

Psychologische Schmerztherapie

- Mein Behandlungskonzept und
der Stellenwert Hypnosystemischer Leitgedanken und
Methoden –

Facharbeit im Rahmen der Ausbildung zum
Hypnotherapie Practitioner
beim

Institut für Hypnotherapie und Hypnosystemische Lösungen

Leitung: Elmar Woelm, Ph.D.

vorgelegt von:
Martin Oberstein, Dipl.-Psych.
im Oktober 2014

Inhalt

0. Zusammenfassung.....	3
1. Grundsätzliche Gedanken zu Grundhaltung, Menschenbild und Gesundheit	4
2. Schmerz im biopsychosozialen Modell.....	9
3. Ablauf und therapeutische Werkzeuge	12
3.1. Erstgespräch: Auftragsklärung – Information – vorläufige Zielklärung	12
3.2. Psychoedukation	15
3.3. Therapieziele und Methoden / Werkzeuge	20
4. Der Nutzen Hypnosystemischer Grundkonzepte und Methoden für die Behandlung von Schmerzen	26
4.1. Der „Mehrwert“ für die Grundhaltung	27
4.2. Der „Mehrwert“ durch die Trancearbeit	29
Literatur	31

Anmerkung:

Ich bin (meiner Meinung nach) kein Chauvinist, habe aber aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form ausgewählt.

Da auch Frauen das mittlerweile ohne die Furcht tun, Verrat an ihren Geschlechtsgenossinnen zu begehen, hält sich mein schlechtes Gewissen in Grenzen.

0. Zusammenfassung

Ich arbeite seit August dieses Jahres freiberuflich in einer orthopädischen Praxis als Heilpraktiker für Psychotherapie und biete dort Psychologische Schmerztherapie an.

Mein therapeutisches Fundament besteht aus dem Studium klinischer Psychologie, aus Grundausbildungen in kognitiver Verhaltenstherapie (hier vor allem in rational - emotiver Therapie (Ellis, 1997)) und in klientenzentrierter Gesprächstherapie (Rogers, 1978) sowie seit kurzem auch in hypnosystemischen Ansätzen. Außerdem bin ich Systemischer Gesundheitscoach (zur Zeit in Ausbildung zum Resilienzcoach).

Meine medizinischen Kenntnisse stammen aus einer Krankenpflegeausbildung und aus langjähriger klinischer Tätigkeit als Psychologe im Liaisondienst (onkologische Hämatologie), im psychosomatischen Konsildienst im Akutkrankenhaus sowie als Stationsleitung in einer psychosomatischen Rehaklinik.

In diesem Text möchte ich das Konzept vorstellen, das ich für die Arbeit mit ambulanten Patienten selbst entworfen habe und will dabei besonders auf den Stellenwert hypnosystemischer Elemente eingehen – zum einen auf grundlegende Einstellungen und Leitgedanken was Grundhaltung und Menschenbild betrifft (diese sehe ich als unabdingbar notwendige Voraussetzungen für die Arbeit mit Patienten generell und für die Arbeit mit Schmerzpatienten im Besonderen) und zum anderen was spezielle Tranceverfahren angeht.

Außerdem will ich auf die suggestive Macht von Informationen eingehen, die der Patient (oft unreflektiert) erhält - entweder in Form von Kontextmerkmalen (z.B. die Gestaltung der Praxis, der persönliche Umgang...) oder eben durch direkte verbale Kommunikation. Diese Suggestionen machen im positiven Fall Heilung wahrscheinlicher, indem sie Hoffnung wecken, Räume öffnen und die Selbstheilungskräfte des Patienten aktivieren. In negativer Ausprägung entmutigen sie Patienten, verengen den Blick und schränken Handlungsmöglichkeiten ein – sowohl die der Patienten, als auch die der Behandler.

1. Grundsätzliche Gedanken zu Grundhaltung, Menschenbild und Gesundheit

Menschen sind für ihr Wohlergehen selbst verantwortlich

Für die meisten psychotherapeutisch Tätigen mittlerweile ein selbstverständlicher und allgemein akzeptierter Grundgedanke, ist dieser Satz für viele Mediziner und auch für Patienten manchmal schlichtweg eine Provokation – die dem Patienten zum einen Angst macht („Ich kann das doch gar nicht!“) und zum anderen suggerieren kann, dass der Behandler sich eben nicht (mehr) verantwortlich fühlt und den Patienten alleine lässt („Ich bin krank und soll jetzt auch noch schuld sein und mir selber helfen.“).

Dies liegt meiner Ansicht nach vor allem in der traditionellen Arzt – Patient – Beziehung begründet: Der Arzt ist der kompetente Experte, der Patient ist der hilflose, leidende, inkompetente Laie. Krankheit bedeutet für den Patienten (und den Arzt), dass irgendetwas im Körper nicht funktioniert, „kaputt“ ist. Der Patient bringt folgerichtig diesen kaputten Körper zum Fachmann, der ihn reparieren soll. Gerade im Fachgebiet Orthopädie ist diese mechanistische Sicht auf Symptome bei Ärzten und Patienten weit verbreitet.

Wenn der Arzt nun nicht helfen kann, wenn seine Mittel erschöpft sind und er nicht mehr weiter weiß, attribuiert er seinen erlebten „Misserfolg“ häufig auf den Patienten und unterstellt ihm aufgrund der erlebten eigenen Hilflosigkeit mangelnde Kooperationsbereitschaft oder, schlimmer noch, direkt Unwilligkeit und Desinteresse am Behandlungserfolg („vornehm“ ausgedrückt: „Sekundärer Krankheitsgewinn“). Der Patient fühlt sich dann entsprechend mit seinem Leid nicht angenommen und nicht wertgeschätzt. In diesem Kontext kann der Rat, eine psychotherapeutische Schmerztherapie in Anspruch zu nehmen, nur schwer angenommen werden. Für den Patienten bedeutet das meist „Der Arzt nimmt meine Beschwerden nicht ernst, er denkt, ich simuliere oder sei verrückt.“ Solange Krankheitssymptome als somatisch **oder** psychisch **bedingt** angesehen werden, wird sich an dieser Logik wenig ändern. In diesem Konstrukt bleibt für Symptome, die eine starke psychosoziale Komponente aufweisen, nur eine „Restkategorie“ übrig: Beschwerden, für die wir keine erklärende somatische Ursache finden können, nennen wir dann eben „psychosomatisch“ (zur Kritik an den Konstrukten „Psychosomatisch“, „Somatisch“, „Somatopsychisch“ siehe die Ausführungen zum **Biopsychosozialen Modell** für Krankheit und Gesundheit).

Es wird deutlich, dass es für alle Beteiligten durchaus schwierig und nicht selbstverständlich ist, die positiven Implikationen wahr zu nehmen, die in diesem ersten Leitgedanken mitschwingen: „Ich bin Herr meines Schicksals; ich bin frei, meiner Verantwortung nach zu kommen.“ und, am allerwichtigsten, die logische Voraussetzung dieser Selbstverantwortung: „Wenn ich Verantwortung übernehmen soll, traut mir der Behandler ja Einiges zu, er hält mich offenbar für kompetent, glaubt ich sei Experte, ich könne mitreden.“ Und genau das sollte der Behandler auch tun (weil es nämlich stimmt!), denn

Menschen sind (grundsätzlich¹) in der Lage, Probleme selbst zu lösen und kreative Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln

Jeder Mensch bringt Alles mit, hat im Prinzip Alles dabei, was er braucht, um Lösungen für seine Schwierigkeiten zu entwickeln. Dazu gehört natürlich auch die Strategie, sich Hilfe zu organisieren, wenn das notwendig werden sollte (auch das ist eine Kompetenz, die nicht genügend gewürdigt werden kann).

Jeder hat in seinem Leben wertvolle Erfahrungen gemacht und hilfreiches Erleben gesammelt. Diese Erfahrungen sind in neuronalen Netzwerken in unseren Gehirnen präsentiert und „abrufbereit“, können als Ressourcen aktiviert werden und stehen für kreative Problemlöseprozesse grundsätzlich zur Verfügung.

Seit meiner Weiterbildung zum Systemischen Gesundheitscoach lege ich selbst noch größeren Wert auf eine ressourcen- und kompetenzorientierte Sichtweise. Zur Ressourcensuche und -exploration habe ich gerade in der Ausbildung zum Hypnotherapie Practitioner ausgesprochen hilfreiche, hoch wirksame Methoden kennen gelernt², die gerade auch für Schmerzpatienten überaus wertvolle Interventionsmöglichkeiten darstellen.

Das positive Menschenbild, das auf die Humanistische Psychologie (grundlegend hierzu: Maslow, 1981) und auf salutogenetische Vorstellungen (Antonovsky, 1997) zurückgeht, kann in seiner Bedeutung in Bezug auf Selbstwirksamkeitsvorstellungen und Selbstmanagement gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Der Mensch als aktiver Gestalter, der alle Kompetenzen besitzt, um sein Leben und seine Gesundheit selbst zu beeinflussen, steht hier im Zentrum der Betrachtung.

¹ „grundsätzlich“: Es gibt natürlich Ausnahmen, immer dann, wenn erwachsene Personen, aus welchem Grund auch immer, nicht geschäftsfähig sind; die Grenzen sind aber fließend; auch als z.B. „psychotisch“ diagnostizierte Menschen besitzen Ressourcen
² und auch am „eigenen Leib“ erfahren können

Dieser Blick auf Menschen hat gerade in lösungsorientierten Ansätzen der Kurzzeittherapie (z.B. de Shazer, 1989) dazu geführt, in psychotherapeutischen Kontexten sofort und ausschließlich in den Lösungsprozess einzusteigen („Solution talk“, de Shazer). Der Gedanke dabei ist: Hat man die Lösung erkannt und weiß, wie das Ziel zu erreichen ist, stellt die Beschäftigung mit dem zugrundeliegenden Problem („Problem talk“) eine Verschwendung von Zeit und Energie dar.

Das wird meiner Ansicht nach dem Erleben der Patienten ebenfalls nicht gerecht, denn

Das Leid des Patienten muss unbedingt und authentisch gewürdigt werden

Patienten suchen in der Regel keine therapeutische Hilfe, um direkt Lösungen zu suchen. Das wäre zu „großhirnmäßig“, zu rational, auch zu „mechanisch“ gedacht. „Mir geht es schlecht, wenn ich die richtige Maßnahme ergreife, wird es besser. Ich suche jetzt die passende Maßnahme.“ – das passiert / funktioniert nur sehr selten. Menschen suchen keine therapeutische Hilfe, weil sie nicht „die richtige Idee zur Lösung“ haben, so erleben sie das nicht.

Menschen suchen in aller Regel Unterstützung, weil sie sich schlecht **fühlen**, weil sie leiden. Und dieses Leid muss gewürdigt werden, d.h. es muss ernst genommen werden. Mitgefühl ist notwendig, und zwar echt empfundenes Mitgefühl. Der Patient muss erleben, dass da jemand ist, der glaubt, ja weiß, dass dieser Mensch gute Gründe dafür hat zu leiden, dass sein Leid nachvollziehbar ist (dass er nicht etwa nur zu „blöd“ ist, um selbst eine Lösung zu finden, oder, noch schlimmer, ein „empfindliches Weichei“ – andere hätten an seiner Stelle gar keine Probleme). Ein weiterer Aspekt hierbei ist, dass das Ertragen / Aushalten der Schmerzen oder Kummers als Leistung gewürdigt werden sollte.

Warum ist das so wichtig? Zum einen, weil es Trost bedeutet und dies ist ein menschliches Grundbedürfnis, das in einer solchen leidvollen Situation zunächst erfüllt werden muss.

Zum anderen ist dieses Mitfühlen bereits eine klare Suggestion, dass der Patient wieder aus seinem Leid herausfinden wird, und zwar mit Hilfe eigener Ressourcen: Wenn der Behandler als Experte dieses subjektive Leid nachvollziehen kann, heißt das ja auch, dass es verständlich ist, in dieser Situation zu leiden, dass der weise Organismus des Patienten im Augenblick genau das richtige tut, dass es angemessen ist, so zu

reagieren. D.h. der Organismus ist kompetent! Dann wird er auch die Kompetenz haben, zur rechten Zeit dabei zu helfen, neue Wege zu finden, Heilung zu ermöglichen.

In Konsequenz des bis hier Gesagten ergibt sich:

Patient und Behandler arbeiten auf Augenhöhe miteinander

wobei der Patient Experte für seine Beschwerden (**nur** er erlebt sie!) und seine Biografie ist (nur er kennt sie, wenn überhaupt jemand) und nur er kann entscheiden (Verantwortung!), welche Maßnahmen er für passend erachtet, um seine Ziele zu erreichen.

Der Behandler ist der Experte für den Prozess, er ist dafür verantwortlich, den Patienten auf seinem Weg professionell zu unterstützen und sein Fachwissen so einzubringen, dass der Patient gute / hilfreiche Entscheidungen trifft.

Dafür ist es wesentlich, dass der Therapeut seine Vorschläge als Vorschläge kenntlich macht und den Patienten über mögliche Interventionen transparent informiert. Gunther Schmidt nennt das passend „Produktinformationen“ (z.B. in Schmidt u. Tränkle, 2010).

In diesen Zusammenhang gehört auch, dass der hypnosystemische Therapeut oder Berater von einem radikalen Konstruktivismus ausgeht: Es gibt keine „Wahrheit“, nur mehr oder weniger hilfreiche Konstrukte, Modelle der Wirklichkeit. Hypothesen oder Deutungen sind immer als das kenntlich zu machen, was sie eigentlich sind: Vorschläge, wie man die „Wirklichkeit“ beschreiben und erleben **könnte**. Der Therapeut „weiß“ nicht mehr als der Patient über dessen subjektives Erleben, im Gegenteil. Er muss also ständig Rückmeldungen über seine Konstruktionen / Hypothesen / Vorschläge einfordern, um zu erfahren, ob diese vom Patienten als hilfreich erachtet werden (z.B.: „Wie reagiert Ihr Organismus, wenn Sie das so hören?“ o.Ä.). Die Deutungshoheit verbleibt immer beim Patienten, er ist der Souverän, der entscheidet, was stimmig erscheint (Hypothesen, Vorschläge, Interventionen).

Hierzu passt auch der letzte Leitgedanke, den ich in diesem Kapitel anführen möchte:

Jede Heilung ist in erster Linie Selbstheilung

Lebende Systeme können durch keine Intervention von außen zu irgendeinem Verhalten bewegt / gezwungen / genötigt werden. Sie sind selbst-

organisiert und entscheiden selbst (bewusst oder auch unbewusst), wie sie sich verhalten (wollen).³

Das heißt für die „Behandlung“ von Krankheitssymptomen: Der leidende Organismus kann sich in letzter Konsequenz nur selbst heilen, man könnte auch überspitzt formulieren, er entscheidet, ob und wie er heil werden möchte. Man kann aber von außen günstige Bedingungen schaffen, die es dem Organismus leichter machen, Heilung geschehen zu lassen und Gesundheit wahrscheinlicher werden zu lassen.

Das betrifft im Prinzip **alle** therapeutischen Maßnahmen - von der medikamentösen Behandlung über operative Eingriffe, Fixierungen von Brüchen, physiotherapeutische Maßnahmen usw. bis hin zur Psychotherapie. Keine dieser Maßnahmen macht den Organismus wieder heil, das macht er immer selber. Von außen werden lediglich hilfreiche Bedingungen hergestellt. Die Reaktion / Antwort auf diese „Einladungen“ ist völlig individuell und nur so kann auch erklärt werden, wieso es so unterschiedliche Ergebnisse von therapeutischen Maßnahmen bei unterschiedlichen Patienten gibt.

Ein ganz wesentliches Moment, das diese „Einladungen“ von außen wirksam werden lässt, ist deren Plausibilität für den Patienten: Wenn der Behandler selbst an die Wirksamkeit glaubt und eine Intervention auch für den Patienten stimmig ist, sie sozusagen in sein subjektives Weltbild passt, ist der Organismus am besten darauf eingestimmt, mit heilenden Prozessen zu antworten. Voraussetzung hierfür ist eine ausführliche Information über jegliche Intervention von außen und die anschließende selbstverantwortliche Entscheidung des Patienten. Das ist, sehr knapp beschrieben, der Wirkmechanismus des Placeboeffekts, der wirkmächtigsten Suggestion in allen therapeutischen Kontexten.⁴

Die Grundhaltung des systemischen (Hypno-) Therapeuten stellt in diesem Sinne eine wirkmächtige Einladung dar, sie wirkt als ganz starker Placeboeffekt: Transparente Information, Beteiligung am therapeutischen Prozess, Wertschätzung, Respekt, Begegnung auf Augenhöhe und die feste Überzeugung „Wir beide sind kompetent und können es als Team

³ Autopoeise (Maturana / Varela, 1987)

⁴ Betrachtet man den komplementären Nocebo-Effekt, wird diese Macht besonders deutlich. Verabreicht man z.B. bislang als hochwirksam eingestufte Medikamente mit dem Hinweis, man halte selbst nichts davon und glaube nicht, dass sie dem Patienten helfen werden, geht die durchschnittliche Wirksamkeit tatsächlich dramatisch zurück. Der Organismus fühlt sich sozusagen nicht achtungsvoll „eingeladen“ sondern eher, etwas drastisch ausgedrückt, aber durchaus passend, „verarscht“. (zu beiden Effekten eine unterhaltsame Zusammenfassung in: Quarks & Co: [Was ist ein Placebo?](#) Sendung vom 1. Februar 2005)

schaffen, Ihre Ziele zu erreichen.“ stellen den optimalen Nährboden für therapeutische Erfolge und persönliches Wachstum der Patienten zur Verfügung.

2. Schmerz im biopsychosozialen Modell

Ich selbst habe das biopsychosoziale Modell⁵ im Rahmen meiner Arbeit in der psychosomatischen Rehabilitation vor ca. 20 Jahren kennen gelernt, als ich mich durch Thure von Uexkülls (von Uexküll, 1990) grundlegendes Lehrbuch zur „Psychosomatischen Medizin“ kämpfen musste / durfte.

Die Beschäftigung mit den wissenschaftstheoretischen Grundlagen und die Nützlichkeit des Modells für das Begreifen individueller Beschwerden haben mein Verständnis von Symptomen und deren funktionale Analyse neu geprägt und, im Widerspruch zu von Uexkülls Lehrbuchtitel, die Begriffe „somatisch“, „psychosomatisch“ und „somatopsychisch“ ein für alle Mal für mich obsolet werden lassen, weil sie auf allen Ebenen (auf der Erklärungsebene und auf der pragmatischen Ebene) wenig hilfreich erscheinen.

Mittlerweile gilt das Modell als etabliert und als die „bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Geist“ (Egger, 2005, S. 3). Es ist das einzige Modell, das die Komplexität menschlichen Erlebens abbildet, weil es alle Komponenten und deren Wechselwirkungen miteinander berücksichtigt. Als formales Modell liefert es Anregungen, besser vielleicht Handlungsanweisungen, wo man als Behandler überall hinschauen sollte, wenn man versucht, Beschwerdebilder zu erklären und hilft so dabei, Unterlassungsfehler zu vermeiden (z.B. als Psychotherapeut allgemeine körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit nicht internistisch abklären zu lassen).

Ich werde im Folgenden das Modell auf das Beschwerdebild „Schmerz“ anwenden.

Abbildung 1 (S. 10) zeigt, dass das Symptom „Schmerz“ von den drei Komponenten „biologisch“, „sozial“ und „psychisch“ beeinflusst wird und selbst wiederum auf diese Komponenten zurückwirkt. Es ist zu klären, welches **Gewicht** den einzelnen Komponenten zukommt und was jeweils inhaltlich dort zu finden ist. Das heißt, es ist bei jedem Beschwerdebild immer ein Mehr oder Weniger vom Einen oder vom Anderen. Es kann auch sein, dass eine Komponente einmal völlig im Vordergrund steht, z.B. die

⁵ Eine schöne zusammenfassende Darstellung bietet Egger (2005)

biologisch-körperliche bei einer unfallbedingten Verletzung. Hier würde ein Patient zu Recht am Sachverstand des Untersuchers zweifeln, wenn dieser nach psychischen „Ursachen“ sucht.⁶

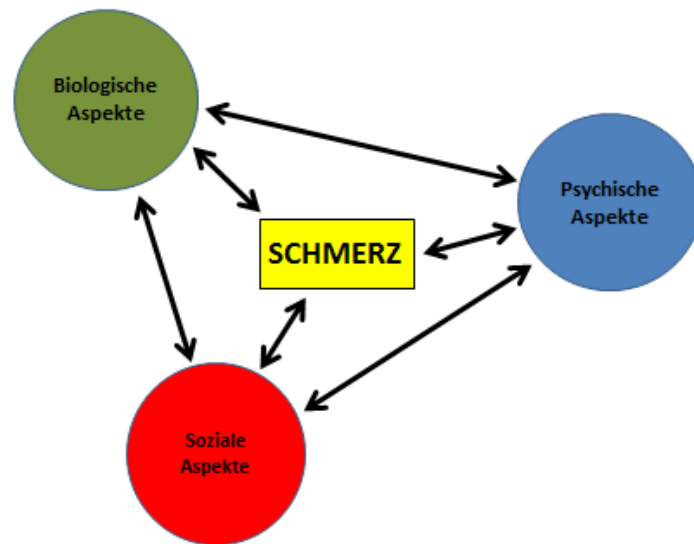


Abb. 1: Schmerz im Biopsychosozialen Modell

Das Modell ist das einzige, das einer systemischen Sichtweise entspricht⁷, es öffnet den Blick für alle Komponenten, die beim Schmerzerleben beteiligt sein können. Es ist das einzige, das individuelles Erleben abbilden kann: Das aktuelle Schmerzerleben von Patient X zum Zeitpunkt Y mit allen relevanten beteiligten Komponenten.

Es wird dann auch überflüssig, künstliche Grenzen zwischen „akutem“ und „chronischem“ Schmerz zu ziehen. Wenn man versucht, das individuelle Schmerzerleben zu beschreiben und zu erklären, muss man ja ohnehin zu allen drei Komponenten Stellung nehmen⁸.

⁶ Taucht aber der betreffende Patient im Laufe eines Jahres bereits zum dritten Mal mit immer wieder ähnlichen Unfallfolgen auf der Notaufnahme auf, sieht die Sache schon ein wenig anders aus.

⁷ Eine „psychosomatische“ Sichtweise auf Symptome ist dagegen völlig reduziert. Wenn man davon ausgeht, dass Symptome psychisch „bedingt“ sind, vernachlässigt man die körperlichen Auswirkungen und tut im Endeffekt so, als seien die Beschwerden in „Wirklichkeit“ nicht vorhanden. Dass diese aber ein körperliches Korrelat haben, ist bei einer psychoneuroimmunologischen Betrachtungsweise völlig klar.

⁸ In der orthopädischen Praxis ist es ja aber de facto so, dass Schmerzzustände, für die ein körperlicher Befund ausreichende Erklärung liefert, zunächst klassisch orthopädisch behandelt werden, mit der Vorstellung, dass der Schmerz verschwindet, seine Warnfunktion nicht mehr gebraucht wird, wenn die Grunderkrankung oder die Verletzung ausreichend behandelt ist (mehr dazu unter Punkt 3.1.). Ich werde aus pragmatischen Gründen die Bezeichnung „Chronischer Schmerz“ für Symptome benutzen, die nicht durch einen somatischen Befund hinreichend erklärbar scheinen.

Hier eine kurze, sicherlich nicht vollständige Auflistung von Aspekten, die in den 4 Bereichen abgeklärt werden können:

Schmerzerleben: Was der Patient subjektiv als belastend erlebt / empfindet; Schmerzstärke, -qualität, Lokalisation

Biologische Aspekte: Körperliche Voraussetzungen, genetische Disposition, individuelle Physiologie, Schädigungen, Verletzungen, Vorschädigungen, aktueller körperlicher Zustand (Allgemeinzustand, Ernährungszustand), Verspannungen, Vorerfahrungen (Schmerzgedächtnis),...

Soziale Aspekte: alle relevanten Beziehungen und Kontakte, Arbeitssituation, Eingebundensein in gesellschaftliche Strukturen (⇔ Vereinsamung), soziale Akzeptanz der Beschwerden, Aspekte der Lebensumwelt, ...

Psychische Aspekte: alle Komponenten der Krankheitsverarbeitung, die subjektive Schmerzwahrnehmung (Fokussierung), biografische Aspekte (Bewältigungsstrategien?, aktiver Umgang mit Problemen), Selbstbild und Glaube an Selbstwirksamkeit, Depressivität und Ängste,...

Wichtig ist, dass man nicht dogmatisch an das Modell herangeht, es ist ein Modell und nicht die „Realität“. Das heißt, es gibt keine absoluten inhaltlichen Grenzen (z.B.: Ist das jetzt „wirklich“ psychisch oder eher sozial oder vielleicht beides?).

Für das Schmerzerleben sind alle drei Komponenten relevant, es wirkt aber selbstverständlich ebenfalls auf alle drei zurück. Es beeinflusst z.B. soziale Beziehungen, gibt ihnen vielleicht neue Regeln, es beeinflusst Körperliches (z.B. durch Schonhaltungen), es gebiert unter Umständen Ängste (Vermeidungsverhalten!) oder Depressionen. Dies verstärkt dann unter Umständen wieder das Schmerzerleben usw.

All das sollte aufmerksam wahr genommen werden, um dem Patienten gerecht zu werden⁹.

Abschließend noch der für den Therapieprozess bedeutsame Hinweis, dass das Modell natürlich auch auf Gesundheit anzuwenden ist:

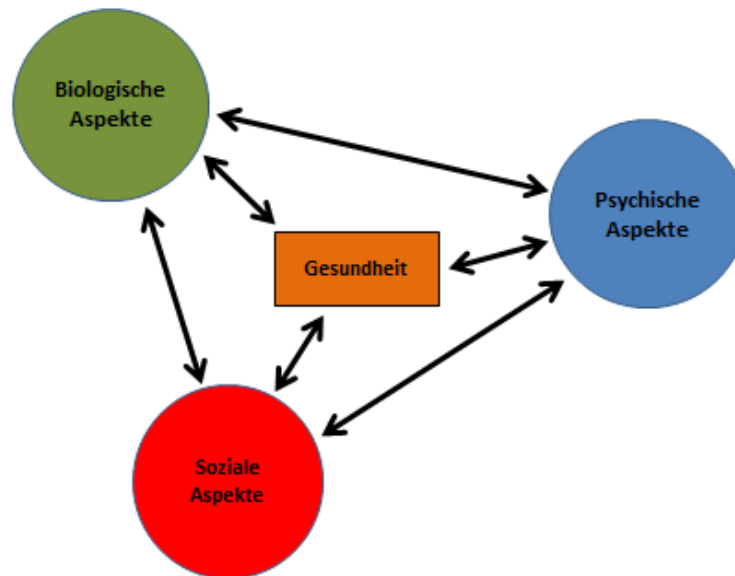


Abb.2:
Salutogenese im Biopsychosozialen Modell

3. Ablauf und therapeutische Werkzeuge

3.1. Erstgespräch: Auftragsklärung – Information – vorläufige Zielklärung

Im Erstgespräch kommt es mir darauf an, zu klären, ob der Patient einen Auftrag an mich hat und - wenn ja – welchen. Der Patient soll alle relevanten Informationen erhalten, die er für die Entscheidung, ob er mit mir arbeiten will, braucht. Wenn möglich soll auch bereits besprochen werden, was Ziele des therapeutischen Prozesses sein könnten. Der Ablauf ist natürlich sehr unterschiedlich und letztendlich bestimmt der Patient durch sein Anliegen, was wie besprochen wird. Ich habe im Folgenden versucht, die Bereiche zu beschreiben, deren Klärung mir wichtig ist. Das bedeutet

⁹ Das muss aber nicht zwangsläufig bedeuten, dass man **Alles** zwanghaft abfragt. Es kann ja u.U. auch sinnvoll sein, direkt mit hypnotherapeutischer Trancearbeit zu beginnen. Nichtsdestotrotz halte ich es persönlich für hilfreich oder sogar notwendig, das Modell bei der Arbeit mit Patienten stets im Kopf zu haben.

also nicht, dass im Erstgespräch all das geklärt werden kann oder sogar muss.

Wenn der Orthopäde feststellt, dass der körperliche Befund die Beschwerden nicht hinreichend erklärt und der Schmerz nicht mehr (ausschließlich) auf einen körperlichen Defekt hinweist (unter der Voraussetzung, dass alle sinnvollen diagnostischen bildgebenden Verfahren angewendet wurden), schlägt er dem Patienten ein unverbindliches Erstgespräch bei mir vor.

Er begründet das so, dass von orthopädischer Seite keine zusätzliche Unterstützung geleistet werden kann, bzw. keine weitere Besserung zu erwarten ist und es daher nützlich sei, andere Möglichkeiten der Schmerzbewältigung / -reduzierung auszuloten. Der Patient könne mit mir klären, was er selbst **noch zusätzlich** tun könne, um eine Schmerzlinderung zu erreichen. Er spricht zudem von der Möglichkeit, wirksame Entspannungstechniken zu erlernen und von „Vorstellungsübungen“, die hilfreich sein können.

Mit dieser Vorabinformation kommen die Patienten dann zu mir.¹⁰

Auftragsklärung

Zunächst klären wir zusammen, was das Anliegen des Patienten ist, ob er ein eigenes Interesse an einer Zusammenarbeit mitbringt, oder ob er sich etwa vom Arzt geschickt fühlt und nicht unkooperativ erscheinen möchte.

Bei Bedenken oder Desinteresse mache ich schnell klar, dass schon ein grundsätzliches Interesse oder Neugier seinerseits notwendig ist, dass es für mich aber auch völlig in Ordnung ist, wenn der Patient sich jetzt **noch** nicht für eine Psychologische Schmerztherapie entscheidet und dass es dafür sicher gute Gründe gibt. Außerdem versuche ich mit der Seite zu kommunizieren, die ja immerhin genügend Interesse aufgebracht hat, um das Angebot des Arztes anzunehmen.

Information

Um die Entscheidung zur Zusammenarbeit aber überhaupt treffen zu können, bedarf es zunächst einer ausführlichen „Produktinformation“.

¹⁰ Natürlich können die Patienten auch aus eigenem Antrieb zu mir kommen. Da ich aber **noch** kein entsprechendes Info-Material produziert habe, wird dies noch nicht genutzt. Auch das Praxispersonal kann Patienten auf mein Angebot aufmerksam machen. Damit das möglich ist, haben wir eine halbtägige Fortbildung zu meiner Arbeit durchgeführt.

Ich erzähle dann zunächst etwas über meinen beruflichen Hintergrund und mein Interesse an Verhaltensmedizin. Der Patient soll also durchaus möglichst schnell die Suggestion erhalten, dass er bei mir genau richtig ist, dass ich weiß, wovon ich rede.

Dann sage ich etwas über akute und chronische Schmerzen und bin damit bereits mitten in der Psychoedukation (siehe dazu 3.2.).

Vorläufige Zielklärung

Auf jeden Fall sollte bereits im Erstgespräch über Ziele gesprochen werden¹¹.

Dadurch wird von Anfang an deutlich, dass es um (konkrete) Ziele gehen soll. Das suggeriert, dass diese auch erreichbar sind.

Dabei ist es zunächst völlig in Ordnung, noch keine SMARTEN Ziele zu benennen, ich visualisiere die wohlformulierten Ziele gerne in der zweiten Sitzung, wenn es denn stimmig erscheint.

Oft beginnen Patienten mit Zielen, die ihre Schmerzen betreffen - logischerweise, denn deswegen sind sie in der Praxis. Das Ziel, schmerzfrei werden zu wollen, habe ich dennoch von keinem Patienten gehört. Die Patienten waren (bisher) immer realistisch und haben „Schmerzlinderung“ als Ziel benannt. Dieses Ziel muss nicht sofort weiter konkretisiert / operationalisiert werden, denn hier kann ich mir erst einmal die Zeit nehmen, zu würdigen, dass der Patient glaubt, mit Restschmerzen leben zu können, und zweitens kann ich zusichern, dass dieses Ziel erreichbar ist.

Erst im weiteren Verlauf, entweder spontan oder auf die Frage, ob es denn noch andere Ziele in unterschiedlichen Bereichen gebe, werden dann eher verhaltensbezogene Ziele genannt (z.B. Stressreduktion, eigene Bedürfnisse achten, Konflikte klären...).

Wenn wir als erstes Ziel die Reduktion der aktuellen Schmerzstärke vereinbart haben, informiere ich die Patienten in kurzen Worten darüber, was ich an Methoden anbieten kann, um das Ziel zu erreichen: Vermittlung von Selbsthypnose bzw. „Methoden zur Entspannung“, wenn Hypnose noch zu „fremdartig“ erscheint; Führen eines Schmerztagebuchs bzw. eines Tagebuchs, um positive Aktivitäten zu dokumentieren¹², um so Unterschiede im Erleben wahrnehmen zu lernen; Auseinandersetzung mit

¹¹ Wenn es passt, frage ich den Patienten auch zu Beginn, wann das Gespräch für ihn etwas gebracht haben würde (Was müsste zum Ende passiert / geklärt sein?)

¹² „Schmerz“tagebuch birgt die Gefahr, auf Schmerzerleben zu fokussieren

schmerzverstärkenden Gedanken und Glaubenssätzen, um die wichtigsten zu nennen (siehe dazu Punkt 3.3.).

Am Ende des Erstgesprächs erhält der Patient Fragebögen zur Schmerz-anamnese, zur allgemeinen Anamnese und ein Blatt zu Kontaktdaten mit der Bitte, sie beim nächsten Termin ausgefüllt wieder mitzubringen (die Fragebögen können alternativ per Email verschickt und bearbeitet werden).

3.2. Psychoedukation¹³

Wie oben schon gesagt, werden alle Inhalte, die unter dieses Thema fallen, sozusagen organisch in den Gesprächsablauf „eingebettet“, d.h. es wird dann darüber gesprochen, wenn es passt, entweder im Erstgespräch oder in der ersten Sitzung, quasi als „Nachschlag“. Viele Patienten bringen natürlich auch schon eine Menge Vorwissen mit, z.B. wenn sie schon Vorerfahrungen mit Entspannungstechniken gemacht haben.

Dann ist es natürlich hilfreich, dieses Interesse am eigenen Wohlbefinden zu würdigen und auch klar zu sagen, dass das den Prozess abkürzt.

Hier die wichtigsten Themen mit einer jeweils kurzen Erläuterung, was der Patient aus meiner Sicht über Schmerz und Psychologische Schmerztherapie wissen sollte:

Medizinische Grundkenntnisse über Schmerz

- Unterschied akuter – chronischer Schmerz

Akuter Schmerz ist ein Signalreiz, der darauf hinweist, dass im Körper irgendetwas nicht in Ordnung ist. Das kann eine Verletzung sein, ein entzündlicher Prozess, eine Organschädigung u.a. mehr. Die Botschaft des Schmerzes: Hier stimmt was nicht, tu etwas!¹⁴

Viele denken, dass die zugrundeliegende Schädigung umso stärker / gefährlicher ist, je schlimmer der Schmerz ist. Aber bereits bei akutem Schmerz ist eine solche 1-1-Zuordnung nicht gegeben. Selbst ernste Verletzungen führen nicht automatisch zu starkem Schmerz. Hierhin gehört das Beispiel von der Mutter, die sich trotz eigener Verletzungen

¹³ Eine hilfreiche Lektüre hierzu für Patienten: von Wachter (2014)

¹⁴ Das gilt natürlich auch ganz allgemein für Schmerzen jeglicher Art – nur ist es oft schwierig, die Botschaft zu entschlüsseln. Aber hierfür haben wir ja Tranceübungen. An dieser Stelle ist gemeint: Hol dir Hilfe! Geh zum Arzt! Nimm dir ein Pflaster! also eher „Erste Hilfe“-Botschaften.

nach einem Autounfall zunächst um ihr Kind kümmert, ohne dass sie dabei Schmerzen erlebt. Es muss also Mechanismen geben, die Schmerzen „ausschalten“, wenn der Organismus Wichtigeres zu tun hat. Die Idee, dass selbst starke Schmerzen beeinflussbar sind und dass dies ein von der Natur „vorgesehenes“, evolutionsbiologisch hilfreiches Phänomen ist, wird hier gesät.

Der chronische Schmerz hat dagegen die Funktion, auf einen körperlichen Schaden hinzuweisen, mehr oder weniger verloren. Denn es ist keine Schädigung / Erkrankung des Körpers mehr **erkennbar**, die eine ernsthafte Bedrohung darstellt. Hier erläutere ich zwei Gedanken:

Es ist ja durchaus möglich, dass die Botschaft des Schmerzes nun eine andere ist. Damit säe ich zum einen die Idee, dass es eine solche Botschaft geben **kann**, zum anderen sage ich dem Patienten, dass ich klar davon ausgehe, dass er Schmerzen **hat**.

Außerdem mache ich an dieser Stelle klar, dass es für mich keinen Sinn macht, zwischen Schmerzen zu unterscheiden, die durch einen körperlichen Befund vollständig erklärbar sind oder eben nicht. Für mich existieren diese extremen Pole nicht. So kann es z.B. nach Unfallverletzungen durchaus Residuen geben, die man jedoch nicht bildgebend darstellen kann. Bei Rückenbeschwerden gibt es kaum die Möglichkeit, zwischen dem „organisch bedingten“ Anteil des subjektiv erlebten Schmerzes und dem „psychogenen“ Anteil zu differenzieren. Deshalb, so meine Schlussfolgerung gegenüber dem Patienten, macht es für unsere Arbeit auch keinen Sinn, das zu tun. Es ist auch gar nicht notwendig, weil wir auf jeden Fall daran arbeiten können, dass der Patient weniger Schmerz **erlebt**, egal wie hoch der jeweilige Anteil sein mag. Es ist aber auch klar, dass der Patient nicht bei mir wäre, wenn seine Beschwerden klassisch medizinisch behandelbar wären.

Im Prinzip erfüllt diese Informationsstrategie die Kriterien der Konfusions-technik¹⁵: Ich sage zum einen, dass künstliche Kategorisierungen keinen Sinn machen, referiere aber genau über diese Begrifflichkeiten. Ich sage zum einen, dass ich ganz genau über „Schmerz“ Bescheid weiß, gleichzeitig aber auch, dass niemand genau Bescheid weiß, was „Schmerzanteile“ angeht, dass das aber auch gar nichts macht, weil (jetzt kommt die eigentliche Botschaft) es für die Therapie egal ist, denn **Erfolge sind immer möglich**. Die innere Weisheit des Patienten sollte in der Lage sein,

¹⁵ Merkwürdigerweise wird mir das erst jetzt im Moment beim Schreiben klar.

sich das Hilfreichste auszusuchen, was auch immer am besten passen mag und die Einladung zum „Heil-Werden“ annehmen.

- Schmerz ist subjektives, nicht messbares Erleben

Im Grunde genommen ist dazu im letzten Abschnitt schon Alles gesagt. Ich mache hier auch deutlich, dass mich in meiner Schmerzanamnese weniger die medizinisch - organischen Befunde als vielmehr das subjektive Erleben und die Schmerzbewältigungsstrategien des Patienten interessieren. Hier erläutere ich auch die Arbeit mit subjektiven 10-er Einschätzungsskalen zu Schmerz- bzw. Wohlbefinden.

Falls das noch nötig sein sollte oder ein Interesse des Patienten besteht, könnte hier auf die Gate-Control Theorie Bezug genommen werden, um zu zeigen, wie höhere Hirnareale über absteigende Bahnen Einfluss auf das Schmerzerleben nehmen. Als Metapher halte ich die Theorie für sehr geeignet weil anschaulich, obwohl sie mittlerweile wissenschaftlich nicht mehr allgemein akzeptiert ist.

Suggestion wäre hier: Du kannst dein Erleben beeinflussen, weil jeder Organismus das kann und auch macht.

- Teufelskreis Schmerz – Stress – Anspannung - mehr Schmerz

Diesen Teufelskreis kennt jeder Schmerzpatient und reagiert entsprechend: Ja, genau das kenne ich. Manche haben deshalb auch bereits Erfahrung mit Entspannungsverfahren, was natürlich lautstark willkommen geheißen wird. Hier verweise ich auf Selbsthypnose, was **noch** wirkungsvoller als das schon Bekannte (meist PMR oder Autogenes Training) sein kann.

- Teufelskreis Schmerz – Schonhaltung - muskuläre Verspannung – mehr Schmerz

Auch dieser Kreislauf ist den meisten Patienten bekannt. Fast alle sind in physiotherapeutischer Behandlung und wissen, wie wichtig es ist, gegen die Schmerzen anzuarbeiten. Trotzdem gelingt das manchmal nicht. Einladung hier: Ich möchte Ihnen helfen, dass Ihnen das **noch besser** gelingt.

Biopsychosoziales Modell

Mir ist die subjektive Krankheitstheorie der Patienten sehr wichtig. Therapie, egal welche, funktioniert dann, wenn die Krankheitstheorien von Patient und Behandler nicht allzu weit voneinander entfernt sind. Die subjektive Theorie als Konstrukt kann zudem wertvolle Hinweise auf mögliche Interventionsbereiche geben.

Die Patienten sollen daher auch wissen, wie mein Krankheitsmodell aussieht und daher die wesentlichen Implikationen des Biopsychosozialen Modells kennen lernen. Ich stelle ihnen dieses als das Krankheitsmodell vor, das für mich am überzeugendsten subjektives Schmerzerleben erklären kann.

Dabei kann jeder schnell nachvollziehen, dass Ärger, akute Belastungen (wie z.B. Verlusterlebnisse) oder existentielle Ängste (bei Schmerzpatienten häufig Sorgen um den Arbeitsplatz) oder auch chronische Belastungen wie z.B. anhaltende Konflikte den Schmerz verstärken können. Das wurde ja vielleicht bereits auch schon thematisiert¹⁶.

Auch der negative Einfluss von dysfunktionalen Gedanken bezüglich des Umgangs mit Schmerzen wird hier besprochen: Überzeugungen wie „Ich kann nichts gegen meine Schmerzen tun, ich bin ihnen hilflos ausgeliefert.“ lenken den Wahrnehmungsfokus noch mehr auf den Schmerz, während hilfreiche Gedanken wie z.B. „Ich schaffe es, trotz meiner Schmerzen aktiv zu sein.“ oder „Ich kann trotz Schmerzen Dinge genießen.“ dem Schmerz diese Macht wenigstens zum Teil nehmen können, indem sie die Wahrnehmung auf Angenehmes ausrichten und eine „Trotz“- Haltung aufbauen bzw. stabilisieren.

Suggestion: Man kann denken, was man „will“¹⁷ – also warum nicht gleich etwas Hilfreiches?

Hypnose / Trance / Innerer Heiler

Ich halte Trancearbeit für eine ganz wichtige, hoch wirksame Intervention in der Arbeit mit Schmerzpatienten. Deshalb versuche ich gleich zu Beginn, Patienten dafür neugierig zu machen.

¹⁶ Wie schon gesagt, ist die angegebene Reihenfolge der Informationen nicht bindend. Was passt, kommt dran.

¹⁷Seriöser formuliert: Jeder Gedanke ist zunächst einmal eine Hypothese, ein Konstrukt, das mehr oder weniger nützlich sein kann. Er hat keinen Wahrheitsgehalt, ist nur mehr oder weniger plausibel. Ich kann Hypothesen prüfen und anschließend verwerfen, wenn sie nicht hilfreich sind.

Ich erläutere, dass Hypnose eine sehr wirksame Methode ist, um wirklich tief zu entspannen. Wenn Erfahrungen mit anderen Verfahren vorhanden sind, mache ich die Unterschiede und Gemeinsamkeiten klar. Wie hilfreich Entspannung gegen Schmerzen ist, ist an dieser Stelle bereits klar.

Außerdem erkläre ich, was ich unter „Trance“ verstehe und beschreibe es zunächst als alltägliche Erfahrung, die jeder kennt – Trance als konzentrierter Zustand, bei dem die Wahrnehmung auf einen Bereich fokussiert ist, während andere Bereiche quasi ausgeschaltet sind. Ich erkläre, dass in diesem Zustand besonders gut mit unseren entwicklungs geschichtlich älteren Hirnregionen kommuniziert werden kann, die für unwillkürliche Körperfunktionen und unwillkürliches Erleben zuständig sind und dass man mit ihnen am besten über bildhafte Vorstellungen kommunizieren kann, weil diese älteren Areale im Unterschied zum Frontalhirn keine digitalisierte Sprache kennen. Um unwillkürliche Prozesse zu beeinflussen, müssen wir also mit diesen Bereichen in Kontakt kommen. Eine Metapher für diese Bereiche ist zum Beispiel das Unbewusste. Hier sind alle Erfahrungen repräsentiert, die der Organismus gesammelt hat, u.a. alles Wissen über gesundes Funktionieren. Hier finde ich die Erläuterungen zur Neuroplastizität von Gerald Hüther¹⁸ besonders hilfreich:

Bereits im Mutterleib beginnt der Organismus damit, Erfahrungen in Form von neuen Strukturen und deren neuronalen Verknüpfungen im Gehirn anzulegen. Dabei entsteht quasi eine Blaupause der Lebensumwelt¹⁹, wozu für das Gehirn auch der eigene Körper zählt. Das bedeutet, dass das limbische System z.B. genau „weiß“, wie es sich anfühlen muss, wenn ein Organ gut funktioniert, welche Stoffwechselfparameter dafür wie sein müssen, wie sich das wiederum anfühlt und wie das innere Milieu beschaffen sein muss, damit gesundes Funktionieren möglich ist / wird.

Dieses Wissen kann man in Trance quasi „anzapfen“, es stellt so etwas wie einen „Inneren Heiler“ dar, der dafür sorgen kann, dass es dem Organismus gut geht. Das halte ich für eine sehr hilfreiche Metapher.

Ich erkläre dann weiter, dass wir diesen Inneren Heiler um Hilfe und Unterstützung bitten können, er warte vielleicht schon darauf. Ich sage den Patienten auch, dass diese Instanz (vielleicht hat der Patient ja auch einen anderen Namen dafür) ihm vielleicht auch Arbeit abnehmen kann, indem sie dafür sorgt, dass hilfreiche Dinge quasi wie von alleine, ganz

¹⁸ Eigene Erinnerung – ich konnte erst kürzlich einen Vortrag im Rahmen meiner Psychoonkologie Ausbildung live erleben.

¹⁹ Unser Gehirn entsteht quasi erst in Interaktion mit der Umwelt.

automatisch und ohne dass einem das bewusst sein muss, geschehen können²⁰.

Suggestion: Schmerzlinderung ist selbst dann möglich, wenn du dich gar nicht anstrengst – ohne dass du das überhaupt mit bekommst. Wenn du dazu noch Selbsthypnose lernst, müsste es doch klappen.

3.3. Therapieziele und Methoden / Werkzeuge

Je länger Patienten schon mit chronischen Schmerzen leben, desto unwahrscheinlicher wird es, dass sie „Schmerzfreiheit“ noch als „Sehnsuchtsziel“²¹ verfolgen. Patienten, die mich in der Praxis aufsuchen, kommen wegen ihrer Schmerzen, haben so gut wie ausnahmslos das Ziel „Schmerzreduktion“. An diesem Ziel muss selbstverständlich einerseits ganz explizit gearbeitet werden. Ich halte es aber auch für hilfreich, immer wieder Angebote zu machen, die die Wahrnehmung des Patienten auf Zusammenhänge des Schmerzerlebens mit anderen Bereichen lenken.

Manche Patienten kommen auch bereits mit einer subjektiven Krankheits-theorie, die Zusammenhänge zwischen Schmerzerleben und biografischen Belastungen herstellt. Sie haben dann vielleicht schon Theorien darüber, was sie in ihrem Leben ändern müssten, damit eine Schmerzreduktion wahrscheinlicher wird (z.B. „Mein Schmerz wird nicht weniger werden, solange ich die für mich unhaltbaren Umstände am meinem Arbeitsplatz weiter akzeptiere.“ oder „Um meinen Organismus zu unterstützen, müsste ich die Konflikte mit meinem Partner klären, die mir so viel Energie rauben.“). Diese Patienten bringen dann auch von Beginn an noch andere konkrete Ziele mit, an denen in dem Fall auch direkt gearbeitet werden kann.

Wie immer bestimmt (nach eingehender Klärung der Zusammenhänge und der Gewichtung einzelner Komponenten) auch hier der Patient, in welcher Reihenfolge an welchen Zielen wie gearbeitet werden soll.

²⁰Anschauliches Beispiel sind für mich automatische Heilungs- oder „Reparatur“-Prozesse, für die man ja „selber“ auch nichts tun muss. Der Organismus weiß also, wie Heilung funktioniert.

²¹ Begriff von Gunther Schmidt (z.B. Schmidt, 2010) übernommen; er macht in seinen Workshops immer wieder deutlich, wie wichtig es ist, neben der konsequenten Arbeit an erreichbaren Zielen auch die Sehnsuchtsziele der Patienten zu würdigen und dieser Seite ihren Platz zuzugestehen, damit sie nicht das Erreichen von realistischen Zielen herabwürdigen oder boykottieren muss.

Interventionen, die direkt auf eine Linderung der Schmerzen zielen

1. Information über biologischen Sinn und Zweck von Schmerzen und über die Behandlungsmöglichkeiten bei chronischem Schmerz

Diese Informationen können bereits beruhigend wirken und so körperliche Anspannungen reduzieren. Der Gedanke, dass es keine bedrohliche Grunderkrankung mehr gibt und dass es auch keinen Sinn macht, weiter nach einer solchen zu suchen, da das Schmerzerleben auch anders erklärt werden kann und anders behandelt werden muss (und dass das auch gelingen kann), wirkt meist schmerzreduzierend.

2. Entspannung / Erlernen von Selbsthypnose

Ich biete den Patienten schon im Erstgespräch an, wenigstens eine Übung zur Selbsthypnose zu erlernen, bei Interesse direkt in der nächsten Sitzung. Mein Favorit ist hier die Übung zum „Wohlfühlort“, die in der Regel schon direkt bei der ersten Anwendung in der Sitzung zur Schmerzreduktion führt. Patienten, die schon Erfahrung mit PMR oder Autogenem Training haben, schätzen dabei, dass es eigenes Erleben ist, das aktualisiert wird. Es fällt ihnen leicht, diese Erfahrung wieder zu erleben und sie empfinden dies intensiver als z.B. eine vorgegebene „Traumreise“. Ich nehme diese erste Anleitung für die Patienten auf und stelle sie ihnen für das weitere Üben zu Hause zur Verfügung.

Patienten, die mit dieser Übung Schwierigkeiten haben (z.B. wenn es zunächst nicht möglich scheint, einen Wohlfühlort zu explorieren) würde ich alternativ die Übungen „Den Atem erlauben“ mit Ausatmen von belastenden Dingen und Einatmen von Ressourcen oder „Sich öffnen für Ressourcen“ anbieten.

Bei Schmerzpatienten ist es noch wichtiger, dabei auf eine bequeme, möglichst angenehme Körperhaltung / Sitzposition zu achten. Es kann auch sinnvoll sein, die Übungen im Liegen durchzuführen, wenn der akute Schmerz längeres Sitzen nicht zulässt.

3. Andere Trancen zur Linderung von akutem Schmerz

Hier sind grundsätzlich alle Methoden zuzuordnen, die das Verlagern bzw. Auslagern von Schmerzen anzielen.

Man kann den Patienten beispielsweise bitten, den Schmerz in einen Körperteil wandern zu lassen, wo er als erträglicher erlebt wird. So könnte der Patient den Schmerz aus einem Körperteil, das stark beansprucht wird (was eine stetige Schmerzverstärkung zur Folge hat), in einen Bereich zu verlagern, der sich besser entspannen kann (z.B. aus den Gliedmaßen in die Peripherie).

Eine andere Möglichkeit wäre es, den Patienten zu fragen, wie er sich den Schmerz bildhaft vor sich vorstellen könnte (als Wesen oder auch ganz abstrakt in Farbe, Form etc.) und ihn dann einladen, zu imaginieren, diesen Stellvertreter des Schmerzes irgendwohin weg zu schließen o.Ä..

Außerdem kann man den Patienten auch direkt bitten, wenn er den Schmerz in allen Sinnesmodalitäten beschrieben hat, diese Modalitäten in seiner Vorstellung in Richtung auf angenehmes Erleben zu verändern. Hilfreich ist es, den Patienten zunächst zu bitten, den Schmerz intensiver zu erleben. Und wenn das funktioniert (in der Regel tut es das wohl)- so die implizite Schlussfolgerung – dann sollte es auch gelingen, das Erleben in die andere Richtung, hin zu mehr Wohlempfinden, zu beeinflussen. Sehr wichtig dabei ist, den Patienten die jeweils aktuelle Schmerzstärke benennen zu lassen

Als weitere hilfreiche Methode ist die Anregung von Dissoziation vom Schmerzerleben zu nennen: Der Patient entfernt sich zeitlich oder örtlich vom Schmerzerleben, um das Schmerzerleben von einem angenehmen Ort aus zu beobachten oder sich in eine Wohlfühlsituation in der Vergangenheit oder in der Zukunft hineinzuempfinden.

Außerdem kann man hier Alltagstrancen (schlicht: Ablenkung vom Schmerzerleben) nutzen: Der Patient wird ermutigt, aktiv zu werden, angenehme Situationen aufzusuchen und die Antwort seines Organismus zu beobachten. Der Patient sucht dann aufgrund dieser Instruktion oder Einladung eher angenehme Körperempfindungen und fokussiert auf diese.

4. „Brücke“ von gesunden, schmerzfremen Körperregionen zur Schmerzregion aufbauen – Transfer von Ressourcen

Der Patient fokussiert zuerst den Schmerz und beschreibt diesen in seinen Qualitäten. Danach lädt man ihn ein, seinen Körper nach der aktuell angenehmsten Körperstelle, die vielleicht auch schon immer gesund war, abzuscannen. Anschließend bittet man ihn, in der

Vorstellung eine Verbindung zwischen diesen beiden Körperstellen herzustellen (eine Brücke, einen Tunnel – was auch immer das Unbewusste für geeignet empfindet). Diese Verbindung soll sich der Patient dann möglichst genau vorstellen (Farbe, Material, auch das Gefühl, wenn man darüber oder hindurch geht usw.). Dann bittet man den Patienten, die Verbindung zu nutzen, hin und her zu gehen, eventuell auch im Rhythmus der Atmung.

Die Vorstellung ist, das Ressourcen, das Wissen um gesundes Funktionieren, im angenehm erlebten Körperbereich vorhanden sind und quasi zum erkrankten, schmerzhaften hin transferiert werden, ganz automatisch, ganz nebenher.

Es ist durchaus möglich, dass diese Interventionen alleine schon als ausreichend hilfreich erlebt werden und dass der Patient glaubt, selbständig an der weiteren Verbesserung seines Zustands arbeiten zu können, z.B. mit Hilfe von Selbsthypnose oder auch durch Ablenkung und Fokussierung auf angenehmes Erleben im Alltag.

Interventionen, die das Schmerzerleben indirekt beeinflussen

1. Führen eines Tagebuchs

Der Patient soll ein Aktivitätenprotokoll führen, das es erlaubt, Faktoren zu identifizieren, die schmerzreduzierend bzw. –verstärkend wirken. Dabei ist es hilfreich, eben nicht von einem „**Schmerzprotokoll**“ zu sprechen sondern einen eher neutralen Begriff zu wählen, um die Aufmerksamkeit des Patienten nicht ohne Not auf das Schmerzerleben zu fokussieren.

Das nächste Ziel wäre dann, Verhaltensweisen weiter auf- und auszubauen, die mit angenehmem Erleben einhergehen (Genuss, Freude, Spaß bringen) und Aktivitäten abzubauen, die eher schmerzverstärkend wirken.

Es werden auch schmerzbegleitende Gedanken mitprotokolliert, die das Schmerzerleben triggern (Überzeugungen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein z.B.). Der Patient soll diesen Zusammenhang erkennen und lernen, hilfreichere Gedanken entgegenzusetzen. Hier stellt die Rational-Emotive-Therapie (Ellis, 1977) wirksame Werkzeuge zur Verfügung, um diese dysfunktionalen Überzeugungen durch hilfreiche-

re, schmerzreduzierende zu ersetzen. Aus hypnosystemischer Sicht beschreibt Woelm (2013), wie Selbst – schädigende Überzeugungen entstehen und gesundes Wachstum boykottieren können.

Wichtig erscheint mir bei dieser Arbeit, möglichst oft Rückmeldungen vom Patienten einzuholen, wie sein Organismus auf die jeweiligen Gedanken und Überzeugungen antwortet, damit der Patient Unterschiede ganz bewusst wahrnehmen kann.

2. Ressourcen explorieren / kreative Trancen

Hier geht es darum, dass Patienten angenehmes Erleben und kreative Fähigkeiten (wieder-) entdecken. Sie sollen erfahren, dass Genuss, Freude und Spaß, also kurz Lebensqualität auch bei Belastung durch Schmerzen möglich sind und dass sie selbst eigenverantwortlich dafür sorgen können, dass das möglich wird.

Das Erinnern von Lebensereignissen, die für die Überwindung von Schwierigkeiten, körperlichen oder seelischen Herausforderungen stehen, kann Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder herstellen.

3. Arbeit mit dem „Inneren Heiler“

Der „Innere Heiler“ wird als Metapher für eine Instanz innerhalb des Organismus vorgestellt, der Heilung ermöglicht. Er ist eine Art Blaupause, wo Alles für gesundes Funktionieren Relevante abgespeichert ist (siehe unter 1.).

Der Patient erhält zunächst Beispiele, die belegen, dass im Organismus ständig „Heilung geschieht“, bzw. dass ständig Reparaturarbeiten ohne unser Wissen ablaufen, ohne dass wir etwas davon mitbekommen. Das ist selbstevident und sät die Idee von automatischen unwillkürlichen hilfreichen Prozessen.

Man kann in einer Trance auch eine Geschichte erzählen, die die Idee eines Inneren Heilers sät (z.B. „Wissenschaftler suchen nach der Ursache für Heilungsprozesse“ (Stefan Junker, 2012)).

In Trance kann der Patient dann Kontakt aufnehmen und seinen Inneren Heiler²² bei unterschiedlichen Fragestellungen um Hilfe bitten:

- Fragen nach dem Sinn der Schmerzen, ihrer „Funktion“

²² oder wie immer er diese Instanz für sich benennen will

- Fragen nach eigenen Verhaltensweisen, die nicht hilfreich waren / sind
- Fragen nach Voraussetzungen für die Mithilfe des Inneren Heilers
- u.a.m.

Für mich besteht der große Nutzen dabei in der hilfreichen Nutzung von Selbstheilungskräften, d.h. Heilung wird wahrscheinlicher, vielleicht sogar, ohne dass der Patient, der ja ohnehin schon lange genug leidet, sich dafür bewusst anstrengen muss: Er kann auf die hilfreiche Mitarbeit einer wohlwollenden Instanz hoffen, wobei es dann natürlich auch sehr wichtig wird, sich explizit für das Engagement zu bedanken.

4. Die „Botschaft der Schmerzsymptomatik“ verstehen – „Diagnostische Trance“

Der Patient erhält die Einladung, in Trance mit einem Stellvertreter für seinen Schmerz zu kommunizieren. Das kann eine Landschaft, ein Tier oder eine Person sein, je nachdem, wieviel emotionalen Abstand der Patient braucht.

Die Trance macht es möglich, dass lebendige Bilder, die das Erleben des Patienten repräsentieren, aus dem Unterbewusstsein ganz wie von selbst aufsteigen. Da diese Bilder nicht bewusst erzeugt sind und unmittelbar vom Patienten selbst kommen, sind sie quasi ursprünglich und werden vom Patienten nicht diskutiert, so wie etwa eine als Vorschlag formulierte Hypothese des Therapeuten. So kann man mit dem weiterarbeiten, was spontan vom Patienten kommt, ohne Gefahr zu laufen, in energieraubende Diskussionen zu geraten.

Bei dieser Arbeit kann z.B. klar werden, dass es grundsätzliche inter- oder intrapersonale Konflikte gibt, die mit dem Schmerzerleben zusammenhängen. Der Schmerz sorgt dann vielleicht für eine vordergründige Balance des Organismus, für eine Art „ungesundes Gleichgewicht“. Wird der Konflikt jetzt offensichtlich, kann er bearbeitet werden, es kann eine neue, gesündere Balance gesucht werden. Dabei können bereits in der Trancearbeit aufgrund der vom Patienten kommenden Informationen hilfreiche Suggestionen benutzt werden, die Handlungsräume erweitern und den Patienten flexibler machen.

Auch hier können wieder Ressourcen geweckt und verfügbar gemacht werden, ohne dass der bewusste Verstand des Patienten dies Alles „wissen“ muss.

Alle diese Interventionen setzen voraus, dass die Patienten ein grundsätzliches Interesse an psychotherapeutischen Vorstellungen und Vorgehensweisen mitbringen und wenig Berührungängste haben.

Patienten, die, aus welchen Gründen auch immer, Ressentiments mitbringen, kann ich alternativ auch „Systemisches Gesundheitscoaching“ anbieten:

Dazu erhalten sie zunächst einen Life- Balance- Fragebogen, der 4 Lebensfelder zum Thema hat und erfragt, wie die „Energiebilanz“ in diesen Bereichen (Sinnerleben – Familie / soziale Beziehungen – Körper – Beruf) ausfällt: Stellen sie eher Energie zur Verfügung oder verbrauchen sie eher Energie?

Dieser Fragebogen stellt quasi ein „Niedrigschwellenangebot“ dar, einen ersten Schritt in Richtung Selbsterfahrung. Die Rückmeldung kann Anregungen geben, sich mit eigenen Ressourcen und defizitären Bereichen auseinanderzusetzen und so einen hilfreichen Prozess in Gang setzen, der in allererster Linie die Kompetenzen und Ressourcen des Klienten in den Vordergrund stellt.

Über die Dauer der jeweiligen Zusammenarbeit entscheidet natürlich wieder ausschließlich der Patient. Ich gebe auch keine Standards vor. Sobald ich den Eindruck habe, dass „Therapie“ nicht mehr notwendig ist, dass ich dem Patienten also zutraue, alleine weiter zu gehen, melde ich das zurück. Ich erläutere dann, dass ich dies dem Patienten sehr wohl zutraue, aber auch auf keinen Fall möchte, dass er sich alleine gelassen fühlt. Sollte er sich für weitere Sitzungen entscheiden, nenne ich das dann aber nicht mehr Therapie sondern „professionelle Unterstützung“ oder „Stabilisierung“ oder so ähnlich. Der Patient soll die Botschaft erhalten: „Du bist vielleicht noch nicht ganz fertig mit der Arbeit, aber der Rest ginge auch ohne mich.“

4. Der Nutzen Hypnosystemischer Grundkonzepte und Methoden für die Behandlung von Schmerzen

Abschließend möchte ich gerne den „Mehrwert“ beschreiben, den die Beschäftigung mit hypnosystemischen Grundlagen, Werten und Methoden,

insbesondere die Ausbildung zum Practitioner für Hypnotherapie für meine Arbeit mit Schmerzpatienten mit sich gebracht hat.

4.1. Der „Mehrwert“ für die Grundhaltung

Die grundsätzliche Philosophie und die Implikationen für die Arbeit mit Patienten waren mir nicht fremd, da ich mich seit dem Studium mit der Humanistischen und Positiven Psychologie beschäftigt habe und hier quasi mein Fundament für die Arbeit mit Menschen gefunden habe.

Die unbedingte Achtung der Selbstbestimmung und –verantwortung des Patienten und das Wissen um die Voraussetzung hierfür, nämlich die Fähigkeiten, Kompetenzen und Ressourcen, die jeder Mensch mitbringt, waren für mich schon immer selbstverständliche Bedingung für eine tragfähige, vertrauensvolle therapeutische Beziehung.

Vielleicht hat mich unter anderem deshalb die Arbeit im medizinischen Bereich besonders gereizt, weil sich hier diese Vorstellungen vom Menschen als organische Ganzheit, die in der Lage ist, selbstorganisierend ihr eigenes Schicksal zu bestimmen, (vorsichtig formuliert) noch nicht überall und auf allen Ebenen therapeutischen Handelns durchgesetzt hat.

Ärzte sehen sich meiner Wahrnehmung nach noch zu oft dem Druck ausgesetzt, helfen zu **müssen**, guten Rat erteilen zu **müssen** und sind dann oft frustriert, wenn sie nicht helfen können oder wenn der Patient den gut gemeinten Rat nicht annimmt. Die Rolle als ärztlicher Berater, der sein Fachwissen zur Verfügung stellt, um dem Patienten gute **eigene** Entscheidungen zu ermöglichen, wird selten angenommen bzw. ausgefüllt, aus den unterschiedlichsten Gründen und dies sind zuallerletzt Gründe, die in der Person des Behandlers zu suchen sind. Aus systemischer Sicht erscheinen mir stattdessen besonders die Struktur unseres Gesundheitswesens, die darauf fußende medizinische Ausbildung (bzw. die „Blinden Flecke“ in dieser Ausbildung) und besonders die unzureichende multidisziplinäre Vernetzung erwähnenswert.

Aber zurück zum „Mehrwert“ hypnosystemischer Konzepte:

Was mich daran begeistert, ist die Radikalität, mit der die Überzeugungen der Humanistischen Psychologie ihren Platz in der therapeutischen Arbeit finden. Dies hat mich in meiner Sicht der Dinge, bzw. der Menschen, respektive der Patienten, bestätigt und bestärkt. Der unerschütterliche Glaube an die Selbstheilungsfähigkeiten des Organismus und die hirnpfysiologisch untermauerten Konstrukte (sic!) des Radikalen Konstruktivis-

mus und der Autopoeise sind für mich Basis für jeden kommunikativen Umgang miteinander.

Die Implikation, dass der Therapeut für seine Angebote werben muss, dass er transparente Aufklärungsarbeit betreiben muss, um das System „Patient“ anzuregen, selbstbestimmt Veränderungsprozesse in Richtung Heilung zu initiieren, finde ich zwingend und außerordentlich hilfreich. Ich habe damit, auch in früheren Tätigkeiten (z.B. der Arbeit mit onkologischen Patienten) beste Erfahrungen gemacht und mache sie jetzt gerade wieder.

Gerade in der Arbeit mit „medizinischen“ Patienten ist es für alle beteiligten Berufsgruppen unglaublich wichtig, **hilfreich** zu kommunizieren, d.h. konkret: Hoffnung zu säen, wo immer das möglich ist, Botschaften zu senden, die besagen „Heilung ist möglich.“, „Wir können **immer** etwas für Sie tun.“, „Wir sind auf Empfang.“, „Sie sind die wichtigste Person, wenn es um Ihre Heilung geht.“, „Sie können Einfluss nehmen.“ und vieles andere Nützliche mehr. Hier gibt es noch wahnsinnig viel zu tun, weil dies nicht immer im Fokus der Behandler ist, die oft wohlmeinend und nichts ahnend fatale Suggestionen an Patienten schicken (die diese z.B. als „Aufgegeben werden“ interpretieren).

Das Säen von Heilungsideen mit Hilfe hypnotischer Sprachmuster und systemischer Fragen halte ich ebenfalls für eine hoch wirksame kommunikative Möglichkeit, Gesundheit wahrscheinlicher werden zu lassen. Hier besteht bei mir allerdings zur Zeit noch relativ großer Nachhol- bzw. Übungsbedarf²³.

Schmerzpatienten haben oft eine lange Leidenszeit hinter sich. Sie erleben, dass immer wieder erfolglos neue diagnostische Verfahren angewendet werden, um doch noch eine zugrundeliegende Erkrankung oder Schädigung zu finden, die ihre Schmerzen erklärt. Manche haben auch aufgrund gut gemeinter aber falscher Behandlung iatrogene Schmerzzustände. Da ist es nicht verwunderlich, dass sie den Behandlern immer weniger Vertrauen entgegen bringen. Wenn sie dann noch den Rat erhalten, „es doch einmal mit Psychotherapie zu versuchen“, ist es leicht nachvollziehbar, dass sie sich auf einmal in einer Verantwortung sehen, die man ihnen vorher nicht zugestanden hat. Gedanken wie „Jetzt soll ich

²³ Und ich bin jetzt schon neugierig, woran ich merken werde, dass meine Formulierungen noch mehr hilfreiche Veränderungen beim Patienten auslösen.

also auch noch selbst schuld oder gar verrückt sein.“, „Alles Bisherige war umsonst.“ u. ä. sind da gut verstehbar und nicht selten²⁴.

Hier ist es nicht nur hilfreich, sondern sogar unabdingbar notwendig, diese Vorerfahrungen zu nutzen, ihnen einen Sinn zu geben und die enttäuschte und misstrauische Seite des Patienten willkommen zu heißen und ihr Raum zu geben – sie einzuladen, den nun (vielleicht) beginnenden therapeutischen Prozess aufmerksam und kritisch selbstverantwortlich zu begleiten.

Implikationen für das System „Orthopädische Praxis“

Mein langfristiges Sehnsuchtsziel ist es, zu erreichen, dass alle in der Praxis Tätigen grundsätzliches Wissen über kommunikative Prozesse und deren pragmatische Wirkung haben. Alle sollten kommunikationstechnisch „an einem Strang ziehen“. Jeder sollte wissen, was hilfreiche Botschaften sind und wie man sie senden kann (sprachlich, symbolisch, durch Handlung...). Jeder sollte den „Giftschrank“ kennen, in den alle Äußerungen hinein gehören, die Patienten verunsichern, ängstigen, die Zweifel säen oder die eigene Kompetenz infrage stellen²⁵.

Den ersten Schritt in diese Richtung bin ich bereits gegangen, indem ich eine halbtägige Fortbildung für das Praxispersonal durchgeführt habe, um meine Arbeit vorzustellen. Dabei habe ich auch angeboten, für Fragen zum Umgang mit Patienten u. ä. zur Verfügung zu stehen. Ich glaube, solche informellen Gespräche bringen sehr viel, auf mehreren Ebenen.

Am wichtigsten in diesem Zusammenhang erscheint mir, immer mit gutem Beispiel voranzugehen und für Transparenz in Bezug auf das eigene Tun zu sorgen.

4.2. Der „Mehrwert“ durch die Trancearbeit

Einleitend möchte ich sagen, dass ich Trancearbeit bei Patienten mit Schmerzen als quasi unverzichtbar kennen gelernt habe. Überspitzt formuliert: ich halte es geradezu für fahrlässig, ein solch wirksames und vielseitiges Instrument liegen zu lassen.

Die für mich bei meinem jetzigen Kenntnisstand wichtigen Verfahren habe ich in Kapitel 3.3. kurz zusammengestellt.

²⁴ Außerdem ist zu berücksichtigen, dass diese oft jahrelange Suche nach somatischen Befunden die Überzeugung, somatisch krank zu sein, ins Bewusstsein einbrennt.

²⁵ damit ist nicht gemeint, „Fehler“ nicht zu offenbaren – im Gegenteil!

An dieser Stelle will ich zusammenfassen, warum ich die Verfahren so hilfreich finde.

Zunächst entsprechen sie der grundsätzlichen Philosophie, die ich ver-
trete: Es sind alles Verfahren, die auf Kooperation beruhen und dem
Patienten die Kontrolle überlassen (das ist für mich die „conditio sine qua
non“).

Bei den Übungen zur Entspannung / Selbsthypnose schätze ich, dass der
Patient die Führung hat und entscheidet, wie seine Erlebnisse gestaltet
werden. Wahrnehmungen, Sinneseindrücke, Erinnerungen steigen aus
dem Unbewussten auf, sind immer mit eigener Erfahrung verknüpft,
werden nicht vorgegeben oder gar übergestülpt.

Wie weiter oben bereits erwähnt, ist der diagnostische Nutzen für den
Patienten bei Übungen zur Schmerzwahrnehmung und vor allem zu
„Botschaften“ des Schmerzes ungleich höher, wenn er selbst im Rahmen
einer Trance Hypothesen generiert, indem er sie ebenfalls aus dem
Unbewusstsein aufsteigen lässt²⁶. Ortwin Meiss (Meiss, 2009) bemerkt
sinngemäß dazu, dass er ja eigentlich einen total entspannten Job habe,
er sitze nur da und quatsche ein bisschen rum, während der Patient die
ganze wichtige Arbeit tue – er müsse nicht einmal über vorgeschlagene
Hypothesen diskutieren, was ja durchaus anstrengend sein könne. Diese
Aussage klingt hier sehr humorvoll, beschreibt aber die Verteilung der
Verantwortung im therapeutischen Prozess sehr anschaulich: Der Patient
ist ein sich selbstorganisierendes selbstverantwortliches System, das
durch Vorschläge des Therapeuten dazu angeregt wird, eine höhere
(gesünder ausbalancierte) Ebene der Selbstorganisation zu suchen und zu
finden.

Hier schließt sich der Kreis ganz von allein, ganz automatisch, ohne dass
mein bewusster Verstand das bemerkt hat - mein kreatives Unbewusstes
hat mich an den Ausgangspunkt meiner Überlegungen in Kapitel 1.
zurückgeführt und unterstreicht so noch einmal, was mir am wichtigsten
war: Selbstbestimmung und Eigenverantwortung.

²⁶ Hier finde ich Ortwin Meiss' Formulierungen nützlich: „...sich einmal was ganz
Merkwürdiges vorstellen und so zu tun als ob (z.B. es ein Tier gäbe, das genau die
gleichen Schmerzen hat) und dann neugierig zu sein, was da ganz von allein auftauchen
wird...“ (zitiert aus dem Gedächtnis, Seminarteilnahme 2014)

Hier ist es nahezu ausgeschlossen, dass der Patient diese Erlebnisse als von außen
vorgegeben empfindet – es sind ganz sicher seine eigenen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Erweiterte deutsche Ausgabe von A. Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Basler, H.-D. et al. (Hrsg.) (1996). Psychologische Schmerztherapie. Berlin / Heidelberg / New York: Springer- Verlag
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. in: Psychologische Medizin, 16. Jahrgang, Nr. 2
- Ellis, A. (1977). Die rational-emotive Therapie. Das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderung. München: Verlag J. Pfeiffer
- Jensen, M. P. (2012). Hypnose bei chronischem Schmerz. Ein Behandlungsmanual. Heidelberg: Carl- Auer- Verlag
- Junker, S. (2012). Hypnosystemische Psychosomatik. Müllheim: Auditorium Netzwerk (DVD)
- Kanfer, F. H. et al. (1991). Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin / Heidelberg / New York: Springer- Verlag
- Maslow, A.A. (1981). Psychologie des Seins. Ein Entwurf. München: Kindler Verlag
- Maturana, H. u. Varela, F. (1987). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. Bern / München / Wien: Scherz
- Meiss, O. (2009 a). Hypnotherapeutische Techniken für die Arbeit mit Patienten mit psychosomatischen Störungen. Schwarzach: Auditorium-Verlag (DVD)
- Meiss, O. (2009 b). Psychosomatische Störungen. in: Revenstorf, P. u. Peter. B. (2009). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Revenstorf, P. u. Peter. B. (2009). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Rogers, C. R. (1978). Die Klienten zentrierte Psychotherapie. München: Kindler Verlag

- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Carl- Auer- Systeme Verlag
- Schmidt, G. u. Tränkle, B. (2010). Hypnotherapie und Psychosomatik. Müllheim: Auditorium Netzwerk (DVD)
- Shazer, S. de (1989). Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Wachter, M. von (2014). Chronische Schmerzen. Selbsthilfe und Therapiebegleitung. Berlin/ Heidelberg: Springer- Verlag
- Woelm, E. (2013): Es ist schwer, die Tür zu finden, wenn es keine Wände gibt. Die Arbeit mit der Metapher des inneren Richters in der Hypnotherapie. Münster: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat
- Uexküll, Thure von (1990). Psychosomatische Medizin. München / Wien / Baltimore: Urban und Schwarzenberg