



Abbildung 1: ACT-Hexaflex (nach Wengenroth, 2012)

Schmerz lass nach und komm nie wieder

Die Unterscheidung zwischen Schmerz und Leiden kann als Kernunterscheidung achtsamkeitsbasierter Methoden und Techniken in der psychotherapeutischen Schmerzbehandlung angesehen werden. Im folgenden Beitrag werden der schmerztherapeutische Ansatz der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT, als ganzes Wort gesprochen), als Beispiel für ein einzeltherapeutisches Vorgehen, und das in Großbritannien entwickelte Gruppenverfahren zur Behandlung von Schmerzen „Breathworks“ vorgestellt.

Im Anschluss an die Darlegung der beiden Modelle erfolgt ein kurzer Schwenk auf die Anwendung von Hypnose in der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Schmerzbehandlung. Das Augenmerk am Ende des Beitrages gilt der Prüfung von Ergänzungsmöglichkeiten der vorgestellten Ansätze durch die Anwendung spezieller Methoden und Techniken der Hypnotherapie in der Schmerzbehandlung. Bei ACT handelt es sich um ein achtsamkeitsbasiertes Verfahren der „dritten Welle der Verhaltenstherapie“.

ACT-Störungsmodell in der Schmerzbehandlung

Grundlage der Störungsmodells in der Akzeptanz und Commitment-Therapie (J. Dahl et al., 2006) ist die Unterscheidung zwischen Schmerz und Leiden bzw. „sauberem“ Schmerz und „schmutzigem“ Schmerz. Schmerz ist aus dieser Perspektive eine Botschaft des Körpers zum Gehirn darüber, dass „etwas falsch läuft“ und der Aufmerksamkeit bedarf. Die Erfahrung von Schmerz, „sauberem Schmerz“, ist aus dieser Sicht „normal“ und notwendig für das Überleben. „Schmutziger Schmerz“ besteht in dieser Betrachtungsweise dagegen aus den Versuchen, „das zu kontrollieren, was nicht kontrolliert werden kann, und das zu reparieren, was nicht repariert werden kann“. Mit dem Versuch, Dinge zu tun, um Leiden zu vermeiden, beginnt im ACT-Schmerzmodell die Chronifizierung des Schmerzes. Hier ist dem Modell gemäß der Ort, wo der Schmerz selbst endet, und das Leiden beginnt, indem Gefühle von Traurigkeit, Unsicherheit und Wertlosigkeit ausgelöst und zudem nicht akzeptiert werden. Erfolgt eine Verstärkung, weil dazu herangezogene Vermeidungsstrategien kurzzeitig wirken, verstärkt sich die Neigung zur Erfahrungsvermeidung.

„Schmutziger Schmerz“ kommt in dieser Sicht in drei verschiedenen Formen daher:

- mentalen Skripten, d. h. automatisierten Denkschemata und kognitiven Grundannahmen im Zusammenhang mit dem Schmerzerleben,
- Erfahrungsvermeidung im Sinne von Situations-, Verhaltens- und Erlebensvermeidung,
- „Werteverkümmern“, sprich dem Verzicht auf ein durch eigene Werte bestimmtes Leben.

ACT-Therapie in der Schmerzbehandlung

In Konsequenz dieses Störungsmodells besteht das ACT-Behandlungsmodell u. a. in der Führung von Protokollbögen seitens der PatientIn:

- zur Bestimmung des Unterschieds zwischen sauberem und schmutzigem Schmerz,
- zur Auflistung von Entscheidungen, die auf Schmerzerleben basieren, Feststellung von mentalen Skripten, spezifischem Vermeidungsverhalten und „Werteverkümmern“, die aus diesen Entscheidungen folgen,
- zur Erfassung von Regeln im Umgang mit dem Schmerz und daraus folgenden kognitiven Grundannahmen,
- zur Erfassung alltäglicher Gedanken in der Folge akuten Schmerzerlebens und derer Folgen auf der Verhaltensebene,
- zur Bestimmung von Stress besetzten schwierigen Situationen,
- zur Darlegung des sich wiederholenden Kampfes zwischen den Bestrebungen ein selbstbestimmtes Leben zu leben und sich vor dem Schmerz zu schützen.

In Ergänzung folgt das Modell mit dem Ziel, der PatientIn trotz der Schmerzsymptomatik ein wertebestimmtes Leben zu ermöglichen, dem üblichen Vorgehen in der Akzeptanz- und Commitment-Therapie entlang der sechs Therapiebereiche Akzeptanz, Defusion, Gegenwärtigkeit, Selbst als Kontext, Werte, Commitment (s. Abbildung 1, Abbildung 2). Methodisch zur Anwendung kommen im Rahmen dieser Therapiethemen und -ziele neben Achtsamkeitsübungen, Metaphern, therapeutische Paradoxien und erlebnisorientierte Übungen.

Akzeptanz im Sinne der Fähigkeit, sich den eigenen Gefühlen, Gedanken, Impulsen und körperlichen Reaktionen zu öffnen und diese so anzunehmen, wie sie sind;

Defusion, d. h. Distanz zu den eigenen Gedanken, so dass diese nicht mehr wortwörtlich genommen werden und unmittelbar zu Handlungen führen;

Gegenwärtigkeit, im Sinne der Fähigkeit, von Augenblick zu Augenblick präsent zu sein;

die Fähigkeit, sich *selbst als Kontext* des eigenen Erlebens zu sehen, statt sich mit einem gedanklich konstruierten Bild von sich selbst, dem konzeptualisierten Selbst zu identifizieren;

Werte im Sinne der Summe der Vorstellungen eines Menschen von einem gut gelebten Leben und

Commitment, im Sinne der inneren Festlegung auf die Umsetzung gewählter Werte, aus denen bestimmte Ziele und Handlungen folgen.

Abb. 2: ACT-Therapiethemen und -ziele (nach Wengenroth, 2012)

Breathworks-Störungsmodell

Ähnlich dem ACT-Modell nutzt das Breathworks-Gruppenkonzept (V. Burch/D. Penman, 2015) die Unterscheidung zwischen Schmerz und Leiden, um ein Störungsmodell zu entwickeln, aus dem ein Behandlungskonzept folgt: „Primärer Schmerz“ rührt in diesem Modell überwiegend von einer Krankheit, Verletzung oder Schädigung des Körpers oder des Nervensystems her und wird als eine Art unverarbeitete Information vom Körper zum Gehirn angesehen. „Sekundärer Schmerz“ folgt

diesem und stellt die stärkere und quälendere Reaktion da. Er wird als Reaktion des Geistes auf den primären Schmerz aufgefasst.

Als Kontrollinstanz wirkt demnach „der Geist“. Er übernimmt in dieser Betrachtungsweise die Funktion der Verarbeitung der Information, die der Schmerz enthält und hat die Fähigkeit, die Schmerzempfindung und den Grad ihrer unangenehmen Auswirkungen zu kontrollieren. Kann „der Geist“ auf einen reichhaltigen Vorrat an schmerzhaften Erinnerungen zurückgreifen, jedoch nur auf wenige Lösungen, so entwickeln sich über den physischen Schmerz hinaus Ängste, Stress und Sorgen um die Zukunft. Diese inneren Reaktionen wirken wiederum auf den Körper zurück und verstärken Spannung und Stress und das Schmerzerleben. In einer weiteren Konsequenz können neuronale Pfade im Gehirn gebahnt werden, die für Leiden prädestinieren: In dem vergeblichen Bemühen, das Schlimmste zu vermeiden, stimmt sich das Gehirn darauf ein, Schmerz schneller und mit größerer Intensität wahrzunehmen.

Die Grundunterscheidung zwischen zwei Schmerztypen wiederholt sich in der Leidenskonzepktion des Modells: Beim „primären Leiden“ handelt es sich um die Rohdaten, die zum Gehirn gesendet werden, etwa von einer Verletzung, einer anhaltenden Erkrankung oder Veränderung des Nervensystems. Beim „sekundären Leiden“ um die Gedanken, Gefühle, Emotionen und Erinnerungen, die mit dem Schmerz verbunden sind. Das Erleben von Angst, Stress, Sorgen, Depression und Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Erschöpfung ist dem Modell gemäß Folge des „Widerstands gegen den Schmerz“.

Breathworks-Therapie

Gelingt der SchmerzpatientIn die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Leiden, so ist gemäß dem Breathworks-Therapie eine Verringerung oder Eliminierung des Schmerzerlebens möglich. Zu entwickelnde Schlüsselkompetenzen in diesem Prozess sind:

- die achtsame Vergegenwärtigung der einzelnen Elemente des Schmerzes,
- die achtsame Akzeptanz der Botschaften des Schmerzes und der damit verbundenen Gedanken, Gefühle, Erinnerungen und Beurteilungen,
- die Entwicklung von Selbstmitgefühl und Mitgefühl gegenüber anderen Menschen.

Praktisch beinhaltet das achtwöchige Gruppenprogramm zum einen das gestaffelte Erlernen und tägliche Praktizieren von Meditationsübungen, zum anderen die Überprüfung und Veränderung schädlicher Gewohnheiten im Denken und Verhalten im Zusammenhang mit den Schmerzerleben. Ab der dritten Kurswoche erfolgt zudem eine Unterweisung in achtsame Bewegungsübungen, die an Yoga und Pilates angelehnt sind. Die Betonung liegt bei diesen Übungen auf der Qualität der Bewusstheit der Bewegungen.

Zu Inhalt und Verlauf des Breathworks-Programms s. Abbildung 3.

Woche	Meditation	Ziele	Wirkung	Hausaufgaben
1	Körper-Scan	zwischen primärem und sekundärem Leiden unterscheiden lernen	Stressabbau	täglich meditieren; täglich in die Natur gehen
2	Im-Rhythmus-des-Atems-Meditation	sich Gedanken, Gefühlen und Emotionen stärker bewusst werden und davon ablassen, sich gegen sie zu wehren	Auflösung von Angst, Stress und Depression; Stimulation des Parasympathikus	täglich meditieren; eine Weile in den Himmel schauen
3	Achtsame Bewegungs-Meditation	die Untätigkeit überwinden, Zuversicht und Mut aufbauen; dem Körper Achtsamkeit, Freundlichkeit und Verständnis entgegenbringen	Schmerzreduktion	täglich meditieren; ein Tagebuch der täglichen Aktivitäten beginnen; dem Wasser beim Kochen zuschauen

4	Meditation des mitfühlenden Akzeptierens	lernen, unveränderliche Dinge zu akzeptieren und veränderliche Dinge zu beeinflussen; lernen, schwierige Gedanken, Gefühle und Emotionen zu akzeptieren	Schmerzreduktion	täglich meditieren; die Zeitdauer von Aktivitäten (Grundvorgaben) und Ruhepausen festlegen; seinen Frieden mit der Schwerkraft machen
5	Schatz-der-Freude-Meditation	angenehme Erfahrungen zu Tage fördern	das Leben (wieder) lieben lernen	täglich meditieren; Grundvorgaben umsetzen; zehn angenehme Dinge aufschreiben
6	Meditation des weiten Herzens	lernen, sich selbst gegenüber mehr Mitgefühl zu haben	Harmonieerleben; Gefühl des Friedens und der Ruhe	täglich meditieren; Grundvorgaben umsetzen; innehalten, um zu schauen und zu lauschen
7	Verbundenheits-Meditation; 3-Minuten-Atempause	lernen, das Mitgefühl gegenüber sich selbst auf andere Menschen zu übertragen	Auflösung des Gefühls der Isolation	täglich meditieren, Grundvorgaben und spontane Gesten der Freundlichkeit umsetzen
8	nach Wahl	ein persönliches Achtsamkeits-Programm entwerfen	regelmäßiges Üben	täglich meditieren; sich selbst einen Brief schreiben

Abb. 3: Breathworks-8 Wochen-Gruppenprogramm

„Verhaltenstherapeutische Hypnose“ in der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)

Als beispielhaft für ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen, das zur Erlangung eines heilsamen veränderten Bewusstseinszustandes Hypnose statt Achtsamkeitsmeditation nutzt, kann das Programm „verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz“ (S. Jacobs, I. Bosse-Düker, 2005) betrachtet werden. Neben der Durchführung der Hypnose und dem Erlernen der Selbsthypnose (Autohypnose) zur Schmerzreduktion beinhaltet das Kurzprogramm über elf Sitzungen, das sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie erfolgen kann:

- das „Ermitteln von dysfunktionalen Verhaltensweisen und Gedanken bei der Bewältigung der Schmerzsymptomatik“,
- das „Erarbeiten von funktionalen Verhaltensweisen und Gedanken zur angemessenen Verarbeitung der Schmerzsymptomatik“,
- das „Ermitteln von körperlichen und physischen Belastungsfaktoren, die sich ungünstig auf die Schmerzsymptomatik auswirken sowie das Erarbeiten eines angemessenen Umgangs damit“.

Kann das Vorgehen in den achtsamkeitsbasierten Behandlungsprogrammen insgesamt als assoziativ, den Schmerz zunächst annehmend und akzeptierend, angesehen werden, so zielt die „verhaltenstherapeutische Hypnose“ ausdrücklich auf Dissoziation ab: Nach der Induktion eines Trancezustandes durch Augenfixation und Entspannungssuggestion erfolgt eine Anleitung zur Ganzkörperdissoziation und eine Teildissoziation der/des schmerzenden Körperteile/s. Als weiterer Unterschied in den jeweiligen Vorgehensweisen kann die ausdrücklich symptomzentrierte Anwendung der Hypnose angesehen werden, die einen Gegensatz zum Einsatz der Achtsamkeitsmeditation im Alltag unabhängig vom akuten Schmerz darstellt. Zu prüfen wäre, inwiefern die beiden Vorgehensweisen trotz dieser Unterschiedlichkeiten kompatibel sind und beispielsweise das Erlernen der beschriebenen (Auto-) Hypnose eine wirksame Ergänzung des ACT- bzw. Breathworks-Vorgehens sein könnten. Umgekehrt wäre eine Einübung von Achtsamkeit bzw. das Erlernen der Meditationen aus dem Breathworks-Programm eine mögliche Ergänzung des kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Programms.

Synopse: Achtsamkeitsbasierte Schmerztherapie und die Anwendung von Hypnotherapie in der Schmerzbehandlung

Eine umfangreichere Möglichkeit der Kompatibilitäts-Prüfung zeigt Milzner (Milzner, 1999), im Ursprung bezogen auf die Anwendung verschiedener hypnotherapeutischer Methoden und Techniken in der Schmerzbehandlung auf. Dazu kann nach Milzner das von Hautzinger und Wahl 1989 vorgestellte BAMMPI-Modell herangezogen werden, um Ergänzungs- bzw. Ausschlussmöglichkeiten unterschiedlicher Vorgehensweisen zu prüfen.

Dieses Modell umfasst:

- die biologisch-physiologische Ebene (B),
- die affektive-emotionale Ebene (A),
- die motivationale Ebene (M),
- die motorisch-verhaltensbezogene Ebene (M),
- die perzeptiv-evaluativ kognitive Ebene (P),
- die interpersonell-soziale Ebene (I).

Die Auflistung kann als Messlatte dienen, einerseits die Wirkebenen der beschriebenen achtsamkeitsbasierten Verfahren und andererseits die der von Milzner als „eigenständige“ hypnotherapeutische Techniken bei Schmerz (s. Abbildung 4) auf Kompatibilität, Ausschluss und Wirksamkeit zu prüfen.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a) Fortsuggerieren des Schmerzes,b) Wiederherstellung einer früheren Empfindung bzw. früherer Schmerzlosigkeit,c) Anästhesie,d) Analgesie,e) Verschiebung des Schmerzes in andere Körperregion,f) Erzeugen körperlicher Desorientierung,g) Symptomsubstitution,h) Amnesie,i) Förderung von Dissoziation,j) Entkoppeln von Schmerz und Leiden,k) Veränderung des Zeitgefühls,l) Erzählen von Anekdoten in Verbindung mit Heilsuggestionen,m) „Reframing“,n) Ressourcenaktivierung,o) Ich-Stärkung,p) Symbolisierung,q) Kopplung verschiedener hypnotherapeutischer Verfahren. |
|--|

Abb. 4: „Eigenständige hypnotherapeutische Techniken“ bei Schmerz (nach Milzner, 1999)

Dabei bleibt zu beachten, dass es sich bei der Anwendung von Hypnose und der Durchführung von Hypnotherapie trotz des gemeinsamen Mediums der Trance um unterschiedliche Vorgehensweisen handelt: Während Hypnose primär eine Technik ist, deren Anwendung in verschiedenen Kontexten isoliert oder integriert möglich ist, bezeichnet Hypnotherapie eigenständige psychotherapeutische Arbeitsweisen, die unterschiedlichen, wenngleich ähnlichen Menschenbildern verpflichtet sind. Letztere unterscheiden sich häufig in nicht unerheblichem Maße vom Menschenbild achtsamkeitsbasierter Verfahren, was die Ergänzungsmöglichkeiten im Grundsatz in Frage stellt.

Literatur:

Burch, V. & Penman, D. (2015): Schmerzfrei durch Achtsamkeit, Die effektive Methode zur Befreiung von Krankheit und Stress, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag,

- Dahl, J. & Lundgren, T. (2006): *Living beyond your pain: using acceptance and commitment therapy to ease chronic pain*, Oakland: New Harbinger Publications,
- Jacobs, S. & Bosse-Düker, I. (2005): *Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz*, Göttingen: Hogrefe Verlag,
- Milzner, G. (1999): *Schmerz und Trance, Die Hypnotherapie von Schmerzsyndromen, Band I: Theorie und Transfer*, 1. Auflage, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme,
- Wengenroth, M. (2012): *Therapie-Tools Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)*, 1. Auflage, Weinheim Basel: Beltz Verlag

Ronald Milewski in *Suggestionen*, offizielles Organ der Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e. V., Ausgabe 2019