeptiert: 5.6.22

dere durch die Etablierung einer Schmerztherapie als eigenständigem, interdisziplinärem Fachgebiet – ist immer deutlicher geworden, dass dieser Aspekt jedoch nicht verallgemeinert werden darf (Egloff et al., 2008). Im Gegenteil: Schmerzen können durch Interventionen auf dieser Grundlage noch leidvoller erlebt bzw. eher chronifiziert als erfolgreich behandelt werden. Selbst Schmerztherapeuten können so zu dem Problem werden, für dessen Lösung sie sich halten. Um diese komplexe Gemengelage verstehen zu können, braucht man höchst differenzierte Betrachtungsweisen.

Die Erfahrung Schmerz wird nicht nur von der Quantität und Qualität jener Informationen beeinflusst, die das Gehirn vom Körper („bottom up“) erreichen, sondern unterliegt auch einer vom Gehirn ausgehenden sog. „top down“-Modulation, d.h. Einflüssen aus Vorerfahrungen, Erwartungen, der aktuellen Stimmung und vielen weiteren Faktoren. Um adäquat behandeln zu können, muss Schmerz also sowohl als Erfahrung wie auch als Symptom verstanden werden. Es sind zwei Perspektiven auf dasselbe und beide müssen angemessen berücksichtigt werden.

### **Schmerz als Emotion**

Chapman, renommierter Schmerzforscher und Mitverfasser der zweiten Auflage des ersten Lehrbuchs zur Schmerztherapie überhaupt (Bonica, 1990), geht noch einen Schritt weiter. Er verweist auf die zentrale Rolle des Leidens (suffering) im Kontext einer schweren Erkrankung (Chapman & Gavrin, 1995) für das Verständnis von Schmerz allgemein. Wissenschaftlich gut fundiert vertritt und begründet er und Nakamura (2002): „Der aktuelle Wissensstand würde rechtfertigen, Schmerz als eine Emotion mit sensorischen Aspekten zu interpretieren, im Gegensatz zur früheren Vorstellung einer sensorischen Erfahrung mit emotionalen Folgen“ (S. 202)

Weiter heißt es in ihrem Buchbeitrag mit dem Titel „Constructing pain – How pain hurts“: „Insbesondere kann das konstruktivistische Schmerzmodell über die klassische Schmerztheorie hinausgehen, um folgende Probleme zu erklären: Schmerz beinhaltet sowohl ‘top-down’-Einflüsse als auch ‘bottom-up’-Signale von Gewebsschädigungen, Schmerzen können auch ohne Gewebsschädigung auftreten, Schmerz ist vor allem ein emotionales Phänomen, Schmerz wirkt als ein ‚Attraktor‘ im Sinne der Theorie dynamischer Systeme“ (S. 202, Übersetzungen H.E.). Weitere grundlagenwissenschaftliche Belege für dieses systemisch-konstruktivistische Verständnis der Schmerzerfahrung (vergleichbar mit der komplexen Regulation von Stress) wurden in für Schmerztherapeuten maßgeblichen Journals veröffentlicht (z.B. Chapman et al, 2008).

### **Wahrnehmung von „Wirklichkeit“**

Um zu den sich aus dieser Auffassung ergebenden praktisch-schmerztherapeutischen Konsequenzen zu kommen, muss der konstruktivistisch-systemische Blick noch erweitert werden. Um im Alltag funktionieren zu können, müssen wir uns meist nicht

### *Wenn es so weh tut*

damit befassen, dass „Realität“ alles andere ist als eine 1:1-Übersetzung von Informationen, die uns über die vertrauten Sinneskanäle Sehen, Hören, Spüren, Riechen und Schmecken vermittelt werden. Immer geht es um hochkomplexe Konstrukte, um Sinn machende Interpretationen, die auf einem genetisch codierten und individuell biografisch geprägten Lernuntergrund erfolgen. Blitzschnell und weitestgehend ohne bewusste Ein-

flüsse oder Kontrolle findet ein ununterbrochener Abgleich statt: „Ist das Erlebte gefährlich oder sicher, ist es bereits bekannt oder unbekannt, [...]?“ Spätestens, wenn es gar nicht stimmen kann, dass die Quelle der Schmerzen dort zu suchen ist, wo es weh tut, muss sich die Schmerztherapie damit befassen, z.B. bei sog. Phantomschmerzen (d.h. Schmerzempfindungen in einem Körperteil, das durch Verlust nach Unfall oder Operation gar nicht mehr vorhanden ist). Die „Quelle“ der schmerzhaften Empfindungen kann in diesem Fall nur die ursprüngliche Repräsentation dieses Körperteils im Zentralnervensystem sein. Zaubertricks und optische Täuschungen sind ein weiteres gutes Beispiel für die Konstruktion von „Realität“. Selbst mit einem angelegten Zentimetermaß, das exakt die gleiche Länge der Querstriche misst, werden wir den Eindruck nicht los, dass das „eigentlich“ nicht stimmen kann (Abb. 2).

Durch das Betrachten von Fotos können starke Emotionen ausgelöst werden. Es erschiene uns ziemlich unsinnig, die Unterschiede zwischen den subjektiven Reaktionen auf die Abbildung einer Person, in die man sich gerade frisch verliebt hat und einer, die einem verhasst ist, in den Kontrasten, der Farbgebung und anderen objektiv genau definierbaren Parametern der Fotografien zu suchen bzw. zu finden. Ein vergleichbares Problem ergibt sich jedoch bei der millionenfach gestellten Diagnose „Rückenschmerz“ bei der Interpretation von diagnostischen Befunden mittels sog. „Bild gebender Verfahren“ (z.B. Röntgen, Computertomografie oder Magnetresonanztomografie) – mit fatalen Folgen.

### **Wenn der Patient sagt, dass es so weh tut, dann tut es so weh!**

#### **Aber: Was tun?**

Wenn beide Aspekte – Schmerz sowohl als Erfahrung als auch als Symptom bzw. Hinweis auf eine Krankheit – ernst genommen werden, heißt dies: Wenn der Patient sagt, dass es so weh tut, dann tut es so weh! Ohne Wenn und Aber. Über subjektiv empfundene Wirklichkeiten zu streiten, führt nicht nur nicht weiter, sondern schon gar nicht in eine therapeutische Zusammenarbeit, um gemeinsam angemessene Ziele zu erreichen. Andererseits ist niemand gut beraten, wenn nur die durch das Leid vermittelte

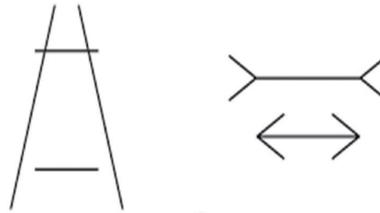


Abb. 2: Optische Täuschung: Die Querstriche sind gleich lang.

Dringlichkeit Handlungsanleitung sein soll. Sehr wohl braucht es differenzierte und wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für die geklagte Symptomatik, um sinnvoll und aussichtsreich schmerztherapeutisch handeln zu können (Henningsen et al., 2018, Roenneberg et al., 2019). Diesem Ziel dienen sowohl das „Objektivieren“ bzw. die Symptom- bzw. Krankheitsperspektive als auch ein „Subjektivieren“ der leidvoll erlebten Schmerzerfahrung. Analog zur physikalischen Messung, die einen Lichtstrahl, der durch ein Prisma geleitet wird, in bunten Spektralfarben erscheinen lässt, kann man bio-psycho-sozio-spirituelle Komponenten unterscheiden und erfragen bzw. mittels validierten Testverfahren erfassen.

### Schmerz als emergentes Phänomen

Konstruktivistisch-systemisch wird Schmerz als ein emergentes Phänomen, als Endergebnis aller beteiligten Einflussfaktoren verstanden. Die folgende schematische Darstellung (Abb.3) dient als Grundlage für eine Bestandsaufnahme sowie im Behandlungsverlauf für eine kritische Reflexion und Bewertung der Zusammenarbeit von Behandlern und Behandelten. Das Ziel dabei ist, gemeinsam ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamt-Therapiekonzept zu ermitteln und umzusetzen.

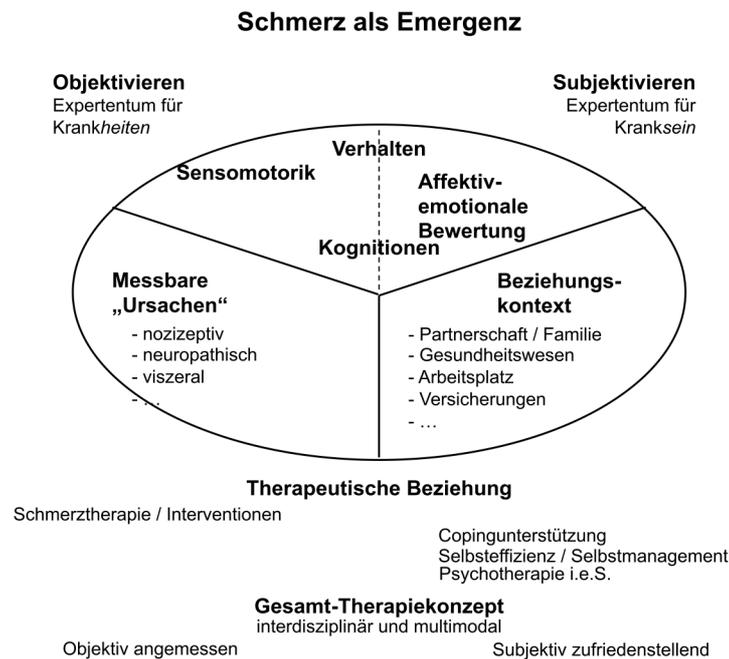


Abb.3: Zusammenfassende Darstellung objektivierbarer und subjektiver Faktoren

Wenn es so weh tut

### Exemplarische Fallgeschichte von Herrn B.

Vorgeschichte und Diagnosen: Herr B. wurde an den Autor zur psychotherapeutischen Behandlung mit Verweis auf Hypnose und Selbsthypnose überwiesen. Begonnen (Ursache oder Anlass?) hatte seine Leidensgeschichte mit der Operation eines eingewachsenen Zehennagels der rechten Großzehe vor drei Jahren. Danach hatten sich Dauerschmerzen im Knie entwickelt, die dann auf die linke Seite wechselten (dort die gleiche Operation) und sich dann bis zum Kiefergelenk und Ohr ausgebreitet und mehrere Behandlungsversuche mit interventioneller Schmerztherapie veranlasst hatten, ohne jeglichen Erfolg bzw. jedesmal von einer Verschlechterung gefolgt und inzwischen „unerträglich“ geworden waren. Infolgedessen war Herr B. zu einem „schwierigen Fall“ geworden. Auf der „subjektiven“ Seite gab es in diesem Abschnitt seines Lebens erhebliche persönliche Belastungen (beruflich bedingter längerer USA-Aufenthalt in großer Einsamkeit, Tod des leiblichen Vaters, den er kaum gekannt habe, aber seine Wohnung auflösen musste, eine für seine Karriere bzw. seinen Beruf höchst wichtige Prüfung im ersten Anlauf nicht bestanden (als „Willkür“ empfunden) und ein dramatischer Beinahe-Arbeitsunfall), die der Patient jedoch in keinem Zusammenhang mit seinem Schmerzproblem bzw. der Chronifizierung gesehen und erlebt hat. Da kein „somatisches Korrelat“ (wie es im dualistisch-medizinischen Erklärungsmodell heißt) gefunden werden konnte, lautete die Diagnose: „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (Abb.4):

Herr B. litt nun nicht nur unter chronischen Schmerzen, gegen die „nichts“ geholfen hatte, sondern hatte aus seiner Sicht auch noch eine zusätzliche Pathologie bzw. psychiatrische Störung bescheinigt bekommen. Darum sah er in dieser Diagnose auch keine entlastende Erklärung, sondern erlebte sie als zusätzlichen Stress. Seine zweite Diagnose („akute Be-

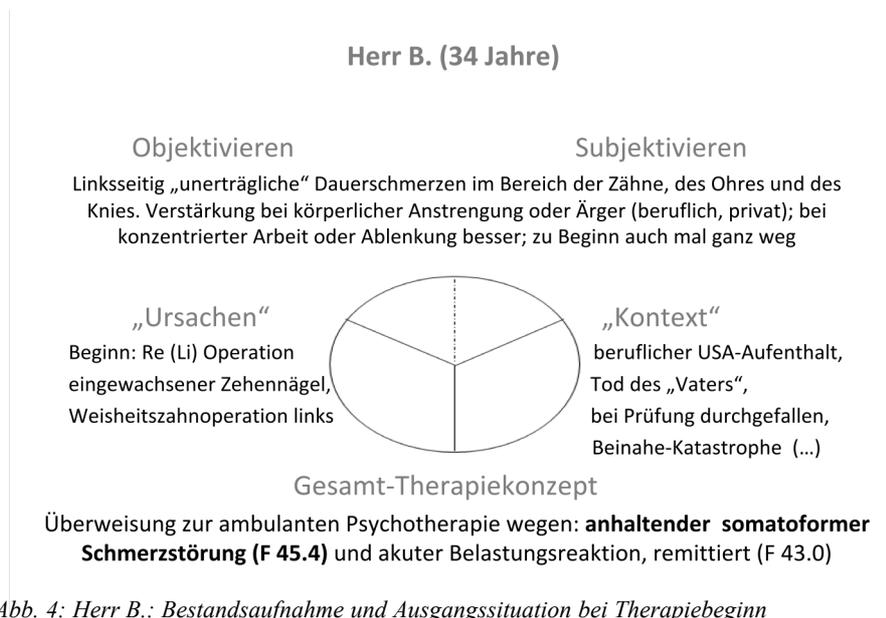


Abb. 4: Herr B.: Bestandsaufnahme und Ausgangssituation bei Therapiebeginn

lastungsreaktion“, s. Abb.4 unten) bezog sich auf einen Beinahe-Unfall bei der Arbeit, der ihn um ein Haar das Leben gekostet hätte; das „remittiert“ stand dafür, dass die erforderlichen Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt waren („es war ja auch noch mal gut ausgegangen“). Dieses Ereignis bzw. seine Reaktion darauf dürften jedoch bei seiner Stressbelastung insgesamt und seinem Schmerzerleben höchstwahrscheinlich ebenfalls eine wichtige Rolle gespielt haben.

Bei einer solchen Gewichtung im Emergenzschema auf der rechten, „subjektiven“ Seite (Abb. 3) führt interventionelle Schmerztherapie fast ausnahmslos immer tiefer in die sog. Chronifizierungsspirale und nur eine verbindliche Kooperation mit dem Patienten an Hand vieler Fragen, worum es „eigentlich“ geht, bietet eine Chance auf Rehabilitation oder gar Heilung – außer Spontanheilung. Letztere wird allerdings immer unwahrscheinlicher, je mehr sich fast das ganze Leben mit fataler Eigendynamik und Verstärkung von Depression und Ängsten um die Schmerzen dreht.

### **Therapeutische Beziehung – Bedingungen für die Zusammenarbeit bzw. ein Arbeitsbündnis**

Für jegliche therapeutische Zusammenarbeit – ganz unabhängig davon, ob Hypnose eine Rolle spielen soll oder wird – ist die Qualität der therapeutischen Beziehung Ausschlag gebend. Bei der geschilderten Ausgangssituation mit Herrn B. braucht es unbedingt Mitgefühl und wohlwollende und Sicherheit vermittelnde Präsenz auf Seiten des Therapeuten (Porges, 2017) sowie Vertrauen in die Ressourcen und das Entwicklungspotential des Patienten und nicht zuletzt auch Erfahrung in der Arbeit mit Patienten, die unter chronischen Schmerzen (Ebell, 2001, 2002, 2010) oder sog. „unklaren Körperbeschwerden“ leiden (Hausteiner-Wiehle & Henningsen, 2015).

Um die im Folgenden skizzierte therapeutisch wirksame Zusammenarbeit mit Herrn B. bzw. Verlauf und Ergebnis verstehen und nachvollziehen zu können, sei auf drei Voraussetzungen verwiesen:

1. Die bereits angeführte Unterscheidung von Schmerz als Erfahrung und Schmerz als Symptom.
2. Die Berücksichtigung der konstruktivistisch-systemischen Grundregel der Kommunikation, dass der Empfänger die Botschaft bestimmt und nicht der Absender.
3. Die neurophysiologische und neuropsychologische Unterscheidung von Vermeidungszielen und Annäherungszielen bzw. entsprechender Repräsentation in neuronalen Netzwerken.

#### **1. Krank sein – Krankheit**

In der Monografie „Wesen und Bedeutung des Schmerzes“ (Sauerbruch & Wenke, 1936) findet sich die Unterscheidung von „anthropologischem Kranksein“ und „medizinischem Krankheitsbild“. „Im ersten Falle handelt es sich um das ‘Sein’, um den existenzialen Totalzustand, im zweiten Falle um ein ‘Bild’, d.h. um eine abstrakte

*Wenn es so weh tut*

Konstruktion von Wirkungszusammenhängen, die die Forschung nach ihren eigenen Gesichtspunkten des medizinisch Bedeutsamen herstellt.“ (S. 76)

Beide Perspektiven auf dasselbe sind wesentlich, um angemessen behandeln zu können: Sowohl der Fokus auf das existenzielle Erleben (insbesondere die Anerkennung der Bedeutung des Leidens an den Schmerzen) als auch eine weitest gehende Beantwortung der Warum-Fragen zu möglichen Ursachen der Schmerzen (s. Emergenzschema „Schmerz“, Abb.3). Mit Anerkennung und Respekt für die Perspektive des Anderen kann die Kooperation der jeweiligen „Experten“ für krank *sein* und *Krankheit* am ehesten gelingen: im Sinne von Shared Decision Making / SDM (Barry, 2012; Caspari, 2007) bzw. Partizipativer Entscheidungsfindung / PEF (Hauser et al., 2015).

Ein Gegeneinander von Behandelnden und Behandelten führt keinen Schritt weiter und schon gar nicht in Richtung Rehabilitation und Heilung. Nur ein sich ergänzendes Miteinander führt heraus aus einer eingefahrenen Chronifizierungsspirale bzw. eröffnet Möglichkeitsräume für Besserung und Heilung. In den Vorbemerkungen zur aktuellen S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ (AWMF 2018) ist zu lesen: „Im Vergleich zur Vorgängerversion („Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“) spricht diese Aktualisierung in Titel und Text von ‚funktionellen Körperbeschwerden‘. *Dieser Begriff wird von Betroffenen bevorzugt*“ (Hervorhebung H.E.). Es ist erstaunlich, dass sich klinische Erfahrung so schnell bis auf diese Ebene durchgesetzt hat.

Die erste Etappe der Kooperation der „Experten“ für die beiden Perspektiven, Herr B. (Erfahrung) und H.E. (Symptom), dient der gemeinsamen Ermittlung von Behandlungszielen und Festigung eines Arbeitsbündnisses. Herr B. ist ein aufmerksamer und kritischer Zuhörer für Erklärungen (entspricht dem Anteil der Edukation in multimodalen und interdisziplinären Programmen für Patienten mit chronischen Schmerzen). Dabei interessieren ihn insbesondere Zusammenhänge von Anspannung und Entspannung für die Leistungsfähigkeit der Muskulatur und von möglichen Funktionsketten von den Zehen bis zum Kopf bzw. von Schmerz als sinnvollem Warnsignal vor Überlastung. Daraus ergeben sich viele Überlegungen zur Entwicklung seiner Schmerzsymptomatik über die Jahre und in der Folge Hausaufgaben (incl. Selbsthypnoseübungen) für hier und jetzt, aber auch Recherchen in Hypnose zu seinen persönlichen Quellen von Stress bzw. Verspannung und Überlastung. Viele Antworten, die wir auf Grund ideomotorischer Befragung (Fingersignale) zu möglichen Zusammenhängen ermitteln, fallen für ihn überraschend aus bzw. ganz anders als er gedacht hatte. Erfahrungen, die ihn überzeugen bzw. auf unbewusste Anteile und Quellen in Gegenwart und Vergangenheit verweisen, d.h. Antworten, die von ihm selbst gegeben wurden und damit nicht – wie in der Zeit seiner Suche nach einer „Reparatur“ – als übergestülpte, psychologisierende Deutungen abgewehrt wurden.

## **2. „Der Empfänger bestimmt die Botschaft“**

In nüchterner Wissenschaftssprache kann die therapeutische Beziehung definiert werden als Begegnung „zweier verschiedener, nicht trivialer, operativ geschlossener

und selbstreferentieller Systeme“ (Willke, 2005). Aus dieser konstruktivistisch-systemischen Auffassung ergeben sich wesentliche Schlussfolgerungen und Voraussetzungen für eine gelingende, d.h. therapeutisch wirksame Kommunikation: „Ganz im Gegensatz zu herkömmlichen Vorstellungen von Intervention bedeutet dies, dass jede externe Intervention darauf angewiesen ist, sich als Ereignis im Bereich der möglichen Perzeptionen des intervenierten Systems darzustellen. [...] Wie diese Informationen sich auswirken, hängt in erster Linie nicht von den Absichten der Intervention, sondern von der Operationsweise und den Regeln der Selbststeuerung des Systems ab, in das interveniert werden soll. [...] *Veränderung ist – legt man die Theorie selbstreferentieller Systeme zu Grunde – nur als Eigenleistung des zu verändernden Systems möglich.*“ (S. 88-89; Hervorhebung H.E.)

Gemäß hypnotherapeutischem Verständnis der zentralen Bedeutung von Pacing und Leading arbeiten wir weitestgehend im Modus der expliziten Zustimmung und Einsicht (Ja-Haltung bzw. Yes-Set). Ich vergewissere mich immer wieder, ob die von mir angebotenen Annahmen und Erläuterungen verstanden bzw. geteilt werden. Wann und zu welchen Themen über eine hypnotherapeutische Kommunikation hinaus ein formelles Hypnoserial mit Induktion, Utilisation auf der inneren Bühne und ggf. Anker oder posthypnotischem Auftrag sowie Reorientierung (Ebell, 2004) verwendet wird, ergibt sich aus unserer Zusammenarbeit bzw. Resonanz (Ebell, 2017) und folgt keinem vorher von mir festgelegten Therapieplan.

Insbesondere bei Recherchen zur sog. Vergangenheit bzw. bei Altersregression verwende ich als Ausgangspunkt explizit „Hier und Jetzt“ mit Datum und Uhrzeit. Meist lasse ich viel Spielraum für persönliche, aus unbewusster Quelle gespeiste, „überraschende“ Wendungen auf der inneren Bühne, d.h. ich gebe keine Suggestionen für Imaginationen, was er wie wo erleben soll und lasse ihn auch sein Trance-Erleben währenddessen nicht in beschreibende Worte für mich übersetzen. Ich orientiere mich ganz daran, dass ich über Fingersignale erfahre, dass er unterwegs ist und dass es ihm „okay“ geht, auch wenn es mir von außen emotional heftig erscheint. Das Erlebte besprechen wir dann nach der Reorientierung (ggf. inklusive Konsequenzen aus dem eben Erlebten für ihn ganz aktuell).

### **3. „Vermeidungsziele“ und „Annäherungsziele“**

Die pathogenetische Ausrichtung der medizinischen Schmerzbehandlung auf die Beseitigung von Krankhaftem oder einer Störung (Vermeidungsziele) braucht unbedingt eine salutogenetische Ergänzung, d.h. wünschenswerte Annäherungsziele, was konkret als Verbesserung gelten kann. Bei sog. „funktionellen“ Störungen geht es gar nicht ohne Letztere. Perspektivisch sind gemeinsame individuelle Recherchen beider „Experten“ erforderlich zu Fragen wie: Was kann wie helfen, um – selbst bzw. gerade(!) unter schwierigen Bedingungen – wieder gesund zu werden? Was kann als individuelle Unterstützung dienen, um optimal mit Leiden (Schmerz) und Überforderung umzugehen und eventuell gar Heilung zu ermöglichen (u.a.m.)? Eine solche gründliche Zusammenarbeit erfordert Vertrauen und Zeit, d.h. ein psychotherapeutisches Setting.

### *Wenn es so weh tut*

Unsere Zielrichtung (alle Annäherungsziele sind im Folgenden kursiv gesetzt) ist: *Rehabilitation* statt Fortsetzung der bisherigen Reparatur-Versuche, die zur Intensivierung der Chronifizierungsspirale geführt hatten, *Geschehenlassen mit Zuversicht und Vertrauen in die homöostatische Eigenregulation* statt wiederholter Ent-Täuschungen und Ohnmachtserfahrungen im medizinischen Behandlungssystem und persönlichen Umfeld; *Förderung von Eigenaktivität* statt passiver Erwartungshaltung – insbesondere im Hinblick auf Selbstwirksamkeitserfahrungen bei der Erforschung eigener Beiträge zu positiven Veränderungen im Gesamtsystem (Emergenz); *Erforschung biografischen Erlebens aus der Perspektive mitfühlenden Verstehens* für „damalige“ Gefühle und Verhalten und Entscheidungen; *Konsequenzen ziehen* aus vermiedener Trauer, Gefühlen von Einsamkeit, einem aktuellen Trennungskonflikt (Partnerschaft); *Optimierung des Umgangs mit beruflichem Stress* bzw. ein Gleichgewicht finden von Anspannung und Entspannung; Interpretation bzw. Bedeutung der Schmerzen (wo auch immer) als sinnvolles Warnsignal aus dem eigenen System (wofür es auch immer stehen mag) statt als „ein zu bekämpfendes Problem“.

Das Interesse an Hypnose und seine Fähigkeiten, tief einzutauchen in das Erleben auf seiner inneren Bühne, führen Herrn B. zu vielfältigen Erkenntnissen. So werden aus der Metapher der bio-psycho-sozio-spirituellen Spektralfarben der Schmerzerfahrung für ihn ganz persönliche Ansatzpunkte, um vielfältige Verbesserungen anzustreben und auch zu erreichen. Für den gemeinsamen Lernprozess stand insgesamt ein Zeitraum von zweieinhalb Jahren zur Verfügung (45 Therapiestunden).

Sowohl „Chronifizierung“ als auch „Rehabilitation“ und „Heilung“ werden aufgefasst als emergente Phänomene. Auf einer neurobiologischen Ebene beruhen alle drei auf Neuroplastizität, d.h. auf komplexen Lernprozessen. Therapeutisch zielen vielfältige Einzelimpulse auf eine salutogene Entwicklung insgesamt. Wesentlich für das Gelingen dieses Unterfangens sind Erfolgserlebnisse (insbesondere Selbstkompetenz-Erfahrungen auf Seiten der Betroffenen) sowie ein Gefühl von Zuversicht, d.h. „vorwärts“ zu kommen – auch und gerade, wenn der Weg sehr mühsam ist. Die große Herausforderung kann man generell so formulieren: Bei langjährig chronifizierten Schmerzsyndromen beruht die Kooperation der „Experten“ vor allem in einer konstruktiven Überwindung der Ent-Täuschung, dass therapeutische Interventionen („Reparaturen von außen“) den individuellen Um-Lernprozess der Betroffenen selbst („von innen“) in ihrem jeweiligen Beziehungskontext (Partner, Familie, Arbeitsplatz, Medizinisches Behandlungssystem etc.) nur unterstützen aber nicht ersetzen können. Die neurophysiologischen und neuropsychologischen Aspekte der Unterscheidung von Vermeidungszielen (Aktivierung des sog. Behavioral Inhibition Systems / BIS) und Annäherungszielen (Aktivierung eines sog. Behavioral Activation System / BAS) sind hierfür nicht nur die Grundlage, sondern auch ein hilfreiches Erklärungsmodell:

### **Behavioral Inhibition System / BIS**

Bei Vermeidungszielen werden die Amygdala bzw. Kerngebiete und Schaltkreise aktiviert, die Angst und vermeidendes Verhalten steuern – automatisch, blitzschnell und unbewusst. Es handelt sich um machtvoll bestimmende, archaische Überlebens-

reaktionen („fight-, flight-, freeze-reactions“), die sich für gemeinschaftlich lebende Säugetiere, zu denen auch der Mensch gehört, über Jahrtausende bewährt haben. Graue (2004) hat didaktisch diesbezüglich auf ein sog. Behavioral Inhibition System (BIS) verwiesen: „Vermeidungsziele erfordern dauernde Kontrolle sowie verteilte statt fokussierte Aufmerksamkeit. Man kann sie nie ganz erreichen. Selbst wenn man eine Gefahr erfolgreich abgewehrt hat, kann man nie sicher sein, dass nicht eine andere Gefahr von einer anderen Seite droht. Bei Vermeidungszielen muss man immer auf der Hut sein.“ (S. 278)

Schmerz ist einer der stärksten „Attraktoren“ für diese Art Alarmreaktionen. Darum gilt es bei chronifizierten, komplexen Schmerzsyndromen, die Kooperation grundsätzlich auszurichten auf ein Weg von der Bekämpfungsperspektive bzw. Weg von Vermeidungszielen („kein Schmerz“) hin zu einer individuellen Suche nach „Was stattdessen“-Erfahrungen, die ein Mehr an Lebensqualität und Sicherheit beinhalten. Sowohl die Behandelnden (Krankheitsperspektive) als auch die Behandelten (krank sein bzw. Erfahrungsperspektive) erarbeiten dafür gemeinsam Annäherungsziele und modifizieren diese im Rahmen ihres gemeinsamen Lernprozesses. Zur Veranschaulichung der Bedeutung eines solchen Perspektivenwechsels ist die folgende Grafik sehr gut geeignet – auch in der gemeinsamen Betrachtung und Würdigung durch beide „Experten“ (Abb.5):

In der Perspektive der oberen Hälfte wird immer ein Problem „gemessen“, bis zum allerletzten Millimeter; dass beim Wert 0 (z.B. auf einer visuellen Analogskala für Schmerz) das Problem dann ganz weg ist, ist zwar gut, aber so kaum als Erfolgserlebnis erfahrbar. Für die Erfolgskontrolle in der Schmerztherapie verwendete Tagebuchaufzeichnungen von Schmerzen ermöglichen zwar, Veränderungen zu dokumen-

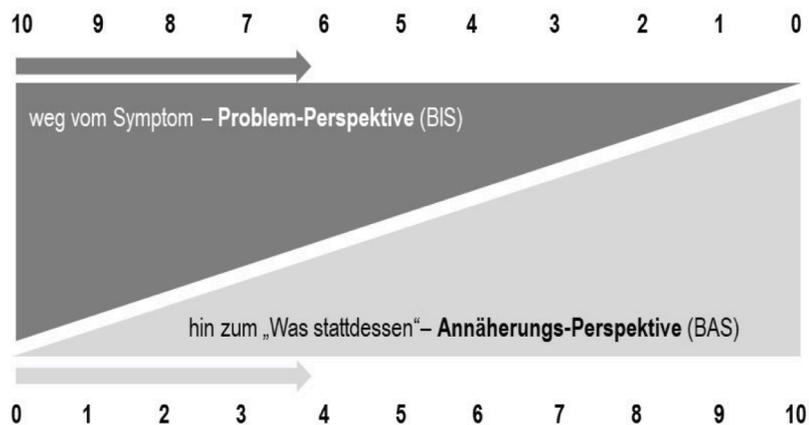


Abb.5: Perspektivenwechsel

*Wenn es so weh tut*

tieren, sind in der konkreten therapeutischen Zusammenarbeit aber kontraproduktiv: Sie verlangen immer wieder, die Aufmerksamkeit auf das Problem zu richten. Sinnvoller und weiterführender ist eine Dokumentation mit der Perspektive der unteren Hälfte der Grafik bzw. von Veränderungen bezüglich vereinbarter Was-Stattdessen-Ziele.

## **Behavioral Activation System / BAS**

Bei Annäherungszielen werden Netzwerke und Kerngebiete aktiviert, in denen Dopamin und Oxytozin (Belohnungssystem) eine Rolle spielen. Grawe (2004) spricht von einem sog. Behavioral Activation System (BAS): „Annäherungen an das Ziel sind in der Regel mit positiven Emotionen verbunden, ganz besonders dann, wenn sie schneller oder größer sind als erwartet. Der Weg zum Ziel kann in kleine Schritte/Unterziele aufgeteilt werden, die viel eher erreichbar sind als das Endziel. Auch das Erreichen dieser Zwischenziele kann schon positive Emotionen auslösen.“ (S. 278) Aus der Grafik (Abb.5) bzw. in der Perspektive der unteren Hälfte ist klar ersichtlich: Jeder Millimeter ist ein Fortschritt in die richtige Richtung bzw. bringt die Kooperationspartner gemeinsam ermittelten Zielen näher. Damit wird auch die Zuversicht gefördert, mittel- und langfristige Ziele zu erreichen, die zum Beginn der Zusammenarbeit als reines Wunschdenken erschienen wären (dazu eine Fallgeschichte in Ebell, 2016).

Für Patienten sind gemeinsame Überlegungen an Hand dieser Grafik nicht nur nachvollziehbar und plausibel, sie fördern auch eine Kooperation auf Augenhöhe. Diesbezüglich sei noch einmal daran erinnert, dass jede angestrebte Veränderung „nur als Eigenleistung des zu verändernden Systems möglich“ ist (Willke, 2005, s.o. Punkt 2.). Sowohl Jürgen Brunner (2016) als auch Mark Jensen (Jensen, 2015, Jensen et al., 2016) betonen die klinische Bedeutung der neurophysiologischen und neuropsychologischen Grundlagen dieses Perspektivenwechsels; ersterer für die psychotherapeutische Praxis allgemein, letzterer für die Behandlung chronischer Schmerzen im Besonderen.

Herrn B. gelang es immer besser, seine Aufmerksamkeit auf Fortschritte zu richten (untere Hälfte der Grafik zum Perspektivenwechsel in Abb.5), auch und gerade wenn sie immer wieder durch Schmerzen gefangen wurde. Die Zusammenhänge und Unterschiede zwischen Anspannung (Stress) einerseits oder zuversichtlicher Haltung (Entspannung bzw. Ausgleich) andererseits – als Quelle von Verschlechterung oder Verbesserung – wurden für ihn nicht nur immer offensichtlicher, sondern auch immer differenzierter spürbar. So wurde alles zu einer unmittelbaren Herausforderung für seine Selbstfürsorge und sein eigenes Regulationsvermögen. Er hat schnell gelernt, im Alltag und kontinuierlich – auch unter hoher Belastung – besser für sich zu sorgen. Er wurde dafür bzw. er hat sich selbst dafür belohnt.

## **Milton H. Erickson zum Thema „Schmerz“**

Milton H. Erickson hat auf dem ersten internationalen Kongress für Hypnose und psychosomatische Medizin in Paris 1965 einen Vortrag gehalten (Erickson, 1967). Der Titel: „Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden“. Der erste Satz lautet: „Hypnose ist im Grunde nichts anderes als die Vermittlung von Gedanken und Erkenntnissen an den Patienten in einer Weise, die gewährleistet, dass er für die dargebotenen Gedanken in höchstem Maße empfänglich ist und infolgedessen *engagiert sein eigenes Potential erforscht, wie seelische und körperliche Reaktionen sowie Verhaltensweisen angemessen verändert werden können*“ (Erickson & Rossi, 1981, S.128; Hervorhebung H.E.).

Ericksons Ausführungen enthalten bereits den Kern der oben zitierten, neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Schmerz nach Chapman (40 Jahre später!) sowie eine plausible Erklärung der einer Chronifizierung zu Grunde liegenden Dynamik: „Schmerz ist ein Komplex, ein Konstrukt, bestehend aus früherem, erinnerten Schmerz, aus gegenwärtiger Schmerzerfahrung und aus erwartetem künftigen Schmerz. So wird der gegenwärtige Schmerz sowohl durch den früheren Schmerz als auch durch die Möglichkeit künftigen Schmerzes verstärkt. Die unmittelbaren Reize machen nur ein zentrales Drittel der gesamten Erfahrung aus.“ Weiter heißt es: „Nichts intensiviert den Schmerz so sehr wie die Angst, dass er auch morgen noch da sein wird. Er wird auch durch die Einsicht verstärkt, dass derselbe oder ein ähnlicher Schmerz bereits in der Vergangenheit erlebt wurde, und dies und der unmittelbare Schmerz machen die Zukunft noch bedrohlicher.“ (S. 130).

## **Was stattdessen?! – Annäherungsziele statt Vermeidungsziele**

Im Sinne des Perspektivenwechsels weg von Vermeidungszielen mit einer Aktivierung des BIS, hin zu Annäherungszielen (Aktivierung des BAS) könnte Ericksons letzte Aussage umformuliert werden wie folgt: „Nichts relativiert das Leiden am aktuellen Schmerz so sehr wie die Zuversicht, dass er morgen oder übermorgen nicht mehr da sein wird. Er wird auch durch die Einsicht vermindert, dass derselbe oder ein ähnlicher Schmerz vor der leidvollen Erfahrung (Vergangenheit) keine Rolle gespielt hat, und dies - und vor allem die aktuelle Erfahrung von Wohlbefinden im Hier und Jetzt - stärken die Hoffnung auf Besserung in der Zukunft wie auch die Zuversicht, dies erreichen zu können. Dadurch werden ‚Möglichkeitsräume‘ eröffnet.“ Selbstverständlich sind entsprechende Bestätigungen durch Erfahrung erforderlich, um den gewünschten Lernprozess erfolgreich gestalten zu können. Bei Herrn B. ist dies gelungen.

## **Das therapeutische Potential der Hypnose: „Drittel-Regel“**

Gemäß konstruktivistisch-systemischer Auffassung von „Realität“ ist das zentrale Drittel das Ganze. Das, was wir Vergangenheit nennen, ist ein Konstrukt. Es wird im

*Wenn es so weh tut*

Hier und Jetzt generiert aus dem Gedächtnisspeicher (vor allem aus unbewussten Anteilen). Auch das, was wir Zukunft nennen, ist ein Konstrukt bzw. eine blitzschnelle Hochrechnung im Hier und Jetzt bezüglich wahrscheinlicher Konsequenzen. Über die therapeutische Hypnose haben wir vielfältige Möglichkeiten mit dem Ganzen bzw. mit allen angenommenen Dritteln zu arbeiten: Vor allem können wir Wohlbefinden, Gelassenheit, Ruhe und Zuversicht (u.v.a.m.) als intensive „Hier und Jetzt“-Erfahrung vermitteln. Das gilt insbesondere auch „trotz alledem“, z.B. bei fortgeschrittener Krebserkrankung (Harrer & Ebell, 2021). Der immerwährende Abgleich in unserem Zentralnervensystem („Woher kenne ich das?“, „Was bedeutet das für mich?“) führt je nach Qualität und Intensität der aktuellen Hier und Jetzt-Erfahrung in sehr unterschiedliche Assoziationsfelder: positiv wie negativ. Dies ist die Grundlage vieler Möglichkeiten, sowohl eine Problemgeschichte zu recherchieren als auch individuelle Ressourcen zu finden und/oder eine Lösung zu erproben. Die exemplarische Fallgeschichte von Herrn B. zeigt, dass auf diesem Wege nicht nur Veränderungen erster Ordnung, d.h. ein quantitatives Mehr oder Weniger von Schmerzen bzw. Wohlbefinden erreichbar ist, sondern auch Veränderungen zweiter Ordnung, d.h. nachhaltige und stabile Veränderungen der Lebensqualität zum Positiven.

Herr B. – Katamnese: 20 Jahre später nehme ich wieder Kontakt zu ihm auf. Auch er ist interessiert an einem gemeinsamen Rückblick auf unsere therapeutische Zusammenarbeit damals. Aktuell finde er seine Lebenssituation befriedigend. Schmerzen kenne er nur noch ab und zu in den Knien als adäquate Rückmeldung bei körperlicher Überanstrengung. Er sei seit 10 Jahren verheiratet mit einer Frau, die eine Tochter mit in die Ehe gebracht habe, für die er der „Papa“ sei „und nicht ganz unwichtig bei den typischen Pubertätskonflikten mit ihrer Mutter“. Beruflich sei er sehr erfolgreich und könne so weitermachen. Ganz aktuell, mit Mitte 50, überlege er jedoch, ob er nicht doch noch „was ganz anderes“ machen solle/werde. Er habe schon Fühler ausgestreckt.

## **Die Rolle der Hypnose als Zugang zu Ressourcen unserer Schmerzpatient\*innen – Hypno-therapeutische Kommunikation**

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass für die geschilderte therapeutische Begleitung von Herrn B. das historische Etikett „Hypnose“ verstanden wird als therapeutischer Austausch auf einer intersubjektiven Beziehungsebene (Flemons, 2021, de Benedettis, 2020). Zu diesem Verständnis hat Milton H. Erickson maßgeblich beigetragen. Haley (1993, deutsche Ausgabe 1996) schreibt dazu: „Nach traditioneller Anschauung war Hypnose ein Zustand des Individuums. Der Schwerpunkt lag dabei auf der Suggestibilität der Versuchsperson, auf der Tiefe ihrer Trance usw. [...] Erickson [...] hat sowohl die hypnotisierte Person als auch den Hypnotiseur in die Beschreibung mit einbezogen. Wenn er von „Hypnose“ spricht, meint er damit nicht nur Prozesse, die sich im Inneren des Hypnotisierten abspielen, sondern er meint den gesamten Austausch zwischen zwei Menschen“ (S. 55). Betty Alice Erickson hat die Auffassung ihres Vaters in einem Vortrag auf der DGH-Jahrestagung 2013 so ausge-

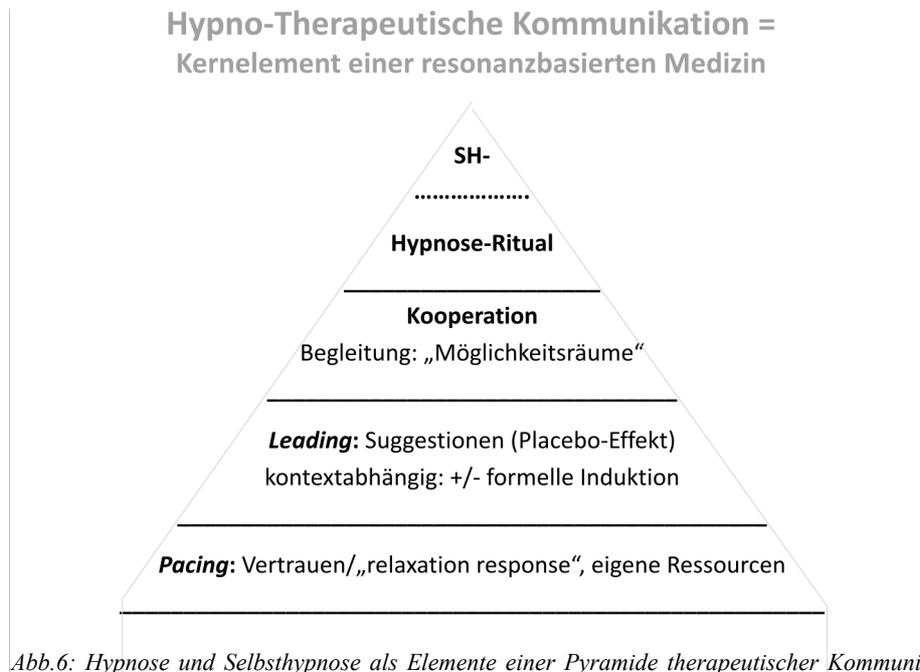


Abb.6: Hypnose und Selbsthypnose als Elemente einer Pyramide therapeutischer Kommunikation

drückt: „Hypnosis isn’t something done to someone, rather therapist and client together enter a relational field, where the conscious awareness and the unconscious of two persons are connected“ (Ebell, 2013).

Ob und inwiefern formelle Hypnose-Induktionen bzw. -Rituale (insbesondere Selbsthypnose) in der therapeutischen Zusammenarbeit mit Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden, eine Rolle spielen, ist eine Entscheidung des kundigen Therapeuten (Ebell 2002, 2010). Quantitativ spielt dies in der Versorgung von nach Millionen zählenden chronischen Schmerzpatienten in Deutschland keine Rolle.

Qualitativ gesehen sind Hypnose und Selbsthypnose sehr gut geeignet, wenn sie als Spitze einer Gesamtpyramide (Abb.6) von aufeinander aufbauenden und aufeinander bezogenen Elementen einer hypno-therapeutischen Kommunikation aufgefasst werden. So können sie zum höchst wirksamen „Tüpfelchen auf dem i“ in einem Gesamt-Therapiekonzept werden. Der Autor hat diese Sichtweise erweitert zu einem umfassenderen Vorschlag für eine auf Resonanz basierte Medizin („Resonance based Medicine“) als notwendige Ergänzung des zeitgenössischen Goldstandards der Medizin, der evidenzbasierten Medizin (Ebell 2017). Für die Behandlung von Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden, ist dabei von besonderer Bedeutung: „Intersubjektive Resonanz und therapeutische Kommunikation ermöglichen es, eine aufmerksame

*Wenn es so weh tut*

und schwingungsfähige Wachstumsatmosphäre zur Verfügung zu stellen. In der Arzt-Patientenbeziehung ist dies wesentlicher Anteil professioneller Kompetenz. Hypnotherapeutische Kommunikation ist dafür als Kernelement geeignet“ (S.174).

## Literatur

- AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2018). S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html>.
- Barry, M. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-81.
- Bonica, J. J. (1990). *The Management of Pain* (2 Volumes). With collaboration of John D. Loeser, C. Richard Chapman & Wilbert E. Fordyce. Second Edition. Philadelphia/London: Lea & Febiger.
- Brunner, J. (2017). *Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Caspari, C. (2007). Shared Decision Making zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Eine qualitative Studie zur Entscheidungsfindung von Patient und Arzt bei Brustkrebs. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Chapman, C.R. & Gavrin, J (1995). Suffering and the Dying Patient. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 3(3/4), 67-90.
- Chapman, C.R., Tucket, R.P. & Woo Song, Ch. (2008). Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. *The Journal of Pain*, 9(2), 122-145.
- De Benedettis, G. (2020). From Quantum Physics to Quantum Hypnosis: A Quantum Mind Perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(4), 433-450.
- Ebell, H. (2017). Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin ("Resonance Based Medicine"), (S.174). *Hypnose-ZHH*, 12 (1+2), 173-202. PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)
- Ebell, H. (2016). "Resonanz" - Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. *Hypnose-Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 11(1+2), 233-245. PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)
- Ebell, H. (2013). Zitat von Betty Alice Erickson aus einem Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hypnose in Bad Lippspringe; mitgeschrieben vom H. Ebell.
- Ebell, H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose-ZHH*, 5 (1+2), 199-216. PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)
- Ebell, H. (2004). Nachwort. In: H. Ebell & H. Schuckall. *Warum therapeutische Hypnose* (S. 492-500). München: Pflaum Verlag. PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)
- Ebell, H. (2002). Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. *Hypnose und Kognition*, Band 19 (1+2), 27-38. PDF auf [www.doktorebell.de](http://www.doktorebell.de)
- Ebell, H. (2001). Psychotherapeutische Aspekte (Kapitel 26), Patientenführung bei chronisch Schmerzkranken (Kapitel 27). In: K. Brune, A. Beyer & M. Schäfer (Hrsg.). *Schmerz - Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag
- Egloff, N., Egle, U.T. & von Känel, R. (2008). Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. *Praxis*, 97, 549-557.
- Erickson, M.H. (1967). An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control. In J. Lassner, *Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. Springer Verlag. Vortrag in Paris 1965, auf Deutsch: Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In M.H. Erickson & E. Rossi (1981). *Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele – Forschungen* (S. 128-38). München: Pfeiffer Verlag.

- Flemons, D. (2020). Toward a Relational Theory of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 62, 344-363.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Haley, J. (1996). *Typisch Erickson. Muster seiner Arbeit*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Harrer, M. & Ebell, H. (2021). *Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K. Albus, Ch., Herzig, S., & Matthes, J. (2015). Endpunkt-relevante Effekte durch partizipative Entscheidungsfindung. *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (40), 665-79.
- Hausteiner-Wiehle, C. & Henningsen, P. (2015). Kein Befund und trotzdem krank? Mehr Behandlungszufriedenheit im Umgang mit unklaren Körperbeschwerden – bei Patient und Arzt. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Henningsen, P., Gündel, H., Kop, W.J., Löwe, B., Martin, A., Rief, W., Rosmalen, J.G.M., Schröder, A., van der Feltz-Cornelis, Ch., van den Bergh, O. (2018). Persistent Physical Symptoms as Perceptual Dysregulation: A Neuropsychobehavioral Model and Its Implications. Review Article. *Psychosomatic Medicine*, 80, 422-431.
- Jensen, M. (2015). *Hypnose bei chronischem Schmerz: Ein Behandlungsmanual*. Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Jensen, M., Ehde, D.M. & Day, M.A. (2016). The Behavioral Activation und Inhibition Systems: Implications for Understanding and Treating Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(5), 529.e1-529.e18.
- Nakamura, Y. & Chapman, C.R. (2002). Constructing pain. How pain hurts. In: K. Yasue, M. Jibu, T. Della Senta (Eds.). *No Matter, Never Mind. Advances in Consciousness Research* (pp. 193-205). John Benjamins Pub Co.
- Porges, S.W. (2017). Die Polyvagaltheorie und die Suche nach Sicherheit. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung. *Gespräche und Reflexionen zur Polyvagaltheorie*. Kapitel 8: Therapeutische Präsenz. Neurophysiologische Mechanismen, die in therapeutischen Beziehungen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln (S. 189-214). Lichtenau: Probst Verlag.
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R, Henningsen, P. & Hausteiner-Wiehle, C. für die Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ (2019). *Klinische Leitlinie: Funktionelle Körperbeschwerden*. *Deutsches Ärzteblatt*, 116, 33-34: 553-560.
- Sauerbruch, F. & Wenke, H. (1936). *Wesen und Bedeutung des Schmerzes*. Berlin: Junker und Dünhaupt.
- Willke, H. (2005). *Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge der Intervention in komplexe Systeme*, 4. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.

## Downloads von Artikeln aus *Hypnose-ZHH*

von <http://meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh> (Mai 2022)

### Anzahl

- 29092** Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 31-59.
- 23469** Janouch, P. (2008). Zur Kombination von hypnotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Techniken bei Angststörungen. Ein Fallbericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 111-116.
- 15625** Reddemann, L. (2007). Ego States und Traumatherapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 101-116.
- 15398** Beetz, A., & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 165-187.
- 13423** Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 51-67.
- 13080** Schröter, J., Peter, B., & Helle, M. (2013). Sigmund Freuds Einstellung zur Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 131-144.
- 12686** Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- 12525** Schmierer, A. (2010). Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 69-93.
- 12437** Peter, B. (2007). Zur Geschichte dissoziativer Identitätsstörungen: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 117-132.
- 12109** Wirth, H.-J. (2009). Narzissmus, Macht und Paranoia. Zeitgemäßes über Terrorismus, Krieg und Tod. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 13-35.
- 11640** Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- 11380** Lembrecht, P. (2007). Beispiel eines 4-Phasen-Modells für Hypnotherapie bei komplexen Störungen. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 133-154.
- 10705** Zindel, J. P. (2009). Hypnose - eine ganz besondere therapeutische Beziehung. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 107-125.
- 9981** Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 145-162.
- 9896** Martin, M., Yogev, L., & Walter, H. (2013). Frauen in der Geschichte der Hypnose: Eine Spurensuche nach den Schwestern von gestern ... und vorgestern ... *Hypnose-ZHH*, 8(1+2), 7-41.
- 9463** Scholz, O. B., Bleek, B., & Schlien, A. (2008). Suggestionen, die erst nach der Hypnose wirken sollen: Präsentation einer Posthypnose-Aufgabe - Vorläufiger Bericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 117-126.
- 9414** Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGS:AS). *Hypnose-ZHH*, 0(1+2), 139-159.
- 9410** Spitale, I., Revenstorf, D., Ammann, C., Pundrich, C., Lang, D., Koemeda-Lutz, M., . . . Soeder, U. (2008). Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 85-98.
- 9368** Hefner, J. (2010). Hypnose in der Medizin ist wirksam - Evidenz und Effizienz. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 217-235.
- 9155** Mende, M. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 127-152.
- 9141** Halsband, U., & Hinterberger, T. (2010). Veränderung der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 33-50.
- 9131** Revenstorf, D., & Weitzsäcker, W. (2008). Hypnose-Grammatik. Am Beispiel einer hypnotisch begleiteten Selbstheilung. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 17-27.