

## **„Nur noch ein wenig Kribbeln bei abruptem Wetterwechsel und Vollmond“**

### **Imaginatives Resonanz Training (IRT) zur Elimination von Phantomschmerzen nach Beinamputation**

**Fallbericht**

*Paul Meyer*

#### **Ausgangssituation der Behandlung**

Herr T. (Jahrgang 1939) hatte im Jahr 1993 einen schweren Verkehrsunfall, bei dem ihm das linke Bein eine Handbreit über dem Knie abgerissen worden war. Nach der chirurgischen Versorgung als Prothesenstumpf begannen die Phantomschmerzen in der nicht vorhandenen Wade und Fußsohle etwa zwei Monate später. Er beschrieb diese als Dauerschmerz mit zusätzlichen, periodisch auftretenden, kaum auszuhaltenden Spitzen. Nachdem über 15 Jahre weder Spezialbehandlungen (Spiegeltherapie, ein „Limb position recognition program“) noch medikamentöse Therapie (zuletzt Pregabalin 75-0-150) eine Veränderung bewirken konnten, nahm er an einer klinischen Forschungsstudie zur Anwendung des Imaginativen Resonanztrainings (IRT) nach Paul Meyer zur Behandlung von Phantomschmerz bei gliedamputierten Patienten teil. Diese wurde von Prof. Dr. med K. Maurer, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Johann Wolfgang von Goethe Universität in Frankfurt am Main gemeinsam mit dem Autor dieses Fallberichtes durchgeführt. Zur Überprüfung klinischer Effekte wurde vor und nach IRT-Behandlung die Repräsentation des Phantomgliedes im sensomotorischen Cortex des Gehirns mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) dargestellt (Meyer, Matthes, Kusche, & Maurer, 2012).

Zu Beginn der ersten Sitzung wurde Herr T. von mir über zwei mit IRT behandelte Fälle (zwischen 40 und 50 Jahre alt) mit spastischen Lähmungen der Hand nach Unfällen und darauf folgenden Operationen informiert, die nach 6 Monaten vorangegangener psychotherapeutischer Behandlung als chronifiziert diagnostiziert worden waren. Ich berichtete ihm, dass diese beiden Patienten durch „vorgestellte Handübungen am angeschauten Tisch“ (entsprechend Abb.1) bereits nach wenigen Minuten

Paul Meyer  
Wiesbaden

**„Nur noch ein wenig Kribbeln bei abruptem Wetterwechsel und Vollmond.“  
Imaginatives Resonanz Training (IRT) zur Elimination von  
Phantomschmerzen nach Beinamputation – Fallbericht**

*Herrn T., zum Zeitpunkt der Behandlung 69 Jahre alt, war in Folge eines Verkehrsunfalls vor 15 Jahren sein linkes Bein eine Handbreit über dem Knie abgerissen und chirurgisch als Prothesenstumpf versorgt worden. Unmittelbar nach Heilung des Stumpfes hatte er keine Phantomschmerzen. Diese setzten zwei Monate später ein als Dauerschmerz in der nicht vor-handenen Wade und Fußsohle mit periodisch auftretenden Spitzen bis an die Grenze des Er-träglichen. Diese Schmerzsymptomatik erwies sich als therapieresistent (z.B. Spiegeltherapie und ein „Limb position recognition program“) und wurde zuletzt medikamentös (Pregabalin 75 mg morgens, 150 mg abends) behandelt. Im Laufe des Imaginativen Resonanz Trainings (6 Sitzungen von November 2007 bis Januar 2008 von insgesamt etwa 12 Stunden Dauer und zu-sätzlichen selbständigen Übungen) konnte die Medikation schrittweise reduziert und zum Schluss ganz abgesetzt werden. Seit 5 Jahren ist Herr T. schmerzfrei, abgesehen von - aus seiner Sicht vernachlässigbarem - leichtem Kribbeln bei abruptem Wetterwechsel und Vollmond.*

*Schlüsselwörter: Imaginatives Resonanz Training (IRT), Phantomschmerz, fMRT-Befunde vorher/nachher*

**“Only a little tingling left at abrupt changes of weather and full moon.”  
Imaginative Resonance Training (IRT) achieves elimination of amputee’s  
phantom pain – case report**

*Mr. T., aged 69 at the time of the treatment had his left leg torn off during a traffic accident 15 years previously. Phantom limb pain did not start immediately, but only two months later as a continuous pain in the non existing calf and sole with periodic peaks of extreme intensity. This proved to be resistant to a variety of therapies: mirror therapy, a “limb position recognition program” etc and in the end was treated with daily doses of pain killers: latterly Pregabalin 75 mg in the morning and 150 mg in the evening to keep the patient functioning. In the course of the Imaginative Resonance Training (6 guided sessions from November 2007 until January 2008, in total 12 hours and exercises on his own between sessions), he was able to reduce this medication stepwise finally to zero. For the last five years he has been free of pain apart from, in his view, negligible tingling at abrupt changes of weather and full moon.*

*Key words: Imaginative Resonance Training (IRT), Phantom limb pain, fMRI pre/post documentation*

Paul Meyer, B.Sc.  
Gerhardt-Katsch-Str. 8  
65191 Wiesbaden  
pameyer@irt-pm.com

Phänomene wie Kribbeln und Erwärmung empfunden hätten, wonach sie die vorher offen verkrampften Hände wieder hätten schließen können. In beiden Fällen seien die Hände nach Eigenübungen in den folgenden Wochen wieder voll funktionsfähig geworden.

Ich schilderte ihm darüber hinaus zwei Behandlungen von erstaunlicher Wundheilung bei einer 72-jährigen Dame und einem über 80-jährigen Herrn. Erstere litt an Herzschwäche, Bronchitis und Durchblutungsstörungen mit an den Knöcheln „offenen Beinen“; bei Letzterem heilten Wunden nach Zehenamputationen wegen Gangrän bei Durchblutungsstörungen nicht, zudem hatte er auch Phantomschmerzen. Nach mehreren Sitzungen im Dialog und fleißigem Üben zwischen den Sitzungen seien auch diese beiden Patienten schmerzfrei geworden, die offenen Wunden zugeheilt und beide konnten ihre Beine wieder belasten bei normaler Beweglichkeit im Gehen.

### **Durchführung des IRT, auf das Körpersymptom bezogen**

Generell werden alle Vorstellungsbildungen des IRT mit offenen Augen durchgeführt. Im Fall von Herrn T. waren die Augen auf die Tischplatte gerichtet, speziell auf jene Stelle, wo die vorzustellende (d.h. real amputierte) Wade aufliegen würde, während die Körperposition unverändert beibehalten wird. Alle Anweisungen des Übungsleiters und alle verbalen Rückmeldungen des Patienten werden nicht vertieft. Es ergeben sich Zyklen, die bei gründlicher Abfrage der Reaktionen anfangs meist recht langsam ablaufen. Später werden sie wegen der Reaktionen des Patienten in kürzeren Abständen schneller, so dass auch die Anweisungen des Übungsleiters kürzer werden müssen, um das Interesse des Patienten an der Beobachtung des Flusses seiner Reaktionen zu bewahren. Der Patient, der die Anweisungen ausführt, beobachtet deren Auswirkungen sowohl in der Vorstellung wie auch am eigenen Körper (Resonanz) ohne vorgefasste Zielerwartungen. Immer, wenn die erlebten und anfänglich auch zu beschreibenden Veränderungen ausreichend beobachtet und dann als „stabil“ berichtet worden sind, folgt vom Übungsleiter zwingend ein Abschlussignal (Bestätigung), bevor ein neuer Zyklus oder Teilzyklus begonnen wird. Alles sollte möglichst zügig geschehen und gedankliche Ablenkungen von der Beobachtung vermieden werden.

### **Behandlungsverlauf**

Das Geschehen in den sechs Sitzungen mit Herrn T. von November 2007 bis Januar 2008 (Gesamtdauer von etwa 12 Stunden, Einzelsitzungen von 1 bis maximal 2,5 Stunden, dokumentiert durch Tonaufnahmen) war grundsätzlich immer gleich: Im Laufe der Sitzung entwickelten sich die Vorstellungsbildungen von langsamen (begleitet von Müdigkeitsanfällen und deren Abgähnen) zu immer schneller werdenden Zyklen bis hin zu leichten, fast tänzerischen Zyklen mit Empfindungen von Spaß, angezeigt durch Lächeln und Lachen. Gleichzeitig ergaben sich Kribbeln und Erwärmung in den vorgestellten Gliedmaßen, insbesondere in den Waden, in der Fußsohle und im

## Imaginatives Resonanz Training

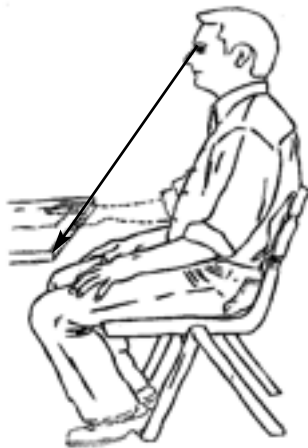


Abb. 1: Vorstellungübung mit Hand an der Tischkante

ganzen Bein, gefolgt von schrittweiser Reduktion der Schmerzen. Herr T. wurde instruiert, die Übungen auch zwischen den Sitzungen selbständig und konsequent durchzuführen. Er berichtete, dies auch fast jeden Tag getan zu haben.

Zur Einführung in die Erfahrung des IRT ließ ich Herrn T. Übungen mit vorgestellten Händen machen (s. Abb. 1), zuerst mit der Arbeitshand, dann mit der zweiten Hand und dann mit beiden. Die Anweisungen waren: „Mit einer vorgestellten Hand zur Tischkante hinlangen – mit der vorgestellten Hand zugreifen – den Griff loslassen – die gesamte Vorstellung hinein in den wirklichen Körper und deren Auflösung beobachten.“ Jeder einzelne Schritt wurde von Herrn T. beobachtet, bis sich nichts mehr verändert und er seinen Zustand als „stabil“ rückgemeldet hatte. Daraufhin erfolgte meinerseits jeweils eine Bestätigung (Abschlussignal) als Übungsleiter, bevor unverzüglich die nächste Instruktion gegeben wurde. In der Folge mehrerer solcher Zyklen wurden seine Hände und Arme bis zu den Schultern warm und besser durchblutet, was Herrn T. die Wirksamkeit der Methode spürbar erfahren ließ.

Da die Schmerzen in der Wade und Fußsohle des linken, amputierten Beines lokalisiert waren, ließ ich ihn als weitere Zwischenübung in der Vorstellung zuerst sein vorhandenes rechtes Bein mit der Wade auf dem vor ihm stehenden Tisch erscheinen. Diese Vorstellungsübung, mit Aktivierung der Wadenmuskeln wie Auf- und Abbewegen des Fußes, resultierte in einer spürbar verbesserten Durchblutung in diesem Bein, mit deutlicher Erhitzung der Zehengrundgelenke nach zusätzlichem Krallen und Spreizen der Zehen. Das demonstrierte ihm, dass auch an diesem Bein einiges an Gesundheitspotential aufzuholen war. Das Ganze dauerte etwa eine Stunde.

Exemplarisch soll im Folgenden ein Zyklus der Arbeit mit dem Phantom-Unterschenkel geschildert werden, während dessen der Tisch mit offenen Augen angeschaut wird (s. Abb. 2):

*Schritt 1:* Ich weise den Patienten an, eine Vorstellung des amputierten Beines (gefühlte Wade auf dem Tisch, Kniekehle am Tischrand als unmittelbare Verlängerung des entsprechend positioniert vorgestellten Oberschenkelstumpfes) ohne eine visuelle Zielvorstellung „kommen zu lassen“ – die Möglichkeit eingeschlossen, in der visuellen Vorstellung gar nichts zu „sehen“ zu bekommen.

In der Vorstellung ist der Unterschenkel zu Anfang verkrüppelt und kaum sichtbar, jedoch als Berührung von Wade und Ferse auf dem Tisch sowie der Kniekehle an der

Tischkante deutlich spürbar. Schon diese gleichzeitige und multimodale Wahrnehmung (den Tisch optisch sehen und die Wade in der Vorstellung spüren) führt zur Intensivierung der Vorstellung mit leichtem Kribbeln in der Wade. Nachdem die Veränderungen bis zu Ende beobachtet worden sind und Herr T. mir „stabil“ (d.h. es ändert sich nichts mehr) berichtet, gebe ich ein Abschlusssignal.

*Schritt 2:* Aufforderung, den Fuß zu strecken und die daraus resultierende Anspannung im Wadenbereich zu spüren. Auch das bringt wieder Kribbeln und Erwärmung - einschließlich Verstärkung des Phantomschmerzes, der auch bis zur Stabilität beobachtet wird.

*Schritt 3:* Herr T. soll durch Loslassen des gestreckten Fußes entspannen. Das lässt die Verschärfung des Phantomschmerzes zurückgehen. Nachdem dies von Herrn T. als „stabil“ berichtet wird, gebe ich das „okay“.

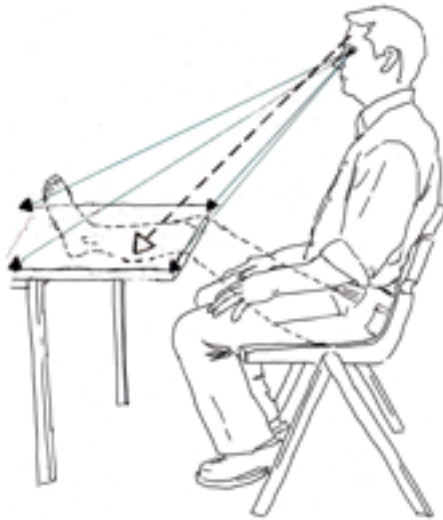
*Vierter und letzter Schritt:* Ich gebe die Anweisung, dass Herr T. das vorgestellte Bein in den wirklichen Körper hineingehen lassen soll. Wie bei jedem der vorherigen, führt auch dieser Schritt zu spürbaren Veränderungen – in diesem Fall an der gefühlten Position des Phantomschmerzes (Resonanz): Wanderndes und sich in seiner Intensität veränderndes Kribbeln und Erwärmungen, bis zu punktuell spürbarer Erhitzung.

Im weiteren Verlauf dieser Sitzung aktiviere ich bei den nächsten Zyklen bzw. bei jedem (immer anders erscheinenden) neu vorgestellten Bein nur die Schritte 2 und 3 mit den o.g. Anweisungen und führe gelegentlich Schritt 4 durch, um Herrn T. zu demonstrieren, dass die Stabilisierungen bei dem Wechsel von Anspannung zur Entspannung rapide schneller werden. Nachdem das etabliert ist, werden die Gesamtzyklen bei immer kürzeren und lediglich zusammenfassenden Instruktionen entsprechend auch schneller, sodass er nur „stabil“ zu berichten hat.

Um den Phantomschmerz in der Fußsohle mit einzubeziehen, erweitere ich in späteren Zyklen die Schritte 2 und 3 durch Krallen und Spreizen der Zehen in verschiedenen Kombinationen mit dem Strecken-Entspannen und Hochziehen-Entspannen des Fußes. Das verlangsamt zuerst die Zyklen. Um deren spontane Beschleunigung wieder zu ermöglichen, werden kombinierte Instruktionen wie „Strecken des Fußes und Krallen der Zehen“ und „Hochziehen des Fußes und Spreizen der Zehen“ zusammengezogen in „Runter“ und „Rauf“. Da diese Änderungen in die laufende Erfahrung eingebettet sind, werden sie als selbstverständlich akzeptiert.



Abb. 2: Verkrüppelter Phantomunterschenkel auf dem Tisch



*Abb. 3: Vorstellung des vollständigen und gesunden linken Beines am Tisch*

In der letzten Sitzung führt dies zu folgendem Dialog:

*Paul Meyer:* „Zyklus“

*Herr T.* nach Erfahrung der 4 Schritte des Gesamtzyklus in seiner Vorstellung im Zeitraffer jedes Mal: „Stabil“

*Paul Meyer:* „OK“

Diesen Dialog haben wir mit einer Geschwindigkeit von 12 Zyklen pro Minute über Abschnitte von jeweils etwa 10 Minuten durchgeführt. Das bedeutet, dass jeder Zyklus (für Herrn T. im inneren spontanen Zeitraffermodus) für meine äußere Beobachtung nur 5 Sekunden in Anspruch nahm – gerade genug Zeit für das Aussprechen von „Zyklus“ und „OK“. Dabei erscheint – aufbauend auf vorhergehende längere Perioden mit langsameren Zyklen – nach diesen zwei mal 10 Minuten das vorgestellte Bein spontan als geheilt (s.

Abb. 3), auch mit vollkommen geheiltem „Innenleben“.

Herrn T. wurde die Erfahrung fortlaufender Veränderungen seines Erlebens dadurch ermöglicht, dass ich die Bestätigungen und die nächsten Instruktionen jeweils ohne Verzögerung gab. Nachdem er in den Sitzungen schrittweise an diese Erfahrungen herangeführt worden war, konnte er auch – entsprechend seiner Erfahrung in der letzten Sitzung – zwischen den Sitzungen selber üben. Die gewählten Instruktionen waren in diesem Fall seine eigenen Entschlüsse und die Bestätigungen (Abschluss-Signale) hat er sich auch selbst gegeben. Ich empfahl ihm lediglich, die Bestätigungen durch Klopfen als ein hörbar von „außen“ kommendes Signal zu ersetzen.

Festzuhalten ist noch, dass die „Heilung“ bei Herrn T. recht schnell eintrat. Bei anderen Fällen ging es oft um noch schnellere Zyklen, die ohne weitere Interventionen über größere Zeiträume (mehrere Stunden) durchgeführt wurden.

### **Zur Bedeutung der Bewusstseinsveränderungen**

Die abschließende Übung einer jeden Sitzung soll dem Patienten einen jeweils stark erhöhten Grad von Wachheit bzw. Vorstellungs- oder Bewusstseinsweiterung demonstrieren. Dies äußert sich in auffällig verbesserter optischer Wahrnehmung der Umgebung (z.B. viel mehr und schärfere Details, klarere Umrisse, auffällig stärkere Farbdifferenzierung, weiterer Blickwinkel, etc.) begleitet von deutlich gehobener Stimmung, die über die Sitzung hinaus anhält. Hinzu kommt eine verbesserte sponta-

ne Vorstellungsfähigkeit, die unabhängig von den Körpersinnen in alle Richtungen gleichzeitig wirkt: z.B. „sieht“ der Patient in seiner Vorstellung zusätzlich den Raum nach hinten, seitwärts, oben und unten. Diese Art Wahrnehmung wird von Sitzung zu Sitzung zunehmend präziser und wird spontan nach allen Richtungen durch die Wände des Übungsraumes hindurch ausgeweitet. Im Fall von Herrn T. umfasste diese erweiterte Vorstellung am Ende der ersten Sitzung das ganze Gebäude und - von Sitzung zu Sitzung zunehmend - am Ende der 6. Sitzung ganz Frankfurt mit den Hochhäusern der City, darin eingebettet mit besonderen Details ein Kraftwerk, in dem Herr T. gearbeitet hatte, die Umgebung seiner Wohnung, seines Stadtteils und - immer tiefer gehend Kanalisation und Gesteinsformationen, in die Weite gehend umgebende Orte, dann den Taunus, den Hunsrück, die Eifel, rheinaufwärts den Odenwald, Mannheim (...) und rheinabwärts Köln. Er berichtete, was er so identifizieren konnte im Fluss seiner Wahrnehmung, einschließlich Straßen, Autobahnen, Eisenbahn, Flughäfen, mit in Bewegung befindlichem Verkehr usw. usf..

Von diesen erstaunlichen Erfahrungen haben in unterschiedlichem Ausmaß alle mit IRT behandelten Patienten berichtet. Diese Art spontaner Bewusstseinsweiterung – man könnte es auch als „Aufwachen in der Vorstellung“ bezeichnen – war bereits vor meiner Entdeckung der IRT-Phänomene Ziel meiner Forschungen und ist es nach wie vor. Die heilenden Auswirkungen des IRT bieten vielen Menschen einen Zugang zu dieser Dimension – wie auch Herrn T., der sonst vermutlich keinen Zutritt zu solchen Möglichkeiten gehabt und dies nicht als spirituelle Entwicklung einzuordnen gewusst hätte, dass er ein Lebewesen ist, das einen Körper hat und nicht Körper ist.

### **Abschluss der Behandlung**

Zuletzt wurde der Patient gebeten, sich seinen Kniebeugen machenden ganzen Körper am Rand des Tisches vorzustellen, um die Veränderungen zu bestätigen und zu konsolidieren. Dies gelang einfach und mit Freude, mit einer in der Vorstellung vollständig wiederhergestellten Extremität an Stelle des amputierten Gliedes. Wegen seines durch das fehlende Bein verzerrten und unvollständigen Körperbildes hatte er diese Vorstellung zu Beginn der Behandlung nicht ausführen können. Die Emotionen, welche die abschließende Beobachtung einfacher, graziöser Bewegungen, zusammen mit den Durchdringungsvorstellungen des Körpers und der Gliedmaßen begleitet haben, waren Freude und Lächeln, sogar Ausbrüche von Gelächter. Dies kann als subjektiver Beweis für die endgültige Beseitigung der Phantomschmerzen dienen. Es muss auch festgestellt werden, dass nichts in seinem Berufsleben als Maschinenschlosser oder durch seine Hobbys Herrn T. auf seine erstaunlichen Erfahrungen mit dem IRT vorbereitet hat.

### **Evaluation**

Neben den beschriebenen subjektiv empfundenen und objektiv zu beobachtenden Veränderungen an den Körperteilen traten bei Herrn T. zu Beginn starke Müdigkeitser-

### *Imaginatives Resonanz Training*

scheinungen mit heftigen Gähnanfällen auf. Der Autor versteht dies als lösende Abreaktion von Unbewusstheit bis zur totalen Bewusstlosigkeit, die verbunden war mit verschiedenen unbewusst im Gedächtnis gespeicherten Ereignissen und „Aufzeichnungen“ von Schmerzzuständen sowohl des ursprünglichen Unfalls wie auch der folgenden Operationen. Dieser Prozess der Abreaktion benötigte viele Zyklen, um sozusagen scheibchenweise, in erträglicher Intensität ablaufen zu können – ausgelöst und gestaltet durch die Empfindungen am vorgestellten Bein auf dem Tisch. Die Abreaktion sehe ich als Umkehrung von in „Tiefenhypnose“ zugefügten Schmerzzuständen, wobei es sich dabei nicht um einen von einem Hypnotiseur verursachten Trancezustand handelt, sondern um eine reduzierte Bewusstheit während eines Unfalls und der folgenden Behandlungen.

Durch die zusätzliche imaginative Betätigung des Spreizens und Krallens der Zehen, später in Kombinationen mit Strecken und Anziehen des Fußes, ergaben sich immer neue Aktivierungen mit Müdigkeitsanfällen und Gähnen und in der Folge einem schrittweisen Aufwachen daraus.

Schließlich wurde bei verschiedenen Bewegungskombinationen Schmerzfreiheit an dem mit dem Körper verbundenen Phantomglied erreicht, die einherging mit der vollständigen propriozeptiven Wahrnehmung eines gesunden Phantomgliedes. Diese gesteigerte Wahrnehmung, die eine detaillierte Anatomie (Verlauf von arteriellen und venösen Gefäßen und Nervenfasern) mit einschloss, wird meiner Erfahrung nach den meisten Patienten zugänglich, wenn sie im Laufe des Imaginativen Resonanztrainings abgefragt wird. Der Autor interpretiert seine häufige Beobachtung dieser erstaunlichen Dimension des Vorstellungsvermögens von Menschen, die sicherlich über keine medizinisch-anatomisch-physiologischen Kenntnisse verfügen, in Analogie zur Terminologie der funktionellen Magnetresonanztomografie als Folge der Fähigkeit, eine größere Anzahl kleinerer Voxel (d.h. mehr Voxel pro Volumeneinheit) einer vorhandenen Information abrufen zu können. In der Erfahrung des Autors kann auf diese Weise ein Prozess der Normalisierung und Heilung schneller erreicht werden als mit Zyklen, bei denen nur mit Außenansichten des Körperbildes gearbeitet wird.

Dass die beschriebene veränderte subjektive Wahrnehmung von Herrn T. mit einer veränderten Repräsentation im Zentralnervensystem einhergeht, wurde im Rahmen der erwähnten Studie (Meyer, Matthes, Kusche & Maurer, 2012) durch vergleichende Aufnahmen mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) überprüft bzw. nachgewiesen: Die fMRT-Aufnahmen zeigen vor der Behandlung, dass die Repräsentation des Amputats im sensomotorischen Cortex um 14 mm nach unten verschoben ist. Nach der Behandlung ist die Aktivierungszone an jene Position „zurückgekehrt“, wo sie bei einer gesunden Kontrollgruppe aus 15 Personen zu sehen ist.

### **Literatur**

Meyer, P., Matthes, C., Kusche, K.E., & Maurer, K. (2012). Imaginative Resonance Training (IRT) achieves elimination of amputees' phantom pain (PLP) coupled with a spontaneous in-depth proprioception of a restored limb as a marker for permanence and supported by pre-post functional magnetic resonance imaging (fMRI). *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 202(2):175-9.



## Anmerkung des Fallberichts-Herausgebers

Paul Meyer hat sein Imaginatives Resonanztraining auf den Lindauer Psychotherapie-wochen (2006/07) und den Jahrestagungen der MEG in Bad Kissingen (2012/13) vorgestellt. Für eine Seminarteilnehmerin, Elke Tuschen-Bürger, eine engagierte Hausärztin, ergab sich dadurch die Perspektive einer Kombination von IRT und therapeutischer Hypnose. Im Folgenden ihr Bericht über die Behandlung einer Parkinsonpatientin:

Lieber Herr Meyer,  
vielen Dank für Ihre Mail und Nachfrage. Hier mein Bericht zu einer Kombination von Hypnotherapie und IRT bei meiner Patientin (geb. 1963) mit Parkinsonerkrankung. Erstkontakt 2006 wegen Tremor (rechtsbetont, besonders die Hand). Computertomografie 2005 unauffällig, 2008 auffällig. Progredienz der Symptomatik unter naturheilkundlicher Therapie. Seit Mai 2011 medikamentöse Therapie; aktuell: Madopar 3x2, PK-Merz100 2x1, Azilect 1x1. Begleitung mit Trance und Entspannungsübungen seit Januar 2012: Zielvereinbarung, Future Pacing, Wohlfühlort, schützende Begleiter und Weggefährten.

Beginn IRT August 2012: Vorstellung ihrer alten gewohnten Laufstrecke über ca. 5 km. Diese Strecke ist ihr sehr gut bekannt, sie kennt jede Kurve, fast jeden Baum. Diese Strecke konnte sie seit ca. 3 Jahren nicht mehr laufen: Das rechte Bein oft nachziehend, kraftlos, nicht mehr auf Kommando reagierend, muskulär weicher und schwächer. Golfspielen auch nicht mehr möglich, Wegstrecken von 200 m zu lang und zu mühsam. Immer immobil und zu schwach zum Gehen. Treppensteigen sehr mühsam. Rücken beeinträchtigt durch Schiefhaltung und Gegenkompensation.

1. *Sitzung*: Nach Tranceeinleitung Visualisierung der Strecke mit genauem Beschreiben der Gegend, des Weges, der Kleidung, Wetter, Lauftempo, Haltung, Kraftgefühl in Armen und Beinen, Symmetriegefühl, Walkingstöcke in welcher Hand wie stark in der Kraft, Schwung der Arme, Schwung der Beine.

2. *Sitzung*: s.o. kürzer. Danach Augen öffnen und IRT-Vorstellungen: Vorgestellten Körper immer erst bei vollem Wohlbefinden und gleichmäßigen Bewegungen inkorporieren lassen. Gefühlte gut gehbare Strecke an diesem Tag: ca. 2 km.

3. *Sitzung*: dto. Strecke verlängert auf ca. 4 km. Beine stark und kraftvoll. Fühlt sich gut und symmetrisch an. Der Körper ist stark und kann gut laufen. Sie erinnert sich an schöne Tage.

4. *Sitzung*: Gezielte Wahrnehmung während des IRT auf die Muskeln der Beine, Symmetrie, Abrollen, Zeitlupe, Wahrnehmen, Schwungholen, Zeitlupe etc gerichtet.

5. *Sitzung*: s.o. Nach dieser Sitzung steht sie von ihrem Sessel auf. Sie sei die ganze Strecke „gewalkt“ und sagt: „Ich kann laufen; ja, das weiß ich jetzt.“

Danach immer mal wieder hypnotherapeutisch Laufübungen, eher Schwerpunkt auf Sicherheit, Wohlfühlort, weiser Mann/Frau, Vermächtnis der Ahnen, Sinnfrage der Erkrankung.

### *Imaginatives Resonanz Training*

*Ergebnis:* Seit ca. 4 Monaten keine nennenswerte Einschränkung der Gehfähigkeit mehr. Beine fast gleich stark, rechts leicht schwächer bei langem Arbeitstag. Kann immer häufiger Spaziergänge über mehrere Kilometer (ca. 5-8km) ohne Mühe absolvieren. Das Gehen ist kein Thema mehr für sie. Weiterhin stärkere Einschränkung der rechten Arm-Schulter Partie mit starken Beschwerden des rechten Armes nachts („wie eingeschlafen“). Viele gute und fast beschwerdefreie Tage bei sehr unregelmäßigem Befinden.

Seit Anfang April 2013 wieder IRT mit der Imagination, Golf zu spielen, mit Betonung der Haltung, Schulter- und Armbewegungen: Die Abschlüge werden zuerst in Trance visualisiert, mit allem Procedere. Schlägerauswahl, Kleidung, Rasen, Ort, welches Loch, allein oder mit Trainer, Aufwärmübung mit genauer Beschreibung und Spüren der Bewegungen, danach Positionierung, Ball auflegen, Schläger halten, Abschlag in Zeitlupe, Ball in die Zukunft schlagen und hinschauen, wo liegt er ...wie weit kann ich abschlagen, genau zielen ... danach Augen auf und in der Art von IRT genauso durchführen (ca. 3-5 mal). Die Augen sind dabei in Bewegung. Manchmal sehe ich richtig, wann sie abschlägt. Die Vorstellung vom Körper wird dann inkorporiert, wenn der Ball auf dem Green liegt und sie glücklich ist über ihren Schlag. „Jeder Schlag ist ein gelungener Schlag!“

Nach 2 Sitzungen fühlt sich die Patientin sehr wohl und schon freier in der Nacken-Schulter-Region. Wir werden jetzt so weiter machen, bis sich die obere Region entspannt und lockert.

Mir fällt auf, dass nach jeder Übung das Selbstbewusstsein der Patientin steigt. Sie wirkt voller Tatendrang, kraftvoll und mutig. Sie nimmt vieles in ihre Hände (Schläger, Ball für Zukunft etc.), weiß, was sie will und ist trotz ihrer Erkrankung zukunfts-betont, auf ihren Weg konzentriert.

Ich hoffe, meine bescheidenen Ausführungen können Ihnen hilfreich sein.

Werde Ihnen gerne weiter berichten von unseren Golfturnieren.

Mit den herzlichsten und sonnigsten Grüßen aus Bretten

*Elke Tuschen-Bürger*

**„Es gibt viele Wege nach Rom – Hauptsache ist, man erreicht die Stadt!“**

***Kommentar des Herausgebers Hansjörg Ebell zur Kasuistik von Paul Meyer und Elke Tuschen-Bürger***

Therapieresistente chronische Phantomschmerzen – im vorgestellten Fall bei Therapiebeginn in Folge eines 15 Jahre zurück liegenden Unfalls – gehören sicherlich zu den schwierigsten Aufgaben, die es in der Schmerztherapie gibt. Es geht in der Regel um eine hoch komplexe Kombination von Schmerz- und Missempfindungen im noch vorhandenen Stumpf (bei Gliedmaßen) und im Phantom, d.h. dem nicht mehr vorhandenen Körperteil. Schmerzen im Phantomglied werden sowohl als Folge eines Inputs über Nervenfasern aus der Peripherie (Stumpf) erklärt als auch durch eine veränderte Verarbeitung dieser Informationen (Verschaltung und Repräsentation) in Rückenmark und Gehirn. Auch psychophysiologische Veränderungen als Folge einer Traumatisierung durch das Unfallgeschehen spielen sicherlich eine große Rolle. Burkhard Peter (2009) hat eine umfassende Darstellung dieser klinischen Problematik aus hypnotherapeutischer Perspektive mit Falldarstellungen vorgelegt.

Die Herausforderung für jegliches psychotherapeutische Vorgehen besteht darin, länger anhaltende Besserungen und/oder Normalisierung der Empfindungen zu bewirken, was wohl nur möglich ist bei nachhaltigen Veränderungen der Repräsentation im Zentralnervensystem. Bei Herrn T. konnte durch Aufnahmen vor und nach Therapie gezeigt werden, dass die Beschwerdefreiheit des Patienten mit einer Rückkehr der mittels fMRT gemessenen Aktivität in den Bereich der Hirnrinde korreliert war, in dem diese bei gesunden Kontrollpersonen lokalisiert ist. Als Arzt und Hypnotherapeut, der 1983-93 eine der ersten interdisziplinären Schmerzambulanzen an einer Universitätsklinik mitgestalten konnte, scheint mir dies klinisch und grundlagenwissenschaftlich relevant. Da ich auch davon überzeugt bin, dass Paul Meyers Bewusstseinsforschungen (ich kenne und schätze seine Arbeit seit gut 20 Jahren) geeignet sind für eine kritische Reflexion der Phänomene, die wir als „Hypnose“ etikettieren, finden Sie in der diesjährigen Ausgabe ausnahmsweise eine Falldarstellung mit „Imaginativem Resonanz Training“ (IRT).

Wie bei der therapeutischen Hypnose sind solche ungewöhnlichen klinischen Ergebnisse nicht denkbar ohne das Wirken einer zu Grunde liegenden homöostatischen Regulation: ein über Millionen Jahre Entwicklungsgeschichte organismischen Lebens auf diesem Planeten in all seiner Vielfalt erprobtes Regelwerk. Diese Matrix kann durch gravierende Ereignisse – insbesondere auch durch seelische Auswirkungen von persönlichen Erfahrungen im Verlauf des Lebens – „gestört“ und/oder „unterdrückt“

### *Imaginatives Resonanz Training*

werden. Therapeutisch gesehen geht es also darum, dieses Steuerungssystem wieder im ursprünglichen Sinn regulatorisch wirksam werden zu lassen. Da eine solche Änderung nicht durch aktiv-willentliches Bemühen bewirkt werden kann, können „nur“ Impulse gegeben werden, z.B. durch IRT und/oder durch Hypnose - und in der Folge „geschieht es“.

Alle Vorstellungsübungen des IRT werden mit offenen Augen durchgeführt während hypnotherapeutisch die Hinwendung zur „inneren“ Vorstellungswelt (möglichst mit allen Sinnesqualitäten) und die Abwendung von der „äußeren“ Realität in der Regel durch Induktions- und Vertiefungstechniken gefördert werden, die auf einen Augenschluss hinarbeiten. Gemeinsam ist beiden Vorgehensweisen, dass Zustände veränderten Bewusstseins angestrebt werden. Im IRT kommt es dabei – wie bei Meditation und Achtsamkeitsübungen – darauf an, nichts beeinflussen zu wollen, „alles kommen zu lassen“, auch und gerade wenn präzise Anweisungen gegeben werden (z.B. im oben geschilderten Teilzyklus mit der Aufforderung, die Zehen zu spreizen und zu krallen). Ein wesentlicher Unterschied besteht auch darin, dass der veränderte Bewusstseinszustand nicht durch Suggestionen „vertieft“ und/oder bestimmte Aspekte des Erlebens therapeutisch „utilisiert“ bzw. gefördert werden. Nein, buchstäblich „alles“ wird freundlich entgegen genommen und mit ermutigendem „Mmh“ o.ä. im Fluss gehalten, bis die subjektive Erfahrung des Klienten im Kontext der Anweisungen sich nicht mehr verändert und dann als „stabil“ zurückgemeldet und der jeweilige Abschnitt durch eine Bestätigung des Übungsleiters beendet wird. Auch wenn eine Sitzung insgesamt mehrere Stunden dauern kann, werden die Teilzyklen in einem solchen Prozess bzw. Austausch spontan immer schneller und können Minuten oder gar nur Sekunden dauern, so dass der Übungsleiter „aus dem Weg gehen muss, um nicht mit seinen Bestätigungen zu bremsen oder gar zu stören“. Zum Abschluss jedes Zyklus erfolgt die Aufforderung (Suggestion), den vorgestellten Körper/Körperteil, so wie er/es stabil erscheint, in den realen Körper hinein zu nehmen. Intensive psychophysiologische Veränderungen sind die Folge („Resonanz“).

Die ergänzende Fallgeschichte von Tuschen-Bürger zeigt nicht nur das therapeutische Potential einer kreativen Kombination aus Hypnose und IRT. Sie verdeutlicht darüber hinaus den hohen Stellenwert der therapeutischen Kommunikation: Es macht einen großen Unterschied, ob eine medizinisch indizierte Medikation engagiert mit unterstützenden Angeboten verbunden wird, die dem Patienten Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen, oder ob Tabletten in passiver Erwartungshaltung eingenommen werden. Für die von der unheilbaren Parkinsonerkrankung betroffene Patientin resultierte daraus nicht nur ein relevantes Plus an motorischer Kompetenz und Leistungsfähigkeit sondern auch eine deutlich erhöhte Lebensqualität.

Milton H. Erickson, dessen Lebenswerk eine Schatzkiste voller ausführlicher Darstellungen individueller Fallbeispiele zu vielfältigen Aspekten der therapeutischen Beziehung und Kommunikation ist, beschreibt das Wesen der Hypnose pragmatisch und demystifizierend folgendermaßen (1981, S.128): „Hypnose ist im Grunde nichts

*Paul Meyer*

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 und somit motiviert ist, seine eigenen körperlichen Potentiale für die Kontrolle seiner psychischen und physischen Reaktionen und Verhaltensweisen zu explorieren.“

Dies gilt uneingeschränkt auch für die konzentrierte Aufmerksamkeit, die Menschen beim „Imaginativen Resonanz Training nach Paul Meyer“ gewidmet wird. Wie bei der therapeutischen Hypnose begegnen sich dabei zwei Menschen bzw. sich ergänzende und gegenseitig bedingende subjektive Wahrnehmungen (Realitätskonstruktionen, Formen von Bewusstsein, ...) in den Rollen von Therapeut/Übungsleiter und Patient/Klient. Begegnung und Zusammenarbeit schaffen Bedingungen (Möglichkeitenräume), wodurch sich das o.g. Regulationssystem erholen und seine ursprüngliche Regenerationskraft und -kompetenz zurückgewinnen kann. Dieser Prozess kann nicht nur, sondern soll möglichst noch durch eigenes Üben fortgesetzt, vertieft und weiterentwickelt werden – wie in der Hypnotherapie mit chronisch Kranken (Ebell, 2010). Die erfolgreiche Übernahme von Verantwortung in angemessenem Umfang durch die Betroffenen führt durch veränderte Selbstwahrnehmung zu noch besserem Coping (Selbstmanagement): Sie werden zu Beteiligten an einem objektiv angemessenen und subjektiv zufriedenstellenden Gesamt-Therapiekonzept. Die damit verbundene Stärkung der Selbstkompetenz und entsprechende Selbsteffizienzerfahrungen ermöglichen eine „System“-Reorganisation und wirken sich über Symptome lindernde Effekte hinaus emanzipatorisch und heilsam aus. Dieses Modell ist in zeitgenössischen Therapieparadigmen wissenschaftlich fundiert und eine mögliche, schlüssige Erklärung dafür, dass mittels fMRT messbare Veränderungen der Repräsentation im Gehirn gemessen werden können; nachhaltige Veränderungen, die (nota bene) durch psychotherapeutische Interventionen – sei es nun IRT, therapeutische Hypnose oder andere – ermöglicht wurden.

*Hansjörg Ebell*

## **Literatur**

- Ebell H. (2010). Hypnose und Selbsthypnose als wesentliche Elemente der therapeutischen Kommunikation mit chronisch Kranken. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 199–216.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1981). Die Veränderung sensorisch-perzeptiver Funktionen – Das Problem von Schmerz und Wohlbefinden. In *Hypnotherapie. Aufbau – Beispiele – Forschungen*. München: Pfeiffer.
- Peter, B. (2009). Phantomgliedschmerzen. In D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 612-621). Heidelberg: Springer.

## Buchbesprechungen

**Piesbergen, C. (2012) Die Wirkung von standardisierter Hypnose auf den Blutdruck. Verlauf des arteriellen Blutdrucks in Hypnose. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 130 Seiten, Preis: 66,80 €, ISBN 978-3-8300-6378-0**

Vorgelegt wird ein Forschungsbericht, der über Effekte des hypnotischen Zustandes auf den Blutdruck und davon abzuleitende Therapiemöglichkeiten berichtet. Dazu wurden 144 Probanden in einer kontrollierten Laborstudie untersucht. Während der Darbietung der deutschen Version der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility wurden in Einzeluntersuchungen die Herzfrequenz und mehrere Blutdruckwerte noninvasiv kontinuierlich registriert. Die Stichprobe wurde apriori dichotomisiert: Normotoniker vs (Grenzwert-)Hypertoniker. Post hoc wurde die Stichprobe entsprechend ihrer Hypnotisierbarkeit, Ängstlichkeit und Absorptionsfähigkeit (absorptionsfähig vs stressanfällig) geteilt.

Normotoniker profitieren von der Hypnose gleichermaßen wie Hypertoniker. Eine generelle und nachhaltige Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks konnte nicht nachgewiesen werden. Vielleicht liegt der Befund daran, dass keine störungsspezifische Hypnose zur Anwendung kam. - Zahlreich sind aber die Ergebnisse zur Hypnotisierbarkeit und Suggestibilität: Unterschiede zwischen den Geschlechtern, dem Schlaf-Wach-Zyklus, der Händigkeit, Vorferfahrungen mit Hypnose und Entspannung, des Alters der Probanden und der Tageszeit der Untersuchung sind nur zufällig.

Bei der Lektüre des Textes sollte Aufmerksamkeit erzeugen, dass entsprechend den Befunden Suggestibilität/Hypnotisierbarkeit eine mehrdimensionale Disposition ist, die mindestens 3 Faktoren konstituiert. Sie korreliert zudem kaum mit anderen Persönlichkeitsfaktoren.

Die Arbeit in toto beurteilend ist zuerst festzustellen, dass der Autor eine brillante Strategie der Datenauswertung angewandt hat. Wenn die Stichproben so zusammengestellt worden wären, dass die Blutdruckwerte der Normotoniker und der Hypertoniker weit voneinander entfernt liegen, wären dann die Wirkungen der Hypnose größer gewesen? Und: Wenn der therapeutische Fokus der Hypnose spezifischer auf den Blutdruck abgestimmt worden wäre, könnten dann deutliche Hypnoseeffekte festgestellt werden? Kurzum: Die Arbeit fordert zu weiteren Forschungen dieser Art heraus. Sie sei allen auf dem Gebiet der Hypnoseforschung Tätigen und Interessierten zur Lektüre sehr empfohlen.

O. Berndt Scholz (Bonn)

**Patterson, D.R. (2010). Clinical Hypnosis for Pain Control. Washington , D.C.: American Psychological Association. 275 p. Preis: 58,00 USD. ISBN: 13: 978-1-4338-0768-8**

Der renommierte Schmerzforscher und Hypnotherapeut David Patterson hat ein breit angelegtes Grundlagenbuch für die Behandlung akuter, perioperativer, und chronischer Schmerzen mit Hypnose sensu Milton Erickson verfasst. Der Schmerzbehandlung legt er ein bio-psycho-soziales Modell zugrunde.

In den ersten beiden Kapiteln führt er in die physiologischen und psychologischen Grundlagen und Theorien des Schmerzes ein – auf neuestem wissenschaftlichem Stand. Dann wendet er sich der klinischen Forschung und der Hypnose als Evidenz-basiertem Verfahren zu, stellt die aktuelle Befundlage für verschiedene Schmerztypen dar und verweist auf weiteren Forschungsbedarf.

Im nächsten Kapitel stellt der Autor den hypnotherapeutischen Ansatz von Milton Erickson dar und beschreibt anschließend dessen Anwendung bei Schmerz. Im 6. und 7. Kapitel geht er auf die konkrete Behandlung von akutem und chronischem Schmerz ein. Er zeigt Hypnose als innovativen Zugang zu unbewussten Ressourcen, die zur Reduzierung, Dislokalisierung und Dissoziation des Schmerzes in einer großen Anzahl klinischer Settings nutzbar sind, von der Akutbehandlung, über die Reha bis hin zur ambulanten Therapie. Der Autor geht auf die Bedeutung von Krankheitsüberzeugungen, maladaptivem Coping, Katastrophieren, Schlafstörungen, Ängsten und Depressionen, sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit chronischem Schmerz ein und integriert den Achtsamkeits-basierten Ansatz in die hypnotherapeutische Behandlung von Schmerz.

Im letzten Kapitel kombiniert er das Motivationale Gespräch (Motivationales Interview MI) – einen Ansatz der Kurzzeittherapie, wie er in der Suchttherapie zur Veränderungsmotivation angewendet wird – mit Hypnose und schafft dadurch einen neuen innovativen Ansatz in der Schmerztherapie.

Das Buch ist übersichtlich strukturiert und in einer klaren und präzisen Sprache geschrieben. Es enthält viele kommentierte Tranceskripte als Vorlagen, die für den jeweiligen Patienten modifiziert werden können. Im Anhang befinden sich weitere ausführliche Tranceskripte für verschiedene Hauptanwendungsbereiche (Kopfschmerz, Fibromyalgie, Tumorschmerz, Brandschmerzen und neuropathische Schmerzen). Das Buch bietet einen Überblick zum Stand der Forschung und dient dem Praktiker als Anleitung und Anregung für die Behandlung von Schmerzpatienten mit Hilfe der Hypnose.

Fazit: Das Buch ist eine hervorragende Quelle zur hypnotherapeutischen Schmerztherapie für Praktiker und Forscher. Die Bedeutung von Hypnose für die Behandlung unterschiedlichster Schmerzen wird durch die wissenschaftliche Befundlage immer deutlicher und es gibt eine wachsende Akzeptanz für ihre evidenzbasierte Anwendung. Das Buch ist wissenschaftlich fundiert, sehr differenziert in der Schmerz-Ätio-

### *Buchbesprechungen*

logie, verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und ist in seiner Zusammenstellung erprobt. Es kann mit Gewinn als Adjunkt verschiedener Therapien zur Behandlung des Schmerzes eingesetzt werden. Für Schmerztherapeuten absolut empfehlenswert!

Anmerkung: Zeitgleich mit Patterson hat auch sein Kollege Jensen (im letzten Heft dieser Zeitschrift rezensiert) ein wichtiges Buch zur Schmerzbehandlung mit Hypnose vorgelegt (dessen erster Teil 2012 im Carl Auer-Verlag auf Deutsch erschienen ist). Wie sind nun die beiden Werke im Vergleich einzuschätzen? Jensens Werk ist ein Behandlungsmanual des chronischen Schmerzes mit einem Patientenbuch. Pattersons Buch ist grundlegender, es rollt die Befundlage sehr breit auf und bezieht sich auf den akuten und den chronischen Schmerz. Außerdem arbeitet er den Ansatz von Milton Erickson explizit heraus. Beide Bücher ergänzen sich daher ausgezeichnet.

Juliana Matt (Berlin)

**Scholz, O. Berndt (2011). Hypnotherapie bei chronischen Schlafstörungen. Verlag Hans Huber, Bern, 240 S., € 29,95, ISBN 978-3-456-84958-4**

Dieses Buch gibt eine umfassende Darstellung der Hypnotherapie zur Behandlung chronischer Schlafstörungen. Es beschreibt deren Diagnostik und das spezifische therapeutische Vorgehen im Gesamtkonzept einer Psychotherapie. Dem Autor gelingt es dabei, Theoriekompetenz und wissenschaftlich fundierte Praxis in anschaulicher Weise zusammen zu führen.

Das Buch thematisiert in acht Kapiteln

- neurobiologische Fakten gesunden und gestörten Schlafes,
  - Taxonomien von Schlafstörungen
  - diagnostische Zugänge und Methoden im Hinblick auf die Besonderheiten der Schlafstörungen
  - Formalia, Ablauf und Prozessmerkmale der Hypnotherapie,
  - hypnotherapeutische Stilelemente, wie sie in direkten und indirekten Suggestionen, Aphorismen, Anekdoten gebraucht werden; Formulierung hypnotherapeutischer Texte,
  - Anwendung hypnotherapeutischer Texte (Cover Stories) für spezifische Probleme Schlafgestörter.
  - flankierende Maßnahmen, insbesondere Schlafhygiene und Schlafedukation,
- Jedes Kapitel wird mit einem Resümee und mit Literaturangaben abgerundet.

Das Buch liest sich leicht und ist ausgesprochen „anwenderfreundlich“ auch durch seine grafische Gestaltung, seine zahlreichen Abbildungen, Tabellen und Formulierungsbeispiele. Der Leser behält dabei jederzeit den Überblick über die durchaus komplexe Materie und wird durch den eingängigen Schreibstil des Autors motiviert, das Buch in relativ kurzer Zeit durchzuarbeiten – und das Gelernte schließlich auch



anzuwenden. Der Rezensent machte bei seinem nächsten Schlafpatienten sogleich die Probe auf's Exempel. Sie fiel überzeugend positiv aus.

Zur unmittelbaren Anwendbarkeit des Buchinhaltes tragen nicht zuletzt die Handreichungen im Anhang bei. Hier finden sich Fragebögen zur Vorbereitung des Patienten auf das Erstgespräch, zu seinen Auffassungen bezüglich des Schlafes und der Hypnose, zur Schlafanamnese, zwei Schlaftagebücher, Ein- und Durchschlaf Tipps, sowie eine umfassende Information zur Schlafedukation.

Die Lektüre des Buches macht Einsteiger neugierig, sich in die Hypnotherapie und in das sehr häufige Störungsbild einzuarbeiten. Für den erfahrenen Therapeuten bietet O. B. Scholz eine hilfreiche Synopsis und eine Vielzahl von Anregungen für das kreative Arbeiten.

Ein Alleinstellungsmerkmal des Buches ist die Beilage eines Audio-Datenträgers mit vom Autor gesprochenen hypnotherapeutischen Texten, die spezifische Aspekte der Störung und der Rückgewinnung eines störungsfreien Schlafes fokussieren. Diese CD dient dem Training der Therapeuten und hilft ihnen, auf ihre Patienten persönlich abgestimmte CDs (für deren Selbsthypnose) zu gestalten. Einige der Texte auf der CD sind mit Hintergrundmusik unterlegt; drei von ihnen können im Buch nachgelesen werden.

Die Arbeit von O. B. Scholz ist ein gelungenes Beispiel dafür, wie Wissenschaft auf ein Therapiethema stringent angewandt werden kann. Dem Rezensenten ist kein Buch zum Thema Schlafstörungen bekannt, das in seinem Aufbau, seinen Inhalten und in seiner anwendungsorientierten Darstellung dem vorliegenden Werk vergleichbar ist.

Wilhelm Gerl (Jachenau)

**Schiepek, G. (Hrsg.) (2010) Neurobiologie der Psychotherapie, 2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 542 Seiten mit 173 Abbildungen und 15 Tabellen, gebunden, Stuttgart: Schattauer, Preis: 119,00 €; ISBN: 978-3-7945-2674.1**

Auf Descartes geht die Auffassung des psychophysischen Parallelismus zurück, also zwischen Körper und Geist zu trennen. Davon ausgehend entwickelten sich eher geisteswissenschaftlich (phänomenologisch) inspirierende und primär naturwissenschaftlich (empirisch) orientierte psychotherapeutische Ansichten weitgehend getrennt voneinander. Seit einigen Jahrzehnten laufen nun beide Wege aufeinander zu. Psychische Störungen, psychosoziale Probleme oder ökologisch-ökonomische Belastungen des Menschen werden mit Veränderungen im neuronalen Substrat in Zusammenhang gebracht. Es ist das Verdienst des Herausgebers, diesbezüglich eine ebenso faszinierende wie gründliche und vielseitige Bestandsaufnahme dieses in die Zukunft weisenden Gegenstandsgebietes der Psychotherapie vorgelegt zu haben. Da-

## *Buchbesprechungen*

bei unterstützen ihm mehr als einhundert teilweise international bekannte Autoren.

Im Anschluss an einem Einleitungsteil, in dem auch neurobiologische Effekte von Psychotherapie referiert werden, nehmen derzeit moderne Forschungsmethoden (Magnetresonanztomografie, Positronenemissionstomografie, EEG und deren Kombinationen bzw. Variationen, aber auch molekular-neurobiologische Neuroplastizität, Psychoneuroimmunologie und -endokrinologie) Darstellungen den ihnen gebührenden Platz ein. Im Kapitel „Das Gehirn als komplexes System“ werden sie Selbstorganisation, Dynamic Causal Modelling, die Komplexität und nichtlineare Dynamik von EEG und MEG sowie die Synergetik von Gehirnfunktionen abgehandelt.

Gebührender Platz ist der Neurobiologie psychischer Funktionen eingeräumt worden. Das betrifft Emotionen, Gedächtnis, Ich- und Selbst-Bewusstsein, Hypnose, sozial-kognitive Leistungen, die Funktion von Spiegelneuronen, sozio-emotionale Bindungen, Therapeuten-Patienten-Beziehungen, Regularitäten und Chaotizitäten psychotherapeutischer Interaktionen und schließlich einen Diskurs über biologische Betrachtung zum Thema Gehirnkrankheiten oder Beziehungsstörungen.

Für den wissenschaftlichen Praktiker dürfte der Teil besonderes Interesse wecken, der sich mit der Neurobiologie psychischer Störungen im Kontext der Psychotherapie beschäftigt. Ängste und Phobien, Depressionen, Zwangsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Schizophrenie, Sucht und Suchttherapie, Somatoforme Störungen, Schmerz, Essstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und ADHS werden zwar primär forschungsbezogen abgehandelt. Immer dort, wo praktische Anwendungen studienbezogen oder erfahrungsbedingt vorliegen, werden diese aber konkret und nachvollziehbar beschrieben.

Am Beispiel des psychotherapeutischen Managements, des Neurofeedback, der desynchronisierenden Hirnstimulation und der Psychopharmakotherapie werden operative Kenntnisse vermittelt. Das umfangreiche Werk schließt ab mit wissenschaftstheoretischen und ethischen Reflexionen über die Anwendung neurobiologischer Methoden in der Psychotherapie.

Bei der Breite und Themenvielfalt sollte man als Rezensent aufpassen, sich mit Urteilen über das vorliegende Werk nicht allzu freimütig festzulegen. Deswegen wurde in dem 22 Seiten umfassenden Sachverzeichnis nach Begriffen Ausschau gehalten, die für Hypnose und Hypnotherapie relevant sind, wie beispielsweise Entspannung, Trance, Hypnose, Mind Reading, neuronale Netze, implizites Lernen, Interozeption und auch Unbewusstes. Alle diese Begriffe waren vertreten, und die dazu mitgeteilten Informationen waren mindestens befriedigend.

Man kann das Werk getrost als ein Handbuch bezeichnen, das Standardcharakter hat. Sowohl praktisch als auch forschend tätige Hypnotherapeuten profitieren von der immensen Breite der neurobiologischen Befunde. Ihre Vermittlung wurde gut nachvollziehbar zu Wege gebracht. Der Verlag hat die Texte und Abbildungen mit Sorgfalt aufbereitet und so zum Gelingen einer interessanten, instruktiven und vorwärts weisenden Literatur beigetragen. Hypnotherapeuten, die Hypnose nicht nur als psycho-

therapeutisches Handwerk verstehen, sollten diesen Band in ihrem Bücherregal stehen haben - auch wenn das Werk nicht gerade preiswert ist.

O. Berndt Scholz (Bonn)

**Riegel, B., & Gerl, W. (2012); Nachhaltige Raucherentwöhnung mit Hypnose – Therapie-Manual für Einzelne und für Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta, 200 Seiten, ISBN: 978-3-608-89126-3, Preis: 24,95 €.**

Raucherentwöhnung ist ein häufiges Einsatzgebiet der Hypnotherapie und wird von Betroffenen oft nachgefragt. Das Buch von Riegel und Gerl stellt Grundlagen eines manualisierten Vorgehens dar und kann dem Anwender daher eine wichtige Hilfestellung für die Behandlungsplanung und –durchführung sein.

Im ersten Teil des Therapiemanuals geben die Autoren einen Einblick in aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse der chemischen und hirnpfysiologischen Prozesse bei der Tabakabhängigkeit. Zudem betrachten sie diese Suchterkrankung aus der Perspektive der bedeutenden psychotherapeutischen Schulen und liefern relevante Fakten zu Prävalenzen des Tabakkonsums in Abhängigkeit soziodemographischer Konsumenmerkmale. Abschließend schildern Riegel und Gerl die Prämissen hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung von der Grundhaltung und Orientierung des Therapeuten bis hin zu den Wirkfaktoren hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung. Mit ihren stilistisch sehr gut lesbaren Ausführungen stellen die Autoren ein aktuelles und notwendiges Hintergrundwissen für eine erfolgreiche Entwöhnungstherapie bereit.

In einem eigenen Kapitel wird das von Gerl entwickelte Verfahren zur Raucherentwöhnung ausführlich erläutert. Damit werden die Grundlagen für die erfolgreiche Durchführung einer hypnotherapeutischen Entwöhnungsbehandlung anwendungsorientiert beschrieben. Das Konzept heißt SMOKEX® und basiert auf dem therapeutischen Ansatz von M. H. Erickson. Der Zugang für die Behandlung ist ressourcenorientiert, die therapeutische Hypnose und insbesondere geeignete Selbsthypnose-Techniken werden gezielt eingesetzt, um unbewusste Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten zu mobilisieren. SMOKEX® berücksichtigt neben aktuellen Erkenntnissen der Suchttherapie auch neuropsychologische und lerntheoretische Aspekte. In Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Literatur erfolgt die Entwöhnung mit der SMOKEX®-Methode innerhalb von vier bis fünf Sitzungen, wobei sich der Klient zwischen den Sitzungen durch Selbsthypnose auf den Tag vorbereitet, an dem er schließlich vollständig aufhört zu rauchen. Es handelt sich somit nicht um eine schrittweise Reduktion der Zigarettenzahl, sondern um das Absetzen der Zigarette zum richtigen, bewusst wie unbewusst stimmigen Zeitpunkt. Als hilfreich und nützlich erscheinen die Anleitungen zur praktischen Durchführung und ein Behandlungsmanual auch für Gruppen sowie die Möglichkeit, auf Behandlungsmaterial und Patienten-Handouts

### *Buchbesprechungen*

problemlos online zugreifen zu können. Auf der Homepage des Verlags sind alle nötigen Dokumente als PDF-Formulare für den Leser hinterlegt. Eine Zugangsanleitung wird in dem Buch mitgeteilt.

Besonders interessant wird das Manual durch die wissenschaftlich fundierte Evaluation der Wirksamkeit der SMOKEX<sup>®</sup>-Methode, die in einem abschließenden Kapitel ausführlich dargestellt ist. Um den klinischen Alltag möglichst gut widerzuspiegeln, wurden die Klienten regulär gegen das übliche Honorar behandelt. Um die nachhaltige Wirksamkeit der SMOKEX<sup>®</sup>-Methode zu überprüfen, wurden die Follow-Up-Daten nach 12 Monaten erhoben. Von 95 ursprünglich in die Studie eingeschlossen Klienten lagen ein Jahr nach Durchführung der Entwöhnung von 75 Klienten vollständige Daten vor. In Übereinstimmung mit internationalen methodischen Standards wurden die Daten gemäß der „Intention to treat-Analyse“ ausgewertet, d.h. die Daten aller Klienten wurden in den Analysen berücksichtigt. Eine solche konservative Messung verhindert eine Überschätzung der Wirksamkeit der Behandlung, da auch die Daten von Klienten, die die Entwöhnung nicht oder nur teilweise absolviert haben (niedrig motivierte Klienten) in die Analysen eingehen. Bei Anwendung dieser Kriterien betrug die Abstinenzquote bei SMOKEX<sup>®</sup> zum Ende der Behandlung 53% und nach einem Jahr 33%. Im Vergleich mit den Ergebnissen anderer Methoden (VT, andere hypnotherapeutische Tabakentwöhnung) sind die Ergebnisse der SMOKEX<sup>®</sup>-Methode als sehr gut zu bewerten. Von den Klienten, die die SMOKEX<sup>®</sup>-Behandlung planmäßig absolvierten, sind sogar 61% unmittelbar nach Therapie und 40% ein Jahr nach Therapieabschluss rauchfrei. Die wissenschaftliche Evaluation erlaubt Klienten und Behandlern bereits vor der Aufnahme einer Raucherentwöhnung eine realistische Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit.

Das Buch richtet sich an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die die therapeutische Hypnose nutzen und ihre Kompetenzen erweitern wollen.

Astrid Althaus (Hamburg)