# Annäherungsziele und Vermeidungsziele in der Schmerztherapie

## „Was stattdessen“ – Kernelement von therapeutischer Kommunikation, Hypnose und Selbsthypnose

*Hansjörg Ebell*

## 1. „Ericksonsche Hypnose und Psychotherapie – State of Art and Science nach 40 Jahren“

### *Historischer Kontext und persönlich-berufliche Erfahrungswerte auf dem Feld Schmerztherapie*

40 Jahre sind seit dem *Ersten deutschsprachigen Kongress für Hypnose und Hypnosetherapie nach Milton H. Erickson* in München (Peter, 1985; Ebell, 1985) vergangen. Vor 60 Jahren hat Erickson auf dem *International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine* 1965 in Paris grundlegende Erkenntnisse und Vorschläge zu Schmerz und Hypnose vorgetragen (Erickson, 1967, dt. in Erickson & Rossi, 1981). Die Entwicklung der sog. „speziellen Schmerztherapie“ – in Deutschland ein eigenständiges medizinisch-psychologisches Fachgebiet mit Weiterbildungsordnungen für spezialisierte Ärzt:innen und Psycholog:innen – umfasst in etwa die letzten fünf Jahrzehnte. Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag für die MEG-Jahrestagung 2024 mit dem Tagungsmotto der Kapitelüberschrift bzw. einem Blick auf vier Jahrzehnte schmerztherapeutische Tätigkeit: Zuerst am Klinikum Großhadern der Ludwig Maximiliansuniversität München mit einem klinischen Forschungsprojekt „Selbsthypnose als ergänzendes Angebot zur medikamentösen Therapie bei Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung“ (Ebell, 2008) von 1988-91; danach 25 Jahre ärztlich-psychotherapeutische „Begleitung ein Stück des Weges“ von Patient:innen mit chronischen Schmerzen in eigener Praxis (Ebell, 2002, 2010) und Tätigkeit als Ausbilder und Supervisor bis heute.

Die Anfänge der Schmerztherapie sind geprägt von Interventionsdenken aus ärztlicher Perspektive: Es gilt, die pathophysiologischen Ursachen einer geklagten

*Hypnose-ZHH* **2024, 19(1+2), 61-78**

Hansjörg Ebell

## Annäherungsziele und Vermeidungsziele in der Schmerztherapie. „Was stattdessen“ – Kernelement von therapeutischer Kommunikation, Hypnose und Selbsthypnose

*Ericksons genialer Vorschlag, die leidvolle Erfahrung „Schmerz“ als ein komplexes Konstrukt zu je einem Drittel aus gegenwärtigem Erleben, assoziativem Rückgriff auf die Vergangenheit (Erinnerung, implizites Gedächtnis) und einer entsprechenden Vorhersage auf eine wahrscheinliche Zukunft zu verstehen, führt zu vielfältigen (hypno-)therapeutischen Optionen. Eine hypnosystemisch fundierte Kommunikation dient dazu, Suchprozesse anzuregen, was „stattdessen“ sein soll und ist damit geeignetes Kernelement für die Zusammenarbeit von Behandelnden und Betroffenen, die sehr verschiedene Perspektiven auf dasselbe („Schmerz“) haben: die Erklärungen (Krankheit) einerseits und die Erfahrung (krank sein) andererseits. Skizziert werden Konzepte, die zur Orientierung auf dem komplexen Feld der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen dienen. Sowohl pathogenetisch orientiertes, schmerztherapeutisches Interventionsdenken als auch salutogenetisch bestimmtes Beziehungsdenken sind dafür notwendig und miteinander vereinbar. Anders als bei akuten wird bei chronischen Schmerzen deutlich, dass Bekämpfungsstrategien, die sich ausschließlich an Vermeidungszielen („weniger von …“) ausrichten, selten herausführen aus leidvollem Erleben, sondern meist immer tiefer hinein in Ohnmacht und Hilflosigkeit. Ergänzend und/oder alternativ gilt es darum, individuelle Annäherungsziele („mehr von …“) zu ermitteln, die erlauben, eine allmähliche Besserung Schritt für Schritt wahrzunehmen und die kleine oder sogar große Erfolgserlebnisse ermöglichen. Erfahrungen mit „Was stattdessen“-Qualität wirken ermutigend für alle Beteiligten. Den Betroffenen vermitteln sie zudem wichtige Erfahrungen von Selbstkompetenz. Dies ist umso wichtiger, wenn relevante Probleme (incl. Schmerzen) nach wie vor vorhanden sind und es darüber hinaus große Herausforderungen zu bewältigen gilt. Letzteres ist typisch für den psychoonkologischen Kontext. Wissenschaftliche Grundlage für die wichtige Unterscheidung von Vermeidungs- und Annäherungs-Zielen sind Erklärungsmodelle von neuronalen Netzwerken im Zentralnervensystem bzw. von der Aktivierung eines Behavioralen Inhibitionssystems (BIS) bei Vermeidungs- bzw. eines Behavioralen Aktivierungssystems (BAS) bei Annäherungszielen. Eine „Was stattdessen“-Kommunikation auf Grund des BIS/BAS-Modells sowie auch Ericksons Auffassungen zur sog. „Drittel-Regel“ ermöglichen relevante und nachhaltig wirksame Erfahrungen der Selbstwirksamkeit (insbes. bei erfolgreicher Verwendung von Selbsthypnose). Als Bestandteil eines angemessenen schmerztherapeutischen Gesamt-Therapiekonzepts werden Hypnose und Selbsthypnose zu einem individuell maßgeschneiderten Ergänzungsangebot von oft erstaunlicher Wirksamkeit.*

*Stichworte: Milton Erickson, Schmerz, Schmerztherapie, Vermeidungsziele, Behavioral Inhibition System (BIS), Annäherungsziele, Behavioral Activation System (BAS), Hypnose, Selbsthypnose, therapeutische Kommunikation.*

## Avoidance goals and goals of approach in pain therapy. What instead – core element of therapeutic communication, hypnosis, and self hypnosis

*Erickson ingeniously proposed, that the experience of suffering pain be understood as a complex three prong construct consisting of actual present experience, associative recourse to the past (memory, implicit memory), and corresponding prediction of a probable future. This precept lays the groundwork for a variety of (hypno-) therapeutic options. Interpersonal communication based on a hypnosystemic approach stimulates a search for what should be "in-*

 *© www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München*

*stead". This inquiry generates the core element of cooperation between the practitioner and the patient. Each of them has a specific perspective on the issue of pain: For the one it is an explanation of illness. For the other it is the experience of being ill. In this article conceptual maps are outlined that serve as orientation in the complex and diverse terrain of the treatment of acute and chronic pain. Pathogenetically oriented thought regarding intervention and salutogenetically oriented thinking about interrelation are both necessary and compatible. In the case of chronic pain combat strategies that focus exclusively on avoidance goals ("less of ...") do not offer an exit from the experience of pain, powerlessness, and helplessness, usually they lead even deeper into it. It is consequently of central importance to ascertain individual goals of approach ("more of ...") that enable success to be perceived step by step in smaller or even greater improvements. Such "what instead" experiences are encouraging for all involved, for they offer those affected the potential of self-competence. This is crucial if pertinent problems, including pain itself, continue to present major challenges that yet need to be met. This aspect is typical of the psycho-oncological context. Models of neuronal networks in the central nervous system and the activation of a behavioral inhibition system (BIS) and a behavioral activation system (BAS) respectively offer the scientific basis for the important distinction between avoidance goals and approach goals. A "what instead"-communication rooted in the BIS/BAS model and Erickson's "rule of thirds" foster the sustainable experience of personal self-efficacy to mitigate or overcome suffering from pain (especially, if successfully using self-hypnosis). Within the overall framework of an appropriate pain therapy concept, hypnosis and self-hypnosis serve as an individually tailored complementary offer of often astonishing effectiveness.*

*Keywords: Milton Erickson, pain, pain therapy, avoidance goals, Behavioral Inhibition System (BIS), approach goals, Behavioral Activation System (BAS), therapeutic communication, hypnosis, self hypnosis.*

Dr. med. Hansjörg Ebell
Breisacher Straße 4 – Rückgebäude
81667 München
Dr.H.Ebell@t-online.de

erhalten: 28.4.2024 rev. Version akzeptiert: 9.7.2024

Schmerzsymptomatik zu finden, um sie effektiv bekämpfen zu können. Obgleich die Linderung von Schmerzen seit Menschengedenken Aufgabe und Herausforderung für Heiler:innen und Ärzt:innen ist, entwickelte sich dieser eigenständige Fokus der Medizin erstaunlicherweise erst in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Die Pioniertätigkeit von John J. Bonica, Anästhesie-Ordinarius an der Universität des Staates Washington (USA) in Seattle, gab das Startsignal für eine weltweite Entwicklung. Diese globale Resonanz war sicherlich geprägt durch den exponentiellen Anstieg der Behandlung von Patient:innen mit Krebserkrankungen in allen medizinischen Fachgebieten und damit verbundenen Herausforderungen durch ausgedehnte Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung bzw. einem wachsenden Bedarf an zuverlässiger Schmerzlinderung während langdauernder Behandlungen. Einhergehend mit der Entdeckung und immer differenzierteren Erforschung von Opiatrezeptoren bzw. einem körpereigenen Endorphinsystem, von Vorgängen in der Zellmembran und Rezeptoren,

die an der sog. Nozizeption („Schadensmeldungssystem“) beteiligt sind, wurde der empirisch begründete Einsatz von Morphium für Patient:innen mit Krebserkrankungen zu einem differenzierten, medikamentösen Behandlungsschema weiterentwickelt (z.B. WHO, 1988/1986). An allen deutschen Universitätskliniken entstanden damals interdisziplinäre Initiativen, die in den Folgejahren zu eigenständigen Konsiliardiensten für die stationär behandelten Patient:innen sowie zu Schmerz-Ambulanzen für Menschen mit chronischen Schmerzen ausgebaut wurden – in den letzten Jahrzehnten noch ergänzt durch vielfältige multimodal-interdisziplinäre tagesklinische und stationäre Behandlungsangebote in Kliniken der Normalversorgung.

Nach siebenjähriger Tätigkeit in Anästhesie (1976-80) und Intensivmedizin (1980-83) bekam der Autor die Chance und den Auftrag, in der Anästhesiologischen Abteilung die pragmatisch-klinisch geprägte Pionierphase mitzugestalten, aus der sich drei eigenständige Spezialgebiete entwickelt haben: Schmerztherapie, Psychoonkologie und Palliativmedizin. Psychotherapeutisches Interesse im Allgemeinen (incl. berufsbegleitende Weiterbildung mit Abschluss) und an Hypnose im Besonderen spielten dabei von Anfang an eine wichtige Rolle. Um den aktuellen Stand der Diskussion unmittelbar und persönlich kennen zu lernen, wurde ermöglicht, 1983 an der Klinik von Bonica in Seattle zu hospitieren und am 2. Erickson-Kongress in Phoenix teilzunehmen.

Zu Beginn der Tätigkeit als „Schmerztherapeut“ bestand die Hauptaufgabe darin, das Erfahrungswissen um die Behandlung von starken Schmerzen auf Grund von Krebserkrankungen in einfache Regeln zu fassen, es in nachvollziehbare Schritte und konkrete Handlungsanweisungen zu übersetzen sowie deren allgemeine Umsetzung zu fördern. Für Bayern entstand die erste diesbezügliche Leitlinie unter Federführung des Autors (Bayer. Ärzteblatt, 1989). Wenn diese Vorgaben beachtet wurden, war ein sehr hoher Anteil schmerztherapeutischer Herausforderungen in der Onkologie zufriedenstellend zu lösen. Jedoch: Auch wenn man alles „richtig“ machte, d.h. die Schmerz-„Ursachen“ richtig erkannt und die Schmerzmittel ausreichend hoch dosiert hatte, konnte das Ergebnis für die Betroffenen trotzdem sehr unbefriedigend sein, z.B. weil die Nebenwirkungen der Behandlung in den Vordergrund rückten u.v.a.m.. Die kundige Verabreichung von Opiaten bzw. medikamentöse Therapie allein war für viele Patient:innen offensichtlich keine ausreichende Antwort auf die zutiefst alarmierende und verunsichernde existentielle Erfahrung von Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Nicht nur medizinisches und pharmakologisches Wissen sind erforderlich, um das Leiden der Betroffenen zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern; darüber hinaus müssen auch psychologische, soziale und spirituelle Faktoren beachtet werden.

Durch diese psychoonkologischen Aspekte fand systemisches Denken früh Eingang in die alltägliche, schmerztherapeutische Praxis. Für jemanden, der sich an Ericksons Auffassung orientiert, dass es im Kern darum geht, individuelle Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen zu „utilisieren“ (Erickson & Rossi, 1981, S. 13-33), war

 *© www.MEG-Stiftung.de, Konradstr. 16, D-80801 München*

dies nicht neu, sondern Herausforderung und Chance es umzusetzen. Nach positiven Einzelerfahrungen lag es nahe, wissenschaftlich zu evaluieren, ob ein angemessenes schmerztherapeutisches Gesamt-Therapiekonzept durch individuelles Coping optimiert werden kann. 1988-91 wurde daraufhin Patient:innen, die wegen Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung im Klinikum Großhadern behandelt wurden, als „Hilfe zur Selbsthilfe“ angeboten, zusätzlich Selbsthypnose zu erlernen. Im Zeitraum der Datenerhebung von 15 Monaten (Crossover-Design) waren von 342 angesprochenen Patienten 102 an Selbsthypnose interessiert und 61 davon haben "informed consent" unterzeichnet. 32 Patient:innen erfüllten alle Studienkriterien über einen Zeitraum von 10 Wochen – trotz Progression der Erkrankung oder Belastungen durch die Therapiemaßnahmen. Bei den Hauptzielkriterien "Schmerzintensität" und "Leiden" wurden unter Berücksichtigung der Ausgangswerte (Paralleldesign) signifikante Unterschiede zu Gunsten der Behandlungsphase mit Selbsthypnose gefunden (Ebell, 2008). Finanziert wurde diese Studie von der Deutschen Krebshilfe/Mildred Scheel-Stiftung. Frau M., einer Teilnehmerin, ist das titelgebende Stichwort „Was stattdessen“ zu verdanken (s. Fallbeispiel 3.4).

Als die erste deutschsprachige systematisch-praxisorientierte Darstellung von Schmerztherapie bei Krebserkrankungen (Ebell & Beyer, 1994/1995) erschien, hatte der Autor den akademischen Kontext bereits verlassen und war in eigener Praxis ausschließlich psychotherapeutisch tätig (seit 1992). Mit dem Wechsel in die Niederlassung hatte sich der Schwerpunkt wieder zu dem anderen Bereich der Tätigkeit als „Schmerztherapeut“ in der Anfangszeit im Klinikum Großhadern verschoben, den sog. „schwierigen“ Patient:innen der Schmerzambulanz. Unter der Last einer Vorgeschichte von Jahren oder gar Jahrzehnten mit chronischen Schmerzen erhofften die Patient:innen – also diejenigen, die über alles Wissen zu ihrer Schmerz-Erfahrung (ihrem krank *sein*, s. 2) verfügen – sehnlichst und dringlichst, dass die Spezialisten für ihre Krank*heit* (s. 2) effektive „Bekämpfungsmaßnahmen“ und „Reparatur“-Lösungen anbieten können; am besten durch chirurgische Eingriffe. Mindestens sollten die Schmerzen aber mit Medikamenten kontrolliert werden können wie bei den Erfolgen in der Behandlung von sog. „malignen“ Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Für die meisten dieser sog. „benignen“ (welch ein Euphemismus) chronischen Schmerzprobleme war und ist jedoch immer noch das Gegenteil der Fall: Diese leidvolle Schmerzerfahrung kann nicht einfach „abgestellt“, sondern nur durch eine mittel- und langfristige salutogene Entwicklung (Antonovsky, 1990,1997) überwunden werden. Für dieses Um-Lernen braucht es eigene, individuelle Lernprozesse der Betroffenen selbst – selbstverständlich unterstützt durch geeignete Therapiemaßnahmen. Diese Umorientierung im Sinne eines „Was stattdessen“ weg von Vermeidungszielen („weniger von …“) hin zu Annäherungszielen („mehr von …“) gelingt am ehesten mittels einer an Ressourcen orientierten, psychotherapeutisch geprägten Edukation und engen Kooperation von Behandelnden und Betroffenen mit ihrem jeweiligen Spezialistentum für ihre unterschiedlichen Perspektiven: Krank*heit* und krank *sein*.

Erfahrung und Kenntnisse in hypnotherapeutischer Kommunikation (Ebell, 2017) erleichtern den konstruktiven Umgang mit dem hohen Leidensdruck auf Seiten der Betroffenen. In Anbetracht begrenzter Möglichkeiten, durch Therapiemaßnahmen am „passiven" Empfänger nachhaltige Linderung zu verschaffen, werden die Förderung von Motivation und Eigenaktivität zur zentralen Aufgabe und Herausforderung. Hypnose und Selbsthypnose können für den erforderlichen Lernprozess einen wichtigen Stellenwert haben (Ebell, 2002, 2010), wenn sie durch Erfolgserlebnisse Patient:innen helfen, Zuversicht zu entwickeln und selbst die Verantwortung für entscheidende Veränderungen zu übernehmen (s. Fallbeispiel 3.2). Im Kontext professioneller psychoonkologischer Copingunterstützung (Lang-Rollin & Berberich, 2018) hat sich ein solcher Ansatz nicht nur klinisch bewährt, sondern er ist auch wissenschaftlich fundiert (Harrer & Ebell, 2023, 2021, Ebell & Hönig, 2023).

## 2. „Schmerz" als Erfahrung und als Symptom = zwei Perspektiven auf dasselbe

Für die Schmerztherapie gilt es, zwei sehr unterschiedliche Perspektiven auf dasselbe zu beachten: Schmerzen sind sowohl eine leidvolle Erfahrung als auch eine zu interpretierende Symptomatik für die medizinische Diagnostik: „Im ersten Falle handelt es sich um das *„Sein"*, um den existenzialen Totalzustand, im zweiten Falle um ein *„Bild"*, d.h. um eine abstrakte Konstruktion von Wirkungszusammenhängen, die die Forschung nach ihren eigenen Gesichtspunkten des medizinisch Bedeutsamen herstellt" (Sauerbruch & Wenke 1935, S.76, Hervorhebungen H.E.). Die Unterschiedlichkeit der Erfahrungsperspektive (krank *sein*) und der Erklärungsperspektive (Krank*heit*) bestimmt die Begegnung der Hilfesuchenden und Behandelnden. Die Unterscheidung ist sinnvoll und hilfreich, um verstehen sowie angemessen kommunizieren und behandeln zu können.

Aus der menschlichen Erfahrungsperspektive erscheint es selbstverständlich, dass die Ursache der Schmerzen an der Stelle liegen muss, an der sie empfunden werden. In den meisten Fällen von akuten Schmerzen ist dies auch zutreffend, da es sich um sog. Nozizeption handelt, d.h. um Alarm- und Schadensmeldungen aus der Peripherie an das Gehirn („bottom up"). Die Erfahrung „Schmerz" unterliegt jedoch auch vielfältigen „top down"-Modulationen im Zentralnervensystem (Egloff et al., 2008, Bingel & Tracey, 2008), d.h. sie wird stark beeinflusst von Vorerfahrungen, Erwartungen (sog. Placebo- und Nocebo-Effekten), der aktuellen Stimmung und vielen weiteren Faktoren. Chapman, renommierter Schmerzforscher und Mitverfasser der zweiten Auflage des ersten Lehrbuchs zur Schmerztherapie überhaupt (Bonica, 1990), argumentiert sogar in einem Buchbeitrag „Constructing pain – How pain hurts" (Chapman & 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.* (…) Insbeson-

dere 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, Übersetzung und Hervorhebungen H.E.). In Analogie zum Regulationsmodell von Stress wurden für dieses systemisch-konstruktivistische Verständnismodell der Schmerzerfahrung wissenschaftliche Belege in Journals publiziert, die maßgeblich sind für die Schmerztherapie (z.B. Chapman et al., 2008).

## 3. Vermeidungsziele und Annäherungsziele

### *3.1 Vermeidungsziele („weniger von …“) in Folge einer Aktivierung des Behavioral Inhibition System (BIS)*

Die Wahrnehmung von Schmerz aktiviert die Amygdala bzw. Kerngebiete und Schaltkreise, die Angst und vermeidendes Verhalten steuern – automatisch, blitzschnell und unbewusst. Es handelt sich um machtvoll bestimmende, archaische Überlebensreaktionen („fight-, flight-, freeze-reactions“), die sich für gemeinschaftlich lebende Säugetiere (incl. der menschlichen Spezies) über Jahrmillionen bewährt haben. Grawe (2004) postuliert ein *Behavioral Inhibition System* (BIS) mit zugehörigen Vermeidungszielen: „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).

Petzold (2021, 2022) verwendet dafür den Begriff Abwendungsmodus (*avoiding-system*), in dem der Organismus im Verhalten, Denken und Fühlen gänzlich auf das Abwenden einer Bedrohung oder ein sich abwenden von dieser eingestellt ist. Für diese Reaktionen eines „Systems“ ist Schmerz ein starker Attraktor (Chapman et al., 2008). Das erfahrungsgeleitete (Miss-) Verständnis, dass es sich bei Schmerzen immer um einen Alarm an das bzw. die Übersetzung von Schadensmeldungen im Zentralnervensystem handelt, prägt die Behandlungssituation. Gemäß der 300 Jahre alten Klingelschnur-Analogie von Descartes, dass im Gehirn eine Glocke ertönt, wenn der Zeh einer Flamme zu nahe kommt, ist im Fall von akuten Schmerzen die Suche nach Ursachen an der Stelle, wo es so weh tut, naheliegend und weiterführend. In der Regel ist dies auch angemessen, um kausale „Bekämpfungs“-Maßnahmen zu finden und zu ergreifen. Bei chronischen Schmerzen ist das Bedingungsgefüge möglicher Ursache-Wirkungszusammenhänge allerdings wesentlich komplexer (Ebell, 2022). Trotzdem kann man davon ausgehen, dass auf einer subjektiven Erfahrungsebene ebenfalls ein Alarm schrillt, sogar quasi als Daueralarm.

In der Schmerztherapie hat man sich darauf geeinigt, die Intensität von Schmerzen

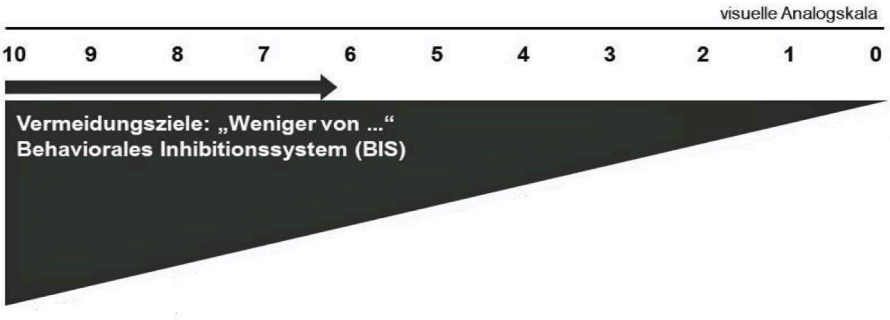


*Abb. 1: Visuelle Analogskala für Vermeidungsziele (z.B. Schmerz)*

durch eine Übersetzung in visuelle Analogskalen zu erfragen. Ein Wert von 10 steht am einen Ende der Skala für das absolut unerträgliche Maximum und die 0 am anderen Ende für keinerlei Schmerzempfindung (s. Abb. 1).

In dieser Logik liegen der Wert und das Ziel jeglicher Therapiemaßnahmen darin, den Schmerz zu reduzieren bzw. ihn auf der subjektiven Erfahrungsskala gegen 0 zu verschieben: Je weniger, umso besser! Typischerweise werden auf Fragen nach dem Therapieziel entsprechende Vermeidungsziele genannt: z.B. „weniger“ oder „keine Schmerzen“. Sind die ergriffenen Maßnahmen erfolgreich und/oder wird das Problem durch körpereigenes Heilungsvermögen gelöst, ist diese Perspektive ausreichend. Spätestens, wenn eine Fortsetzung der Suche nach „Ursachen“ an den schmerzenden Körperstellen nicht weitergeführt hat, sondern eine Eskalation der Bekämpfungsmaßnahmen alle Beteiligten immer tiefer hinein in eine fatale Spirale der Chronifizierung manövriert hat (s. 4), braucht es ein Umdenken und andere Be-Handlungsoptionen.

Petzolds (2022) detaillierte Darstellung der problematischen Interaktionen von Hilfe Suchenden und Hilfe Bietenden im Behandlungssystem mit rein medizinisch-pathogenetischer Ausrichtung auf Vermeidungsziele als „Macht-Opfer-Dreieck“ ist erhellend, um die Kommunikationsprobleme und fatalen Ergebnisse dieser Herangehensweise zu verstehen: „Retter“ werden schnell zu „Tätern“. Sein Modell und die Fallbeispiele zeigen anschaulich Alternativen auf, wie alle Beteiligten als Kommunikationspartner für eine salutogene Entwicklung mit entsprechenden Annäherungszielen gewonnen werden können (S. 137-169), um Auswege aus dem sog. „Drama-Dreieck“ (Wikipedia, 2024) finden zu können.

### *3.2 Annäherungsziele („mehr von …“) und das Behavioral Activation System (BAS)*

Bei Annäherungszielen werden Netzwerke und Kerngebiete aktiviert, in denen Dopamin und Oxytozin (Belohnungssystem) eine Rolle spielen. Grawe (2004) spricht von

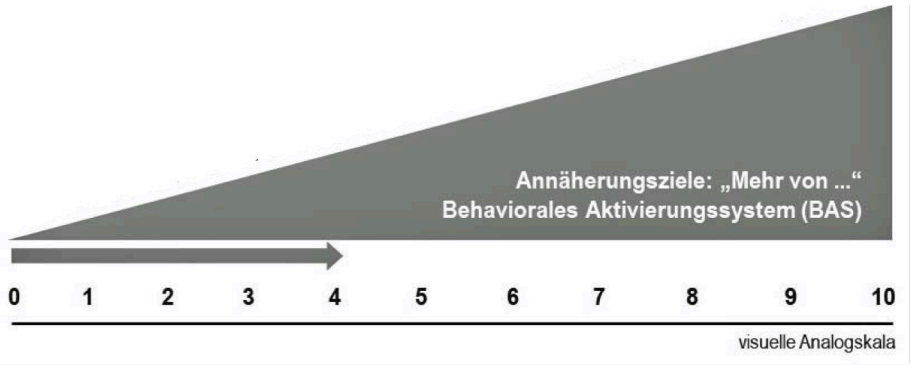


*Abb. 2: Visuelle Analogskala zu Annäherungszielen*

einem *Behavorial 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. Man kann sich vornehmen, bestimmte Handlungen zu unternehmen, die einem dem Ziel näher bringen. Man kann sich auf das Ziel konzentrieren und etwas dafür tun, dessen Erfolg oder Wirksamkeit feststellbar ist. Annäherungsziele kann man mit intrinsischer Motivation verfolgen. Das fördert die Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf erfolgs- und verbesserungsrelevante Informationen“ (S. 278). Petzold (2021, 2022) verwendet hierfür entsprechend die Begriffe Annäherungssystem (*approach-system*) und spricht von Zielen, denen man sich zuwendet. Diese Perspektive der Annäherungsziele („mehr von …“) kann und sollte ebenfalls durch eine visuelle Analogskala symbolisiert und ihre Bewertung erfragt werden (s. Abb. 2). Jeder Wert über 0 – und sei er auch noch so klein – steht für eine positive Veränderung. Auf dieser Skala entspricht der Endpunkt 10 dem Maximum des Vorstellbaren bzw. Erreichbaren bezüglich positiver „Was stattdessen“-Veränderungen und/oder -Entwicklungen.

**„Ein Notfalltelefonat mit Frau R sonntagmittags“**

Frau R berichtet, dass sie die ganze Nacht trotz starker Medikamente nicht habe schlafen können; wegen starker Schmerzen im Rücken, auf der linken Seite, unterhalb des Schulterblatts nahe an der Wirbelsäule. Sie und ihre Ärzte vermuten als höchstwahrscheinliche Ursache Metastasen in der Muskulatur oder in der Wirbelsäule – trotz laufender Chemotherapie. Am Montag habe sie schon einen Termin für genauere Röntgendiagnostik.

Es braucht einige Zeit, bis ich die Ausgangssituation verstanden und durch Nachfragen geklärt habe. Auf meine Frage, wie sich das genau anfühle „im Rücken, auf der linken Seite, unterhalb des Schulterblatts nahe an der Wirbelsäule“, sagt sie: „Wie ein ganz frischer blau-

er Fleck nach einem Schlag oder Sturz, auf den zusätzlich noch stark gedrückt wird.“ Auf die Frage, wie sich diese Stelle besser anfühlen könnte, kommt als Erstes: „Ich möchte die Stelle am liebsten rausreißen!“ (Aktivierung des BIS: Vermeidungsziel; s. Abb. 1: „weniger von …“). Geduldig erkläre ich, dass das eine verständliche Reaktion ist, aber nicht die Richtung ist, in die ich denke und was ich mit meiner Frage gemeint habe. Ich wiederhole meine Frage: „Welche Art von Druck wäre eindeutig besser, wenn er an der Stelle bzw. an Stelle des blauen Flecks spürbar wäre?“ (Aktivierung des BAS: Annäherungsziele; s. Abb. 2: „mehr von irgendeinem ‚was stattdessen‘“).

In mehreren Schritten entdeckt Frau R bzw. entwickeln wir gemeinsam die folgenden Vorstellungen bzw. Auto-Suggestionen (Annäherungsziele im Sinne von „Was stattdessen“):

- Druck von der Hand einer anderen Person (nicht benannt)
- Diese Hand ist gut durchblutet, d.h. angenehm „warm“
- Diese Hand liegt ganz leicht, aber spürbar auf der Stelle
- Durch eine Watteschicht zwischen der Hand und dem blauem Fleck kann es sich noch besser anfühlen.

Dieser Austausch dauert etwa eine Viertelstunde. Auf meine Frage, wo sie sich jetzt gerade befinde auf einer Skala zwischen 0 und 10 bei dem guten Gefühl „einer gut durchbluteten Hand einer anderen Person, die ganz leicht aber spürbar auf der Stelle liegt mit einer Watteschicht dazwischen“ (zusammenfassend für alle gemeinsam eben gefundenen „Was stattdessen“-Wahrnehmungen), gibt sie 2 an (s. Abb. 2: BAS-Skala). Mein Kommentar: „Super! Mehr davon! Das ist genau die Richtung, die ich gemeint habe!“ Dann frage ich, ob wir es erst mal dabei belassen können bzw. sollen und am Abend nochmals telefonieren. Sie ist einverstanden.

Telefonat um 19:30 Uhr: Als Erstes habe sie bei dem schönen Wetter einen Spaziergang gemacht von etwa zwei Stunden. Danach sei sie eingeschlafen, sehr erholsam. Es gelinge ihr, das Wattegefühl unter der Hand zu spüren und das sei eindeutig besser als sich auf den Schmerz zu konzentrieren, der auch immer noch da sei. Ich plädiere dafür, trotz bzw. wegen der deutlichen Besserung, das verordnete starke Opiat zu nehmen und spreche noch an, dass die Ergebnisse der für den morgigen Tag angesetzten Diagnostik sicherlich noch eine gezieltere, wirksame Schmerzbehandlung ermöglichen werden und wünsche „eine gute Nacht“ und „alles Gute“.

### *3.3 Sowohl Vermeidungs- als auch Annäherungsziele sind wichtig*

Vermeidungs- und Annäherungsziele schließen sich nicht aus. Beide sind wichtig und beide Skalen unterliegen keinem „entweder oder“, sondern ergänzen einander (s. Abb. 3). Die Grafiken dienen dazu, klar zu machen, worum es bei einem „Was stattdessen“-Austausch geht. Die entsprechenden Werte bzw. subjektiven Bewertungen bilden nicht nur den Verlauf der Behandlung ab, sondern ermöglichen, über die Anerkennung und Würdigung des Leidens hinaus den Fokus der Interaktion immer wieder konstruktiv auf mögliche Annäherungsziele zu richten. Letzteres ist wesentlich zur Stärkung der Motivation bzw. um fortlaufend thematisieren und überprüfen zu können, ob es

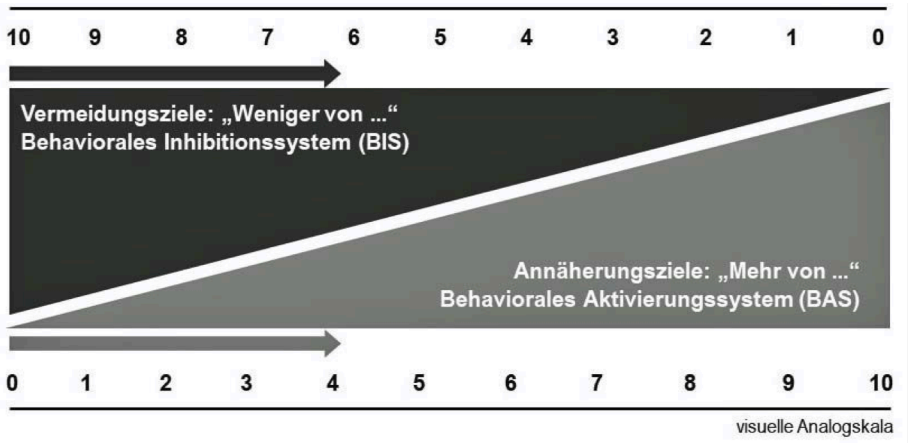


*Abb. 3: Visuelle Analogskalen zu Vermeidungs- und Annäherungszielen bzw. BIS und BAS*

vorwärts geht bzw. woran man festmachen kann, ob und dass die therapeutische Zusammenarbeit durch Fortschritte belohnt wird. Da in der Darstellung der unteren Achse, der BAS-Skala, jeder Millimeter einem Fortschritt in die richtige Richtung entspricht bzw. alle Kooperationspartner gemeinsam ermittelten Zielen näher bringt, wird die Zuversicht gefördert, langfristig selbst Ziele erreichen zu können, die zum Beginn der Zusammenarbeit als reines Wunschdenken erschienen wären (s. Fallgeschichten Frau R und Frau M sowie Ebell, 2016).

Sicherlich gibt es objektive und subjektive Grenzen, d.h. es gibt Dinge, die man ändern kann und solche, die nicht veränderbar sind und akzeptiert werden sollten und müssen. Wie findet man heraus, wo genau die Grenzen verlaufen und welche der beiden Möglichkeiten zutrifft?
Am besten durch gemeinsames Ausprobieren bzw. gemeinsames miteinander und voneinander Lernen.

### *3.4 „Was stattdessen“ – exemplarische Formel für den Perspektivenwechsel von Vermeidungszielen zu Annäherungszielen, d.h. von BIS zu BAS*

Ein optimales Gesamt-Therapiekonzept erfordert die beiden benannten Perspektiven auf „Schmerz“ bzw. eine enge Kooperation beider Expert:innen für ihre jeweilige Perspektive, d.h. von Behandelnden für die Krank*heit* (gemäß klinischer Erfahrung, „state of the art“-Leitlinien bzw. evidenzbasierter Medizin) und von Betroffenen für ihr krank *sein*. Nur Letztere können beurteilen, ob das Ergebnis objektiv angemessener Behandlungsmaßnahmen auch subjektiv zufriedenstellend ausfällt. Wenn sich die Zusammenarbeit auf den Wechsel vom verständlichen Fokus auf Vermeidungsziele

(BIS) zu möglichen Annäherungszielen (BAS) konzentriert, ergeben sich folgende wesentliche Fragen: Was kann als individuelle Unterstützung dienen, um den Umgang mit Leiden (insbes. Schmerzen) und Überforderung (insbes. Hilflosigkeit, Ohnmacht) zu optimieren oder gar Heilung zu ermöglichen? Was kann helfen, um eigenständig – selbst oder gerade(!) unter schwierigen Bedingungen – mehr Lebensqualität zu erreichen? In einer hypnosystemisch fundierten Kommunikation wird dieser „Was stattdessen"-Fokus (ggf. unterstützt und verstärkt durch Skalierungen, s. Abb. 1-3) zum pragmatischen Kernelement.

**Frau M**

Frau M (45 Jahre) hat an der erwähnten Selbsthypnose-Studie 1988-91 (s. 1) teilgenommen. Sie leidet an intensiven Schmerzen im linken Arm. Dieser ist von der Schulter abwärts gelähmt und ödematös geschwollen, weil durch das Rezidiv ihrer Brustkrebserkrankung das Nervengeflecht und die Lymphgefäße der Achselhöhle von Tumorgewebe durchwachsen sind. Auf die Frage, was man machen müsste, um in etwa das zu spüren, wie sich ihr Schmerz anfühlt, sagt sie: „Das ist so, wie wenn man mit dem Arm über einen Kaktus mit 1000 Stacheln fährt." Dieser typisch geschilderte, sog. neuropathische Schmerz (Dysästhesie) ließ sich durch medikamentöse Therapie nicht beeinflussen, obwohl die übrige Schmerzsymptomatik, bedingt durch die fortgeschrittene Metastasierung auch in Skelett und Lunge, durch hoch dosierte Opiate gut beherrschbar war. Dieser Schmerz quält sie von morgens bis abends, weshalb sie sich für das Angebot, Selbsthypnose zu erlernen, interessiert und die Einwilligung in das Studienprotokoll unterschreibt, obwohl sie der Hypnose sehr skeptisch gegenübersteht. Das Katamnese-Interview, aus dem der folgende Ausschnitt stammt, findet einige Wochen nach Beendigung der Studie statt.

Dr. E: Können Sie noch mal sagen, was Sie da gemacht haben mit dem Eisbehälter?

Frau M: Ja, ich hab ein wahnsinniges Brennen in dem Arm gehabt, den Schmerz. Das war ein brennender Schmerz und da hab ich mir dann einfach Eiskühle, Kühle vorgestellt; als ob ich da den Arm so reinlege. Das hat mir gut getan. Ohne, dass ich das gemacht hab, aber in der Vorstellung hat mir das einfach gut getan.

Dr. E: Sie waren ja ganz erstaunt, dass das ein paar Stunden sogar angehalten hat.

Frau M: Ja, da habe ich gedacht „Gibt's ja net, tut ja immer noch nicht weh!"

Dr. E: Müsste ja eigentlich wieder kommen.

Frau M (etwas verlegen lachend): Nee, nee, schnell ins Eis wieder!

Dr. E: Und in der Zeit ist gewissermaßen von innen heraus eine Vorstellung entstanden, die etwas verändert hat, weil Sie offensichtlich in der Lage waren, etwas zu verändern. Aber Sie wissen ja nicht wie.

Frau M: Jedenfalls hab ich mich in die Bilder so richtig reingesteigert und dann plötzlich war der Punkt da „Jetzt ist ja der Schmerz weg!" und das hat auch angehalten.

Höchst erstaunlich ist, dass dieser neuropathische Schmerz seit der erfolgreichen Verwen-

dung ihrer „Was stattdessen"-Selbsthypnose („Einpacken des Armes in Eiswürfelchen von genau der richtigen Größe und Temperatur, um ihn angenehm zu kühlen") nicht mehr aufgetreten ist. An der Schädigung des Nervengewebes durch Tumorwachstum, Lymphstau und Strahlenbehandlung hat sich seitdem sicherlich nichts zum Besseren verändert, eher im Gegenteil. Jetzt leidet sie oft an Atemnot infolge ausgedehnter Metastasierung in die Lunge. Auch hier hat sie immer wieder die Erfahrung machen können, dass ihre „Was stattdessen"-Strategie etwas bewirken kann. Statt des Gefühls der Enge stelle sie sich eine „große Weite" vor „wie in Bildern in einem Fernsehfilm über Kanada", den sie mal gesehen habe, „mit wogenden Kornfeldern von Horizont zu Horizont". Wenn sie sich „in diese starke Vorstellung reinsteigere", dann merke sie, „wie mein Brustkorb weit wird und ich besser Luft kriege". Auch die Chemotherapie verträgt sie ohne „Nebenwirkungen" (den objektiv messbaren Einfluss auf die Zahl der Blutzellen natürlich ausgenommen), weil sie diese „als Unterstützung im Kampf um jeden Tag Zeitgewinn für die Aufenthalte zu Hause mit Sohn und Ehemann dankbar willkommen heißt".

Die Unterscheidung zwischen Vermeidungszielen (Aktivierung des *Behavioral Inhibition System*/BIS) und Annäherungszielen (Aktivierung des *Behavioral Activation System*/BAS) ist nicht nur neurophysiologisch und neuropsychologisch fundiert (Grawe, 2004; Petzold, 2021, 2022), sondern auch ein hilfreiches Erklärungsmodell für die Edukation von Schmerzpatient:innen. In der Darstellung „Psychotherapie und Neurobiologie – Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis" (Brunner, 2017) wird die klinische Bedeutung des Wechsels von BIS zu BAS für eine an Ressourcen orientierte Zusammenarbeit hervorgehoben und dafür ebenfalls der Begriff „Was stattdessen" verwendet – allerdings auf Grund der Publikation „Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie" (Willutzki & Teismann, 2013) und nicht in Bezug auf den Autor. Jensen (2015) sowie Jensen et al. (2016) betonen den klinischen Stellenwert für Behandlungskonzepte von Patient:innen mit chronischen Schmerzen.

## 4. Akute und chronische Schmerzen

Bei akuten Schmerzen (z.B. auf Grund körperlicher Verletzungen) kann man davon ausgehen, dass „es sich regelt" – ohne Behandlung und/oder auch durch adäquate Behandlungsmaßnahmen, seien sie ursächlich und/oder symptomatisch orientiert. Bei sog. chronischen Schmerzen, d.h. auf einer zeitlichen Achse über Monate bis Jahre, ist das Bedingungsgefüge wesentlich komplexer. Trotzdem bedeuten sie auf einer subjektiven Erfahrungsebene ebenfalls Alarm im sog. BIS (s. 3.1). Um das sog. BAS (s. 3.2) aktivieren zu können, sind differenzierte Erklärungsmodelle und interdisziplinär-multimodale Behandlungskonzepte erforderlich, um im „System" auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene Schritte in salutogener Richtung ermitteln und fördern zu können.

Sowohl Chronifizierung als auch Rehabilitation und Heilung werden verstanden als „System-Emergenz", d.h. komplexe Kausalzusammenhänge stecken und verstecken sich in der Interdependenz unzähliger Einflussfaktoren. Alles hängt mit allem zusammen und wird wesentlich vom subjektiven Erleben beeinflusst. Alle drei beru-

hen neurobiologisch auf Lernprozessen (Neuroplastizität). Wenn vielfältige Einzelimpulse therapeutisch auf eine salutogene Entwicklung abzielen – im Sinne von „Was stattdessen", sind Erfolgserlebnisse wesentlich. Insbesondere Selbstkompetenz-Erfahrungen auf Seiten der Betroffenen (BAS) vermitteln das Gefühl, voran zu kommen sowie ein Gefühl von Zuversicht, sich auf der unteren Skala der Annäherungsziele nach rechts in Richtung Maximum zu bewegen. Dies ist umso wichtiger, wenn der Weg mühsam und von Auf und Ab geprägt ist.

Bei chronischen Schmerzen beruht eine erfolgreiche Kooperation der *„Expert:innen"* für Krank*heit* und krank *sein* (s. 2 und 3.4) vor allem in der Arbeit an einer konstruktiven Ent-Täuschung, dass therapeutische Interventionen (Reparaturen von *außen*) einen individuellen Um-Lernprozess der Betroffenen selbst (von *innen*) in ihrem jeweiligen Beziehungs*kontext* (Partner, Familie, Arbeitsplatz, Medizinisches Behandlungssystem etc.) zwar unterstützen, aber nicht ersetzen können.

## 5. Milton H. Erickson: „Schmerz ist ein Konstrukt"

In seinem Vortrag „Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden" auf dem *Internationalen Kongress für Hypnose und Psychosomatische Medizin* in Paris, im Jahr 1965, führt Erickson aus (Erickson 1967, dt. in Erickson & Rossi 1981, S. 128-138): „Schmerz ist ein Komplex, ein Konstrukt, bestehend aus *früherem, erinnertem Schmerz*, aus *gegenwärtiger Schmerzerfahrung* und aus *erwartetem künftigem 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*" (S. 130, Hervorhebungen H.E.). Erickson formuliert in knappster Form eine konstruktivistische Weltsicht: Es gibt nur das Erleben im Hier und Jetzt. Eigentlich ist dies das Ganze, aber er beschreibt es als „zentrales Drittel", das durch die sog. „Vergangenheit", d.h. einen blitzschnellen, assoziativen Abgleich mit Gedächtnisinhalten als zweites Drittel ergänzt wird. Durch eine ebenso blitzschnelle, assoziativ geprägte Hochrechnung bzw. Vorhersage im Hinblick auf die sog. „Zukunft" wird ein weiteres, drittes Drittel ergänzt. Er fährt fort und beschreibt damit treffend die zentrale klinische Problematik der Erfahrung „chronischer Schmerz": „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).

Im Sinne von „Was stattdessen" bzw. des vorgeschlagenen Wechsels von BIS zu BAS bzw. einer Fokussierung auf Annäherungs- statt auf Vermeidungsziele könnte Ericksons Zitat folgendermaßen positiv paraphrasiert werden: „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 wichtige Rolle gespielt hat, und dies – und vor allem die unmittelbare, aktuelle Erfahrung von Wohlbefinden im Hier und Jetzt – stärkt die Hoffnung auf Besserung in der Zukunft wie auch die Zuversicht, dies erreichen zu können" (H.E.). Individuelle „Möglichkeitsräume" werden so eröffnet.

Um das „Was stattdessen"-Potential von Hypnose und Selbsthypnose für alle drei „Drittel" zu nutzen, stehen bewährte Interventionen zur Verfügung: Im zentralen, eigentlichen Drittel des Hier und Jetzt können statt leidvoller Erfahrungen (insbesondere Schmerzen) Ruhe und Wohlbefinden vorherrschen, auch wenn sich die objektiven Bedingungen und „Ursachen" der Schmerzen (noch) nicht verändert haben (z.B. in der Psychoonkologie: Harrer & Ebell, 2021). Durch Altersregression (sog. Vergangenheit, abgerufen als Erleben im Hier und Jetzt) werden Erinnerungen als lebhafte Erfahrungen ähnlicher, positiver Qualität zugänglich und wirken als Ressourcen. Auch das dritte Drittel, die aktuelle Hochrechnung im Hier und Jetzt (sog. Zukunft, ebenfalls konstruiert im Hier und Jetzt) kann erfolgreich thematisiert werden, um Zuversicht auf notwendige und Not wendende Veränderungen zu fördern (Bonshtein & Thorem, 2017).

## 6. „Hypnose"

*"It is ironic that a technique long associated with fantasies of losing control should be so helpful in enhancing it. The intense concentration, interpersonal sensitivity, and mind-body control that characterize hypnosis make it an empirically grounded, practical tool for use with cancer patients."* (Spiegel, 1985, S. 230)

Erickson beginnt seinen bereits zitierten Vortrag (dt. in Erickson & Rossi, 1981) zu „Schmerz und Wohlbefinden" in Paris wie folgt: „Hypnose [hier könnte genauso „Therapie" stehen, H.E.] 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." (S. 128). Hypnosystemisches Denken hat sich in vielen therapeutischen Kontexten bewährt. So werden heute eine sog. „Lösungsorientierung" und die Verwendung („Utilisation") individueller Ressourcen in fast allen Psychotherapiemethoden betont (Brunner, 2017). Auch wenn keine Verbindungen zu Milton H. Erickson oder zur Hypnose als Quelle erkennbar oder nachweisbar sind, sticht z.B. die Ähnlichkeit der Definition der sog. „patientenzentrierten Kommunikation" in der verbindlichen S3-Leitlinie „Psychoonkologie" (AWMF, 2014, 2023) mit dem zitierten Vortragsbeginn von Erickson ein halbes Jahrhundert vorher ins Auge: „Patientenzentrierte Kommunikation bezeichnet ein

kommunikatives Verhalten, das den Patienten in seiner aktuellen, körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnimmt, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert“ (AWMF, Langversion 2023, S. 146).

Ob und inwiefern formelle Hypnose-Induktionen bzw. -Rituale (insbesondere Selbsthypnose) in der therapeutischen Zusammenarbeit mit Schmerzpatient:innen eine Rolle spielen, unterliegt der Entscheidung kundiger Therapeut:innen (Lynn et al., 2022; Ebell, 2002, 2010). Kritisch ist anzumerken, dass weder Hypnose noch Selbsthypnose – obwohl qualitativ höchst interessant und aussichtsreich – quantitativ keine Rolle spielen in der Versorgung von Millionen chronischer Schmerzpatient:innen.

Dell (2017) konstatiert in seinen Überlegungen „*What is the Essence of Hypnosis*“ zu Recht bedauernd, dass leider außer Sichtweite geraten sei, dass es bei der therapeutischen Verwendung von Hypnose vor allem um die Förderung von „spontaner Selbstaktivierung“ (*spontaneous self-activation*) gehe und eben nicht um sog. „Heterohypnose“. Für Schmerzpatient:innen sind die gemeinsamen Überlegungen weg von der Bekämpfungsperspektive (Vermeidungsziele/BIS: „kein Schmerz“) hin zu individuellen „Was stattdessen“-Erfahrungen (Annäherungsziele/BAS: „mehr Wohlbefinden und Lebensqualität“) nicht nur nachvollziehbar; sie fördern auch eine Kooperation auf Augenhöhe. Um Hypnose und Selbsthypnose als Zugang zu den individuellen Ressourcen der Betroffenen zu verwenden, ist es wesentlich, sie als Austausch auf zwischenmenschlicher Beziehungsebene zu verstehen (Ebell, 2017; Flemons, 2021; de Benedettis, 2020; Haley, 2015; Zindel, 2009). Milton H. Erickson hat maßgeblich dazu beigetragen. Haley (1996) merkt dazu an: „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 einer Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie* (DGH) so charakterisiert (Ebell, 2013):

*„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.”*

## Literatur

Antonovsky, A. (1990). Salutogenesis - Studying Health vs. Studying Disease. Vortrag auf Kongress für klinische Psychologie und Psychotherapie in Berlin. http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html

Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2023). S3-Leit-

linie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“, Version 1.1 – Januar 2014, Registernummer: 032-051OL; modifizierte Version 2.1 August 2023. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-051OL

Bayerisches Ärzteblatt (1989). Empfehlungen zur Tumornachsorge (Tumorschmerztherapie). https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/1989/07/komplettpdf/07_1989.pdf (S. 13-20)

Bingel, U., & Tracey, I. (2008). Imaging CNS Modulation of Pain in Humans. Physiology, 23, 371-380. DOI: 10.1152/physiol.00024.2008

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 & Felbiger.

Bonshtein, U. (2012). Relational hypnosis. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 60(4), 397–415. DOI: 10.1080/00207144.2012.700613

Bonstein, U., & Torem, M. (2017). Forward Affect Bridge. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 65(1), 43-51. https://doi.org/10.1080/00207144.2017.1246870

Brunner, J. (2017). Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

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.

Dell, P.F. (2017). What is the Essence of Hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 65(2), 162-68. DOI: 10.1080/00207144.2017.1276360

Ebell, H. (2022). Wenn es so weh tut – Therapeutische Kommunikation und Resonanz in der Schmerztherapie. Hypnose-ZHH, 17(1+2), 109-125. www.MEG-Stiftung.de

Ebell, H. (2017). Hypno-Therapeutische Kommunikation: Kernelement einer auf Resonanz basierten Medizin ("Resonance Based Medicine"). Hypnose-ZHH, 12 (1+2), 173-202. www.MEG-Stiftung.de (PDF auf www.doktorebell.de)

Ebell, H. (2016). "Resonanz" - Bei langjährig chronifizierten Schmerzen braucht es einen Wechsel der Perspektive. Hypnose-ZHH, 11(1+2), 233-245. www.MEG-Stiftung.de (PDF auf 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 von H. Ebell.

Ebell, H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. Hypnose-ZHH, 5 (1+2), 199-216. www.MEG-Stiftung.de (PDF auf www.doktorebell.de)

Ebell, H. (2008). Selbsthypnose als ergänzendes Therapieangebot für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung. Ausführliche Darstellung des klinischen Forschungsprojekts im Klinikum Großhadern 1988-91. (PDF auf ww.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)

Ebell, H (1985). Hypnotherapie bei chronischen Schmerzzuständen. In B. Peter (Hrsg.), Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. Grundlagen und Anwendungsfelder. München: Pfeiffer. (S. 183-188).

Ebell, H., & Beyer, A. (1994): Die Schmerzbehandlung von Tumorpatienten. In U. Jehn & H. Berghof (Hrsg.), Supportive Maßnahmen in der Onkologie. Band 3. Stuttgart, New York: Thieme. (Englische Ausgabe (1995): Pain Management in Cancer Patients. Stuttgart, New York: Thieme)

Ebell, H., & Harrer, M. (2023). Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie. In H. R. Yousefi (Hrsg.), Jahrbuch Psychotherapie. Internationale Zeitschrift für PsychoPraxis. Heft 3: Psychoonkologie. Nordhausen: Traugott Bautz. (S. 63-74).

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. (1967/1981). An Introduction to the Study and Application of Hypnosis for Pain Control. In J. Lassner (Ed.), Proceedings of the International Congress for Hypnosis and Psychosomatic Medicine (S. 83-90). Berlin: Springer. Deutsch: Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In M.H. Erickson & E. Rossi (1981). Hypnotherapie. Aufbau - Beispiele – Forschungen (S. 128-138). München: Pfeiffer.

Erickson, M.H. (1980). The Collected Papers of Milton Erickson on Hypnosis – Edited by E.L. Rossi. Vol I-IV. New York: Irvington. (Deutsche Ausgabe, 1997, Heidelberg: Carl Auer)

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. (2015). An interactional Explanation of Hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 63(4), 422-443. (Erstveröffentlichung, 1958, American Journal of Clinical Hypnosis 1(2), 41-57).

Haley, J. (1996). Typisch Erickson. Muster seiner Arbeit. Paderborn: Junfermann.

Harrer, M., & Ebell, H. (2021). Hypnose und Achtsamkeit in der Psychoonkologie. Heidelberg: Carl Auer.

Jensen, M. (2015). Hypnose bei chronischem Schmerz: Ein Behandlungsmanual. Heidelberg: Carl Auer.

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.

Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. Dialogues in Clinical Neuroscience. 20(1), 13-22. DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin

Lynn, St.J., Cardena, E., Green, J.P., & Laurence, J.R. (2022). The Case for Clinical Hypnosis: Theory and Research-Based Do's and Don'ts for Clinical Practice. Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice, 9(2), 187-200. DOI: 10.1037/cns0000257

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). Amsterdam: John Benjamins.

Peter, B. (1985) (Hrsg). Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. Grundlagen und Anwendungsfelder. München: Pfeiffer.

Petzold, Th. D. (2022a). Drei entscheidende Fragen. Salutogene Kommunikation zur gesunden Entwicklung. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Petzold, Th. D. (2022b). Schöpferisch kommunizieren. Aufbruch in eine neue Dimension des Denkens. (überarbeitete Auflage 2021). Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Sauerbruch, F., & Wenke, H. (1936). Wesen und Bedeutung des Schmerzes. Berlin: Junker und Dünnhaupt.

Spiegel, D. (1985): The use of hypnosis in controlling cancer pain. CA: A Cancer Journal for Clinicians 35 (4), 221–231. DOI: 10.3322/canjclin.35.4.221

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1988), Therapie tumorbedingter Schmerzen. München: AV-Kommunikation und Medizin Verlag. (Deutsche Übersetzung von (1986). Cancer Pain Relief. Genf: WHO).

Wikipedia: https://de.wikipedia.org/wiki/Dramadreieck (abgerufen 5.7.2024)

Zindel, J. P. (2009): Hypnose – eine ganz besondere therapeutische Beziehung. Hypnose-ZHH, 4(1+2), 107–125. www.MEG-Stiftung.de