

Selbsthypnose als ergänzendes Therapieangebot für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung *)

Hansjörg Ebell

Hintergrund: Für die Behandlung starker Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung ist nicht nur eine exakte Diagnostik objektiver Ursachen (z.B. Tumorwachstum) erforderlich, sondern man muss auch das subjektive Erleben bzw. Leiden der Patienten (Ängste, Erschöpfung usw.) berücksichtigen. Auf der Basis einer medikamentösen Therapie nach WHO-Richtlinien können Hypnose und Selbsthypnose die Schmerzkontrolle durch Förderung individueller Copingfähigkeiten optimieren.

Methoden: 1988-91 wurde in der interdisziplinären Schmerzzambulanz im Universitätsklinikum Großhadern (München) allen Patienten mit einer Krebserkrankung angeboten, Selbsthypnose zu erlernen; dazu diente eine auf Tonband gesprochene Anleitung des Verfassers. Schmerztagebuchdaten und Tests wurden über 10 konsekutive Wochen erhoben. Nach einer Dosisfindungsphase von 2 Wochen für die medikamentöse Schmerztherapie wurden die Patienten randomisiert einer von zwei Behandlungsabfolgen (AB oder BA) zugeteilt: 4 Wochen Behandlung A (Selbsthypnose zusätzlich zur medikamentösen Therapie) und 4 Wochen Behandlung B (medikamentöse Therapie alleine). Zur gruppenstatistischen Auswertung wurde ein 2-Perioden-Crossover-Design mit zwei Behandlungsarmen verwendet. Zur Ermittlung der Interdependenz der Tagebuchangaben bzw. zur Identifikation von individuellen Copingstrategien wurden uni- und multivariate ARIMA-Zeitreihenanalysen durchgeführt. Als Suggestibilitätstest wurde die klinische Stanfordskala für Erwachsene (SHCS/A) eingesetzt.

Ergebnisse: Von 342 Patienten (Erhebungszeitraum: 15 Monate) waren 102 an Selbsthypnose interessiert; davon unterzeichneten 61 „informed consent“; von diesen erfüllten - trotz Progression der Krebserkrankung bzw. Belastungen durch die Therapie - 32 Patienten alle Studienkriterien. Das Ergebnis des Crossover zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen Behandlung A und B. Bei Einbeziehung der Ausgangswerte aus der Vorperiode (exploratorische Daten-analyse im Paralleldesign, Mann-Whitney-Rangsummentest) wurden in den beiden Hauptzielkriterien „Schmerzintensität“ und „Leiden“ signifikante Unterschiede zu Gunsten der Behandlungsphase mit Selbsthypnose gefunden.

Schlussfolgerung: Selbsthypnose verbessert die Schmerzkontrolle von Patienten mit einer Krebserkrankung über die Effekte einer wirksamen medikamentösen Schmerztherapie hinaus bzw. fördert das individuelle Coping. Summenstatistische Berechnungen und individueller Krankheitsverlauf, Forschungsmethodik und therapeutische Beziehung beinhalten sehr unterschiedliche Perspektiven auf das gleiche Geschehen. Es bedarf intensiver Kommunikation und gegenseitiger Abstimmung von Forschungsmethodikern und Klinikern, um die Wirksamkeit von Selbsthypnose kontrolliert prospektiv zu untersuchen, ohne die notwendige therapeutische Beziehung zu belasten oder gar zu gefährden.

(English abstract at the end of text file)

*) Gefördert durch die Deutsche Krebshilfe / Mildred Scheel Stiftung e.V.

Besonderer Dank an Prof. Klaus Peter, Dr. Antje Beyer, Dr. Thomas Kapsner und das Team.

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <i>Einleitung und Fragestellung</i> | <i>Seite 2</i> |
| <i>Patienten und Methoden</i> | <i>Seite 5</i> |
| <i>Ergebnisse</i> | <i>Seite 8</i> |
| <i>Diskussion</i> | <i>Seite 12</i> |
| <i>Zum Spannungsfeld von Forschungsmethodik Und therapeutischer Beziehung</i> | <i>Seite 14</i> |
| <i>Selbsthypnose als individuelle Ressource</i> | <i>Seite 15</i> |
| <i>Text der Selbsthypnoseanleitung der Studie (Tonband)</i> | <i>Seite 17</i> |
| <i>Literaturverzeichnis</i> | <i>Seite 18</i> |
| <i>English abstract</i> | <i>Seite 22</i> |

Einleitung

Die Diagnose Krebs löst eine tief gehende existenzielle Krise aus, sowohl bei Betroffenen als auch ihren Angehörigen. Im Verlauf der Erkrankung ist abschnittsweise fast ausnahmslos - in fortgeschrittenen Stadien in der Regel auf Dauer - eine medikamentöse Schmerzbehandlung erforderlich. Für ein objektiv angemessenes und subjektiv zufriedenstellendes Gesamt-Therapiekonzept verdient nicht nur die exakte Diagnostik objektivierbarer Ursachen (Tumorzunahme bzw. Nozizeption, Nervenschädigung usw.) Aufmerksamkeit, sondern auch das subjektive Erleben der Betroffenen (Ängste, Erschöpfung, Depression usw.) muss mit einbezogen werden. Um Leiden zu lindern und die Patienten in ihren Coping-Bemühungen zu unterstützen, haben psychosoziale Unterstützungsangebote einen hohen Stellenwert. Einzelne positive Erfahrungen des Autors mit Hypnose (Ebell 1985) - seit 1983 in Schmerz-Konsiliar-dienst und -Ambulanz des Instituts für Anästhesiologie im Klinikum Großhadern der Universität München tätig - bestätigten Berichte und klinische Auffassungen in der Literatur (Barber & Gitelson 1980, Barber 1982). Der Nachweis der Wirksamkeit von Selbsthypnose für die Schmerzlinderung (Spiegel & Bloom 1983) sowie für andere relevante therapeutische Effekte (Spiegel et al. 1981) in einer kontrollierten Studie zur Begleitung von Brustkrebs-patientinnen gaben den Ausschlag, Spiegels folgende konzeptionelle Auffassungen zur klinischen Wertigkeit von Hypnose und Selbsthypnose (Spiegel 1985) der Studienkonzeption zu Grunde zu legen:

- Man kann Schmerzen haben, ohne darunter zu leiden**
- Man muss nicht bis zur Erschöpfung gegen Schmerzen ankämpfen, sondern kann Selbsthypnose verwenden**
- Man kann Schmerzwahrnehmungen verändern und - in Ausnahmefällen – mit Selbsthypnose sogar effektiv „kontrollieren“**

1987 wurde ein Förderungsantrag an die Deutsche Krebshilfe gestellt, um in einer kontrollierten Studie die Wirksamkeit von Selbsthypnose als supportivem Angebot zu prüfen - auf der Basis der klinisch bewährten medikamentösen Richtlinien der WHO (1986).

Klinische Forschungsfragen

- A:** Kann die Schmerztherapie (Medikamente nach WHO-Richtlinien) bei Patienten mit einer Krebserkrankung durch Selbsthypnose ergänzt und verbessert werden?
- B:** Ermöglicht eine standardisierte Anleitung zu Selbsthypnoseübungen (Tonbandaufnahme) den Patienten, individuelle Fähigkeiten zur Schmerzkontrolle zu entdecken und zu nutzen?
- C:** Wie wird das Angebot, zusätzlich Selbsthypnose zu erlernen, von Patienten aufgenommen bzw. angenommen?

Wissenschaftliche Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Konzeption der Studie

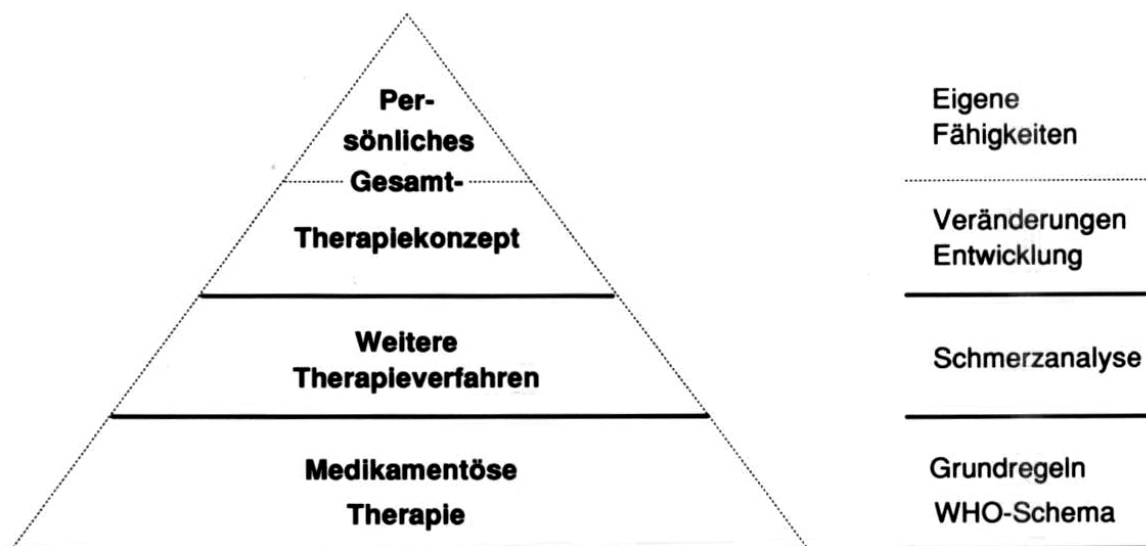
Milton Erickson hatte sehr beeindruckende Fallgeschichten (1959, 1966) und ein grundlegendes systematisches Referat auf dem ersten Kongress für Hypnose und Psychosomatische Medizin in Paris (1967) veröffentlicht. Dies und seine wegweisenden Arbeiten bzw. hypnotherapeutischen Konzepte, zusammengestellt von Haley (1967), dienten als Grundlage für Vorüberlegungen zur Studie. Sacerdote (1982) hat, neben eigenen Arbeiten (1965, 1970, 1982), vor allem die Ansätze Ericksons für die Schmerzproblematik bei Krebspatienten gewürdigt. In der grundlegenden Darstellung von Hilgard und Hilgard (1975) wird im Kapitel über die klinische Anwendung bei Krebserkrankungen in einer Fallgeschichte auf positive klinische Effekte der Hypnose über die Schmerzlinderung hinaus hingewiesen. In einem ersten Review aus psychosomatischer Sicht von Noyes (1981) waren nur zwei kleine Absätze zur Hypnose enthalten. Die Ausgaben zum 25-jährigen Bestehen des American Journal for Clinical Hypnosis (1982/83) und das Schwerpunktheft von Hypnose und Kognition (1984) fokussierten zwar das Thema Krebserkrankung, bis auf die Arbeit von Peter und Gerl (1984) enthielten sie aber nur wenige schmerztherapeutisch verwertbare Hinweise.

Aus Sicht der Schmerztherapie wurde die Hypnose als wirksame Möglichkeit angeführt (Orne & Dinges 1984, Orne 1985), allerdings ohne praktische Anleitung; wie überhaupt auch in den publizierten Fallgeschichten von den Autoren - mit Ausnahme von Milton H. Erickson - fast nie beschrieben wurde, welches konkrete Vorgehen als „Hypnose“ etikettiert wurde. Bei Orne (1984, S. 811) findet sich ein expliziter Verweis auf die Notwendigkeit die emotionalen und psychologischen Aspekte der Krebserkrankung in die Schmerztherapie mit einzubeziehen. Letzteres war zum damaligen Zeitpunkt in der Schmerztherapie in Deutschland noch nicht selbstverständlich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie war gerade erst eine „Schmerzexpertise“ erstellt worden (Zimmermann & Seemann 1986), die relevante Konzeptions- und Versorgungsdefizite konstatierte.

Einige prospektive klinische Untersuchungen zur Verwendung von Hypnose und Selbsthypnose in der Psychoonkologie, die damals schon vorlagen, sind noch zu erwähnen. Bezüglich Angst- und Schmerzkontrolle bei Kindern und Jugendlichen (Hilgard & LeBaron 1982, Zeltzer & LeBaron 1982, Kellerman et al. 1983) konnten relevante therapeutische Effekte demonstriert werden. Die hier vorliegenden quasi standardisierten Ausgangsbedingungen von wiederholten diagnostisch-therapeutischen Eingriffen (z.B. Rückenmarks- oder Knochenmarkspunktionen bei Leukämie) waren jedoch auf die Vielfältigkeit der schmerztherapeutischen Herausforderungen der onkologischen Patienten im Klinikum Großhadern nicht direkt übertragbar.

Zum Zeitpunkt der Studienantragstellung war generell - auch bei vielen Schmerztherapeuten - noch die Annahme vorherrschend, dass bei Krebserkrankungen für eine effiziente Schmerztherapie die Ausschaltung der Nozizeption, d.h. von „Schadensmeldungen“ aus der Körperperipherie, entscheidend und ausreichend sei. Neben Operationen, Bestrahlungen, Nerv zerstörenden Eingriffen u.ä. dienten dazu vor allem die Opiate. Von der heute in der Schmerztherapie selbstverständlichen Erkenntnis der Notwendigkeit interdisziplinärer und multimodaler Herangehensweisen sowie eines bio-psycho-sozialen Grundverständnisses (Egle et al. 2002, Basler et al. 1996) gingen nur wenige aus.

Eigene Erfahrungen in der langfristigen Begleitung von Patienten mit stärksten Schmerzen, die die höchst effektive, rückenmarksnahe Anwendung von Opiaten erforderlich machten (Ebell 1987, Rutka 1991) hatten mich früh eines Besseren belehrt bzw. von der unbedingten Notwendigkeit einer kontinuierlichen persönlichen Betreuung unter psychosomatischen Gesichtspunkten überzeugt. Unter dem Einfluss der Ericksonschen Grundannahmen, dass es immer darum geht, Ressourcen unserer Patienten zu erschließen und ihr individuelles Coping im Sinne einer verbesserten „Selbstwirksamkeit“ (Bandura, 1977) zu fördern, wurde darum das folgende klinische Gesamt-Therapiekonzept mit aufeinander aufbauenden Stufen (Ebell 1994) postuliert.



Die medikamentöse Therapie ist die breite Basis dieser Pyramide. Zusätzlich können spezielle medizinische Maßnahmen der Ausschaltung bzw. Verminderung nozizeptiver Meldungen von der Körperperipherie an das Zentrale Nervensystem dienen und/oder Schmerz hemmende Prozesse aktivieren, vermittelt über das Zentralnervensystem. Hierzu bedarf es einer genauen Analyse der objektivierbaren Bedingungen. Die Berücksichtigung von Veränderungen und Entwicklungen sowie die individuelle Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung und des Verhaltens beinhalten zusätzliche Optionen zur Optimierung einer Schmerztherapie. Als Spitze dieser Pyramide ist ausdrücklich das Einbeziehen persönlicher Fähigkeiten – als Ressource im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ – vorgesehen; im Fall unserer Studie durch die Anleitung zur Selbsthypnose bzw. deren selbständiger Verwendung durch die Patienten.

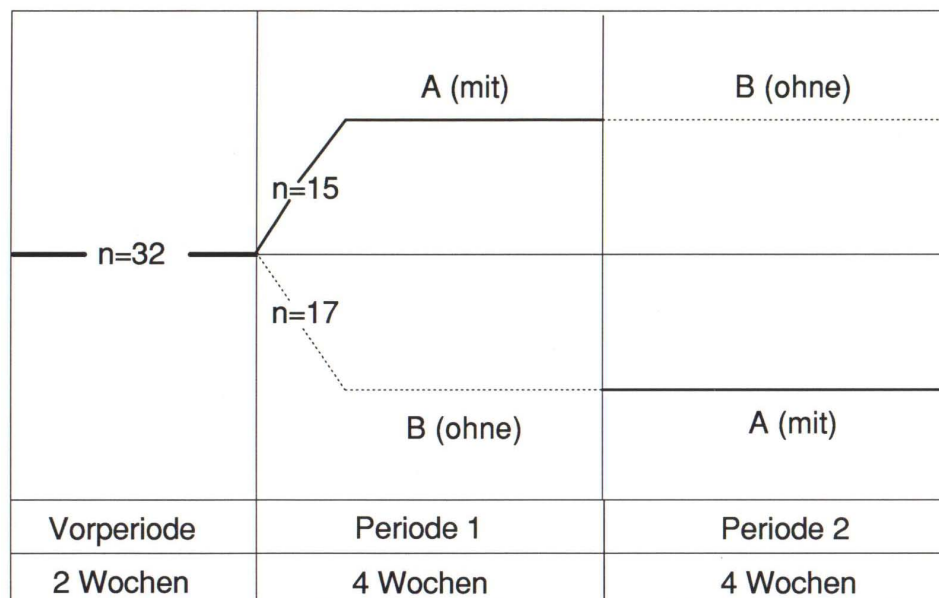
Patienten und Methoden

Nach einer Pilotphase zur intensiven klinischen Erprobung und Modifikation der auf Tonband gesprochenen Selbsthypnoseübung und der Dokumentationsinstrumente wurde über 15 aufeinander folgende Monate (1989-91) allen Patienten der Interdisziplinären Schmerzambulanz im Klinikum Großhadern der Uni München, bei denen eine Schmerzbehandlung auf Grund einer Krebserkrankung indiziert war (n=342), angeboten, Selbsthypnose zur Schmerzkontrolle zu erlernen. 102 Patienten zeigten sich interessiert. Von diesen unterschrieben 61 „informed consent“. 8 Patienten widerriefen die Zustimmung wegen „zu großer Belastung durch die geforderte tägliche Dokumentation“, 2 wurden wegen Lücken in ihren Angaben im Schmerztagebuch an mehr als drei aufeinander folgenden Tage aus der Auswertung ausgeschlossen und 19 Patienten konnten wegen Komplikationen durch die Behandlung bzw. Progression der Krebserkrankung die hohen Anforderungen der lückenlosen Dokumentation über 10 Wochen nicht mehr erfüllen. 32 Patienten erfüllten alle Studienkriterien.

Zur Erfassung der komplexen Verläufe und von Therapieeffekten wurde eine Mischung aus Selbsteinschätzung in Form von Tagebuchdaten (u.a. zur Intensität von „Dauerschmerzen“ und „Schmerzattacken“, zu „Leiden an den Schmerzen“ und „Stimmung“), Angaben zur körperlichen Aktivität und Häufigkeit von Selbsthypnoseübungen (mit Tonband oder selbstständig) und Fremdeinschätzung durch das betreuende Team (Tests, Medikation, Wochenprotokoll) gewählt.

Da wenige Messzeitpunkte bzw. einfache „Vorher-Nachher“-Messungen in der Schmerztherapie sehr großen Schwankungen unterliegen und zu große Fehlerquellen bergen, wurden zwei Perspektiven gewählt:

- Zum Einen eine **gruppenstatistische Datenanalyse zum Ausschluss individueller Besonderheiten** bzw. um die Signifikanz von Effekten der Intervention objektiv zu prüfen als **kontrollierte Studie bzw. 2 Perioden - Crossover Design**



Nach einer Baseline-Phase von 2 Wochen zur Ermittlung der optimalen medikamentösen Schmerztherapie wurde jeweils die Hälfte der Patienten randomisiert einem der beiden Arme zugeteilt: entweder Behandlungs-abfolge **AB** oder **BA**. **A** entspricht der Anwendung von Selbsthypnoseübungen (Tonbandanleitung und/oder selbstständig) zusätzlich zur medikamentösen Therapie für 4 Wochen, **B** einer 4-wöchigen rein medikamentösen Therapie.

- zum Anderen die **Erfassung der einzigartigen, individuellen Verläufe**, um signifikante Veränderungen zu identifizieren (**univariate Zeitreihenanalyse**). Darüber hinaus sollte zur Überprüfung der klinischen Bedeutung von „Selbstwirksamkeit“ bzw. des Copings die **Interdependenz einiger Variablen (multivariate Analyse)** untersucht werden. (Revenstorf & Keeser 1979, Box & Jenkins 1970).

Für Patienten mit sog. „**neuropathischen**“ **Schmerzen** wurde aus klinischen Erwägungen eine eigene Randomisierungsliste verwendet, da es zum Zeitpunkt der Studie für diese Schmerzsyndrome nur unzureichende medikamentöse Therapieoptionen gab. Wir nahmen darum an, dass - unabhängig von der Anwendung von Selbsthypnose - individuelle Fähigkeiten der Patienten Ausschlag gebend sein werden, wie gut sie mit dieser meist quälend empfundenen Art von chronischem Schmerz zurechtkommen.

Hauptzielkriterien waren die Werte für „Schmerzintensität“, „Leiden unter den Schmerzen“ und „Stimmung“, gemessen durch visuelle Analogskalen (VAS) in einem Schmerztagebuch (Seemann 1987, Schülin et al. 1989, Scholz 1995), ein Test für die Angstsymptomatik (State Trait Anxiety Index / STAI – Laux et al. 1981)) und die „Treppenstufe“ der medikamentösen Therapie nach WHO-Richtlinien (1986): von einer ersten Stufe (einfache Analgetika) über eine zweite (leichte Opiate) bis zur dritten Stufe (starke Opiate). Wegen der klinisch bedeutsamen Problematik des sog. „break through pain“ trotz ausreichender Dauermedikation wurden zwei VAS verwendet, für „Dauerschmerzen“ und „Schmerzattacken“. Beide Werte wurden zur Auswertung addiert.

Die Merkmale, die täglich während der zehnwöchigen Studie bestimmt wurden, wurden durch Mittelwertbildung über die letzten 14 Tage einer jeden Untersuchungsperiode für jeden Patienten von 70 Messpunkten auf 3 Messwerte reduziert. Anschließend wurden die statistischen Tests durchgeführt. Zur deskriptiven Auswertung (Basisstatistik, Mittelwertverläufe) wurde das Programmpaket EDA (Eigenentwicklung des Instituts für Med. Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der Ludwig Maximilians Universität München) verwendet; statistische Tests wurden mit dem Programmpaket BMDP gerechnet. Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05 verwendet (Überla & Kapsner 1991).

Zur Beurteilung der Wirksamkeit der Selbsthypnoseübungen wurden täglich erfragt „Wie gut sind Sie heute mit Schmerzen zurecht gekommen?“ sowie eine Einschätzung bzw. Vorhersage für den nächsten Tag: „Wie sehr glauben Sie morgen, mit den Schmerzen zurecht zu kommen?“. Zur Prüfung der Hypothese, dass die Erfahrung von Selbsteffizienz bzw. ein verbessertes Coping der Patienten die Qualität und Intensität ihrer Schmerzen beeinflussen kann, wurden die VAS-Werte von „Schmerzintensität“, „Leiden“, „Stimmung“ und „Vorhersage“ auf ihre Interdependenz untersucht (multivariate Zeitreihenanalyse).

Als **Suggestibilitätstest** wurde bei allen Patienten die klinische Stanford Skala für Erwachsene (SHCS(A) - Morgan & Hilgard 1978/79) durchgeführt. Dem Behandlungsteam wurde das Testergebnis - von „hoch“ (maximal 5) bis „nicht suggestibel“ (0 Punkte) - nicht mitgeteilt, um keine Voreingenommenheit zur wahrscheinlichen Wirksamkeit der untersuchten Intervention Selbsthypnose zu schaffen. Ein Doktorand führte den Test, bis auf 2 Ausfälle wegen organisatorischer Probleme, bei allen Studienteilnehmern vor Behandlungsbeginn durch (Senftl 1994). Die Patienten erhielten als *standardisierte Intervention* zu Beginn (Phase A) ein tragbares Tonbandgerät (sog. „Walkman“) mit der *Anleitung für eine Selbsthypnoseübung*, gesprochen vom Projektleiter (Ebell, 1996, S. 103-105 und auf Seite 16 dieses Manuskripts).

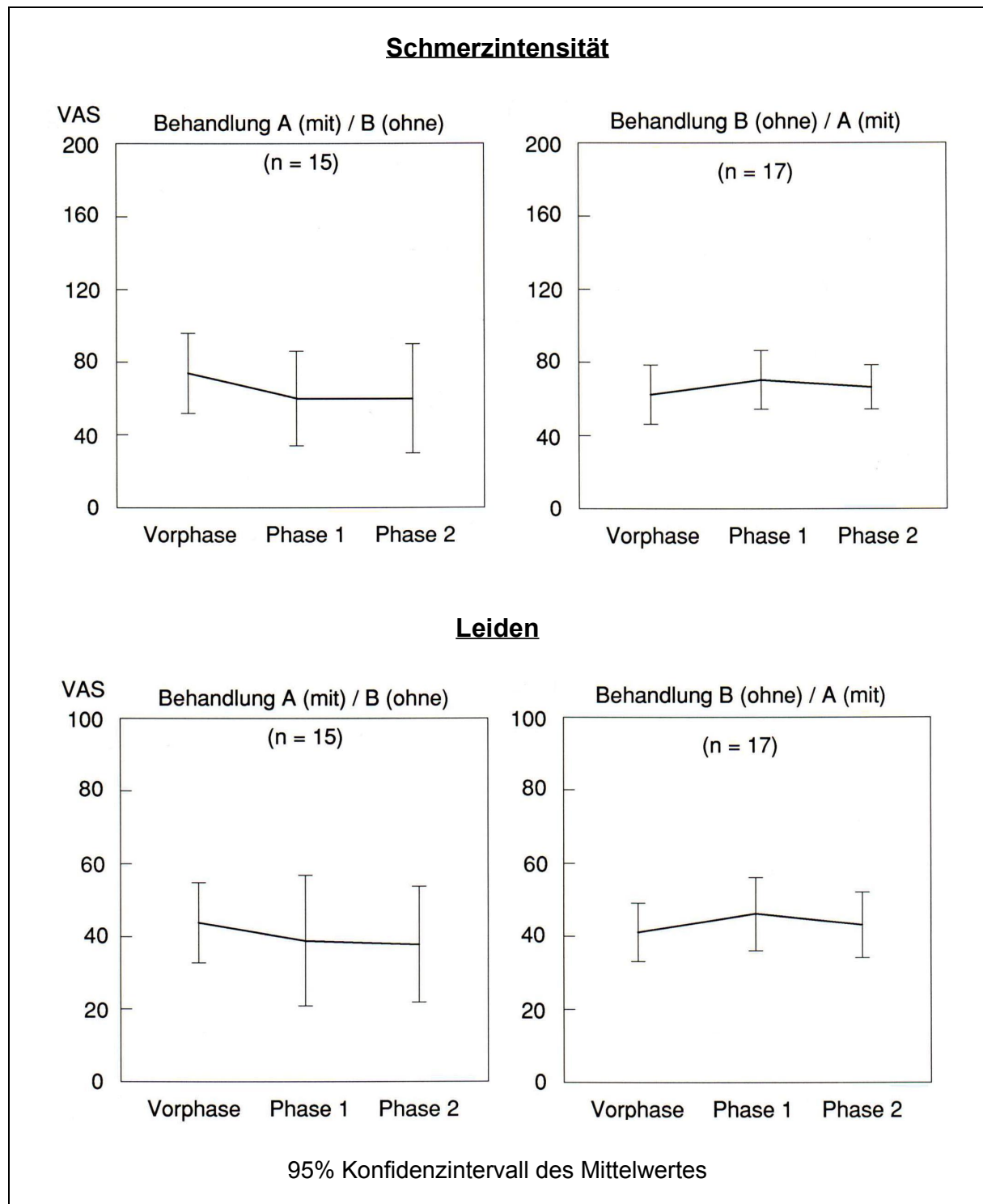
Selbsthypnoseübung (Tonbandaufnahme):

- ***Kurze Induktion*** (*Fokussierung auf die Stimme, Augenschluss*)
- ***Vertiefung*** (*körperliche Entspannung, Imaginationen*)
- ***Utilisation*** (*Ort der Ruhe und Erholung, vertraute Tätigkeiten*)
- ***Freier Raum für spontan auftretende Trance-Phänomene*** (*Sprechpause*)
- ***Posthypnotische Suggestionen*** (*Fortbestehen positiver Veränderungen*)
- ***Reorientierung*** bzw. *Suggestion zum Übergang in erholsamen Schlaf*

Das **Behandlungsteam** bestand aus dem ärztlichen Leiter (Autor), Facharzt für Anästhesie und ärztlicher Psychotherapeut, sowie drei in Hypnose ausgebildeten Krankenschwestern mit langjähriger Berufserfahrung. Über alle Patienten wurde in wöchentlichen Besprechungen berichtet und reflektiert. Die **Einzel- und Teamsupervision** erfolgte durch anerkannte Lehrtherapeuten (Bayerische Landesärztekammer) aus einer hypnotherapeutisch-verhaltenstherapeutischen (Dr. Michal Kahan) sowie psychoanalytischen Perspektive (Dr. Peter Haerlin). Beide Supervisoren (mit Lehrtherapeutenstatus) waren immer gemeinsam anwesend. Es wurde besonders darauf geachtet, dass die Zeit für Betreuung und Zuwendung in allen Phasen der Studie gleich auf alle Patienten verteilt war. Das Wochenprotokoll in der Phase B (ohne Tonband) wurde z.B. vom Projektleiter selbst erstellt. Je nach Auslastung des Teams wurden auch Studienabbrecher im Hinblick auf die entstandene therapeutische Beziehung punktuell weiter schmerztherapeutisch und/oder psychoonkologisch betreut. In wöchentlichen Interviews wurden alle Patienten über ihre persönlichen Erfahrungen mit der Tonbandanleitung befragt. Auf Wunsch wurden weitere Anleitungen für eigene Selbsthypnoseübungen gegeben bzw. individuelle Strategien, die sich als wirksam erwiesen hatten, gefördert. Für den Zeitraum der Studie wurden keine (Hetero-) Hypnosesitzungen durchgeführt.

Ergebnisse

Cross-over: Die erheblichen Ausfälle (29 von 61, d.h. fast die Hälfte der Patienten, die „informed consent“ unterzeichnet hatten) auf Grund der Schwere bzw. Progression der Erkrankung verteilten sich zum Glück fast gleich auf beide Therapiearme. 15 Patienten begannen mit vier Wochen Selbsthypnose und 17 Patienten erhielten noch weitere vier Wochen „nur“ medikamentöse Therapie, bevor sie die Anleitung zur Selbsthypnose ausgehändigt bekamen. Die Mittelwertverläufe der mittels visueller Analogskalen gemessenen Merkmale zeigten ein ähnliches Bild:



Deskription: Im Vergleich zum Ausgangswert der Dosisfindungsphase der medikamentösen Therapie (Vorperiode) war in Periode 1 mit Abfolge AB, d.h. für die Patienten, die zuerst Autosuggestionenübungen erhielten, eine Besserung zu erkennen: „Schmerzintensität“ und „Leiden“ (links) fielen auf niedrigere Werte ab, während „Stimmung“ und „Vorhersage der Beeinflussbarkeit“ anstiegen. Für Patienten der anderen Gruppe (BA) zeigte sich ein umgekehrter Effekt, der etwas schwächer ausfiel: „Schmerzintensität“ und „Leiden“ (rechts) stiegen auf höhere Werte an, während „Stimmung“ und „Vorhersage“ abfielen. Nach dem Wechsel der Behandlungen in der zweiten Periode war keine Änderung des in der ersten Periode gesetzten Trends zu erkennen. Statistisch blieben sowohl die Patienten der Gruppe AB als auch die Patienten der Gruppe BA auf dem Niveau der ersten Periode, mit einer Ausnahme: Bei dem Merkmal „Stimmung“ war in der Gruppe AB nach „Absetzen“ der Autosuggestionstherapie eine deutliche Verschlechterung zu sehen. Die Angstsymptomatik zeigte im Mittelwert keine deutlichen Veränderungen. Der Mittelwertverlauf der Medikamenteneinnahme zeigte bei der Abfolge AB (Beginn mit Selbsthypnose) eine leichte Tendenz zur Abnahme, während bei der Abfolge BA ein leichter Anstieg zu beobachten war.

Die **Varianzanalyse für das Crossover** (ohne Einbeziehung der Ausgangswerte aus der Vorperiode) ergab beim Vergleich der Behandlungen A und B für die Hauptzielkriterien kein statistisch signifikantes Ergebnis. Die Varianz zwischen den Individuen ist dominierend; die zwischen den Perioden und den Behandlungen liegt im Zufallsbereich.

Die **Mittelwertverläufe der Hauptzielkriterien** zeigen jedoch eine Besserung des Zustandes der Patienten in Periode 1 (erste 4 Wochen) im Vergleich zur Vorphase, wenn die Patienten Autosuggestionenübungen zusätzlich angewandt haben (Behandlung A), im Gegensatz zu den Patienten, die nur mit Medikamenten behandelt wurden (Behandlung B).

Paralldesign: Zur Einbeziehung der Ausgangswerte aus der Vorperiode wurden die Differenzen der Werte der Periode 1 bzw. Periode 2 zur Vorperiode ($\Delta VP1$ und $\Delta VP2$) gebildet. Sowohl Behandlung A („mit Selbsthypnose“) als auch B („ohne Selbsthypnose“) wurden anschließend für die Hauptzielkriterien getrennt in Periode 1 und Periode 2 durch einen unabhängigen Mann-Whitney-Rangsummentest verglichen. Es wurde nicht parametrisch getestet:

Exploratorische Datenanalyse

p-Werte des Mann-Whitney-Rangsummentests
(signifikante Werte mit *Stern versehen)

| Merkmal | Behandlung A vs. B in Periode 1 | Ergebnis in Periode 2 | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Schmerzintensität | 0,0114* | 0,0698 | bei A stärkerer Abfall als bei B |
| geschichtet (neurogen) | 0,0172* | 0,0376* | dto. |
| Leiden | 0,0164* | 0,0182* | bei A stärkerer Abfall als bei B |
| geschichtet (neurogen) | 0.0342* | 0,0189* | dto. |

Sowohl „Schmerzintensität“ als auch „Leiden“ zeigen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Behandlung mit Selbsthypnose (A) und ohne (B) in der 1. Periode, d.h. die Patienten fühlten sich nach Behandlung A deutlich besser als nach Behandlung B. In der zweiten Periode (nach vorausgegangenem 4 weiteren Wochen rein medikamentöser Therapie) war nur noch „Leiden“ signifikant erniedrigt, die „Schmerzintensität“ lag nur knapp über dem Signifikanzniveau (0,0698). Dies bedeutet, dass sich die Patienten des Therapiearmes AB in der 2. Periode weiter signifikant besser fühlten als die Patienten des Armes BA, obwohl sie

das Tonband nicht weiter verwendet haben. Schichtet man „Schmerzintensität“ und „Leiden“ nach dem pathophysiologischen Kriterium „neuropathischer Schmerz“ (getrennte Randomisierungslisten dieser Patienten, s. Seite 6), dann ergibt sich eine Signifikanz für beide Merkmale in beiden Perioden.

Zur Kontrolle der Compliance wurde die Häufigkeit der Anwendung der Tonbandübungen erfasst. Die Korrelation der Häufigkeit mit „Schmerzintensität“ ($r = 0.44$) und „Leiden“ ($r = 0.65$) ist gering. Zur Überprüfung der Frage, ob eine vermehrte Verwendung des Tonbandes zu einer stärkeren Verminderung der Schmerzintensität führt, wurden die Merkmale dichotomisiert. Als Trennbedingung wurde jeweils der Median der beiden Merkmale verwendet. Der Chi2-Test ergab kein signifikantes Ergebnis ($p = 0,1888$).

Ein *Vergleich mit den übrigen Patienten der Schmerzambulanz* mit einer Krebsdiagnose ergab keine Unterschiede im Hinblick auf Geschlecht, Altersverteilung, Therapiestufe (WHO-Stufenschema) und vier schmerztherapeutische Diagnoseachsen (Region, betroffenes Organsystem, zeitliches Muster sowie Intensität und Dauer der Schmerzen). Bei einem *Vergleich der Studienpatienten mit den Studienabbrechern* fanden wir erwartungsgemäß eine deutlich niedrigere Überlebenszeit bei letzteren: Zum Ende der Studie waren von den 32 Personen der Studiengruppe noch 16 und nur noch 3 Personen von den 29 Studienabbrechern am Leben. Auf Grund der Krankheitsprogression verstarben innerhalb des Zeitraums von 6 Monaten 6 Patienten aus der Studiengruppe und 22 in der anderen; von den Überlebenden verstarben innerhalb eines Jahres 10 in der Studiengruppe und 4 in der anderen. An diesen Zahlen kann man ablesen, dass es sich bei den Studienpatienten um „normale“ schwer und schwerst kranke Patienten der Routineversorgung einer großen Universitätsklinik gehandelt hat und dass sicherlich keine positive Selektion vorlag.

Zeitreihenanalysen: Klaus Ackermann (1997), Doktorand von Prof. D. Revenstorf, verwendete die Tagebuchdaten von allen 32 Studienpatienten für seine Diplomarbeit „Multivariate ARMA-Zeitreihenanalysen in der Klinischen Psychologie; Methodische Grundlagen und Anwendung bei Schmerzbewältigungsprozessen“. Er konnte Ansätze einer „Taxonomie von individuellen Bewältigungsmustern“ identifizieren. (Die univariaten Zeitreihenanalysen konnten nicht weiter verfolgt werden, da das ursprünglich auf 5 Jahre geplante Projekt nach 3 Jahren nicht weiter aus Drittmitteln gefördert wurde - eine Entscheidung, die nichts mit der Qualität der Studiendaten zu tun hatte.)

Klinisch-psychotherapeutische Beurteilung

Nach Abschluss der Datenerhebung wurde in einer ausführlichen Diskussion aller Mitglieder des betreuenden Teams - gemeinsam mit den Supervisoren - eine Bewertung der Umsetzung des Angebots, Selbsthypnose zu erlernen, durch alle Studienpatienten vorgenommen. Wir ordneten die Patienten drei Gruppen zu:

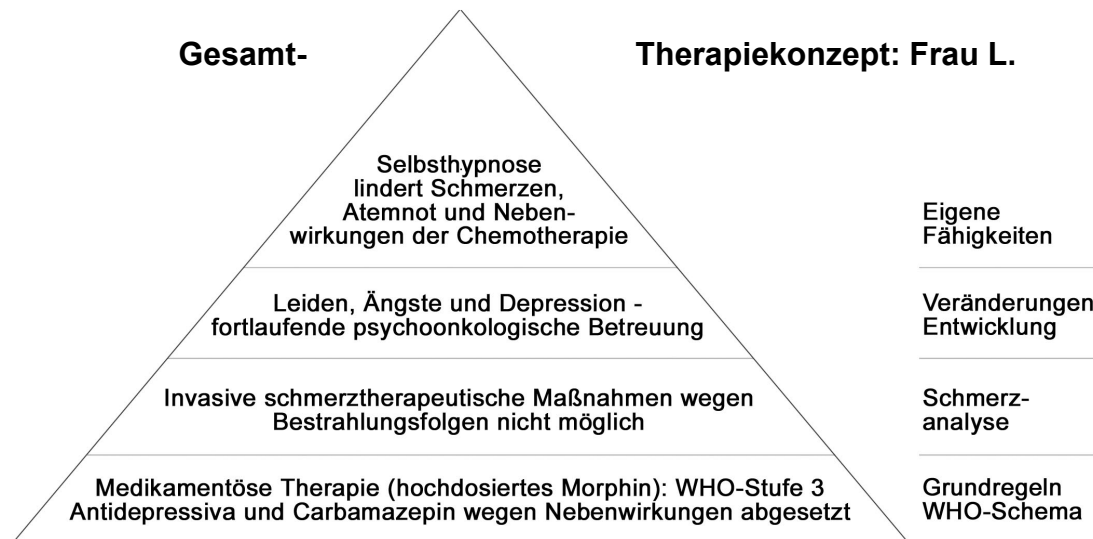
I: 11 Patienten, die das Tonband und/oder eigene Selbsthypnoseübungen gezielt zur Schmerz- bzw. Symptomkontrolle (teilweise auch gegen Nebenwirkungen der Chemotherapie, zum Stillliegen bei der Bestrahlungsbehandlung auf dem Röntgentisch u.v.a.m.) verwendet hatten

II: 12 Patienten, die im Hinblick auf Effekte wie „zur Ruhe kommen“, „besser entspannen oder loslassen können“, „besser schlafen“ o.ä. subjektiv und/oder objektiv von den Tonbandübungen profitiert hatten

III: 9 Patienten, die geäußert hatten, dass sie subjektiv „keinen Erfolg“ im Sinne der Symptomkontrolle verspürt hätten. Durch die Teilnahme an der Studie hatten sie aber die Möglichkeit, über wichtige Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit, mit Angehörigen, der Behandlungssituation u.v.a.m. zu berichten. Heute würde dies als psychoonkologische Betreuung gelten.

Eine Fallgeschichte

Als außergewöhnliches Beispiel gelungener Schmerzbewältigung durch Selbsthypnose sei eine Patientin (Frau L, 55 Jahre) der ersten Gruppe angeführt. Sie litt unter einem neuropathischen Schulter-Arm-Schmerzsyndrom links in Folge einer Plexusschädigung bei infiltrierend wachsendem Rezidiv eines Mammacarcinoms (Z.n. Abnahme der Brust und Bestrahlung mit fortgeschrittener Lungenmetastasierung. Durch die Imagination, ihren Arm mit „Eiswürfeln genau der richtigen Größe und Temperatur vollständig zu umhüllen“ konnte sie Linderung für Stunden und - trotz Progression des Tumorwachstums - schließlich komplette Schmerzfreiheit erreichen (Ebell, 2002).



Zusammenfassend lauteten nach Abschluss der Studie die **Antworten auf die** zu Beginn (Seite 3) **gestellten klinischen Forschungsfragen:**

- A:** Ein effizientes medikamentöses Behandlungskonzept für Patienten mit starken Schmerzen auf Grund einer Krebserkrankung kann durch Selbsthypnose ergänzt und noch verbessert werden
- B:** Im Rahmen einer psychoonkologischen Betreuung (therapeutische Beziehung) ermöglicht eine auf Tonband gesprochene, allgemein gehaltene Anleitung, individuelle Fähigkeiten zur Verbesserung von Schmerzkontrolle und Verminderung des Leidens zu entdecken
- C:** Akzeptanz und Nutzen des supportiven psychosozialen Angebotes, Selbsthypnose-Fähigkeiten in ein Gesamt-Therapiekonzept einzubringen, waren - trotz der Bürde aufwändiger Dokumentation und Tests im Kontext einer kontrollierten Studie - sehr hoch

Diskussion

Teilergebnisse dieses Forschungsprojektes und schmerztherapeutische Aspekte der psychonkologischen Betreuung wurden auf internationalen Fachtagungen als Poster (Ebell et al. 1992, Beyer & Ebell 1993) und in wissenschaftlichen Vorträgen national und international zur Diskussion gestellt - teilweise veröffentlicht (Ebell 1992, 1994a/b, Ebell et al. 1994). Diese zusammenfassende Darstellung aller Daten der Studie, soll diese klinisch interessierten Therapeuten und Forschern zugänglich machen bzw. zur Diskussion stellen.

Die der Studienkonzeption zu Grunde gelegten Auffassungen der Fokussierung auf Lebensqualität und das Einbeziehen und Fördern individueller Copingfähigkeiten der behandelten Patienten sind in der Onkologie heute allgemein akzeptiert - zumindest als Anspruch. In vielen Kliniken werden sie auch umgesetzt, durch Pflegepersonal sowie psychologische und ärztliche Fachkräfte mit einer speziellen Weiterbildung. „Psychoonkologie“ bzw. „Psychosoziale Onkologie“ haben sich als spezifische Fach-Diskurse etabliert (Larbig & Tschuschke 2000, Sellschopp et al. 2005, Herschbach et al. 2006), die eine interdisziplinäre und Fach übergreifende Umsetzung erfordern - vergleichbar mit der inzwischen für Ärzte und Psychologen als eigenständiger Zusatztitel anerkannten „speziellen Schmerztherapie“.

Die zu Grunde gelegte klinische Konzeption eines *objektiv angemessenen und subjektiv zufrieden stellenden Gesamt-Therapiekonzepts* auf der Basis der medikamentösen Therapie nach WHO-Stufenleiter für sog. „Tumorschmerzen“ wurde aus schmerztherapeutischer Perspektive detailliert vorgelegt (Ebell, 1994). Heute gibt es umfangreiche Lehrbücher zu interdisziplinären, palliativen Therapiekonzepten (Aulbert et al. 2007). Die Bedeutung der psychotherapeutischen Beziehung bzw. Führung des Patienten als Voraussetzung für die Behandlung chronifizierter Schmerzsyndrome (Ebell, 2001) können interdisziplinär als generell akzeptiert gelten.

Versorgungstechnisch spielen Hypnose und/oder Selbsthypnose in der Psychoonkologie als Intervention zur psychosozialen Unterstützung nur eine geringe Rolle, ihr klinisches Potential wird jedoch gewürdigt. Trijsburg (1992) verweist in einem Review auf klinisch relevante Ergebnisse bei „Angst, Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen“. Syrjala (1992) konnte in einer kontrollierten Studie bei Patienten nach einer Knochenmarkstransplantation, mit stärksten Schmerzen durch Schleimhautentzündungen nach Immunsuppression, sogar die Überlegenheit eines „Trainings in Hypnose“ im Vergleich zu einer ähnlichen Intervention („kognitiv-verhaltenstherapeutisches Copingfähigkeiten-Training“) gegenüber zwei Kontrollgruppen („Therapeutenkontakt ohne Intervention“ und „Normalbehandlung“) zeigen. Ihre Publikation dient auch in neueren Übersichtsarbeiten (Deng & Cassileth 2005, Bardia et al. 2006) zu sog. "komplementären" oder "alternativen" Therapieansätzen als Beleg für die Wirksamkeit von Hypnose. Bejenke (1996) hat Hypnose und Suggestionen („Worte wie Medizin“) über Jahrzehnte für tausende Patienten in ihrer täglichen Routine als Anästhesistin und Schmerztherapeutin - insbesondere auch bei Krebserkrankungen – angewandt. Auch wenn viele seriöse Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte (Barber, 1996) keine Relevanz für die Versorgung der national und international Millionen Schmerzpatienten haben, erfreut sich die Frage, wie Hypnose in der Schmerztherapie zu verwenden ist, zunehmenden Interesses. Peter (1998) diskutierte in einer Übersichtsarbeit Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. Häuser (2002) verwies in einem Kommentar darauf, dass nach den Kriterien der „evidence based medicine“ Hypnose härtere Zahlen zu bieten hat als viele gebräuchliche Therapiemaßnahmen. Scholz (2006) legte detaillierte Vorschläge zur Planung und Durchführung von Hypnotherapie bei chronischen Schmerzerkrankungen vor. 2000 wurden in einem Schwerpunktheft des International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis drei gründliche Reviews vorgelegt (Pinell & Covino, Lynn et al., Montgomery et al.). Zwei weitere aktuelle, kritisch evaluierende Übersichtsarbeiten (Patterson & Jensen

2003, Jensen & Patterson 2006) verweisen auf eine potentiell relevante klinische Bedeutung von Hypnose in der Schmerztherapie. Auch ohne die letzt genannten Arbeiten wurde auf Grundlage des Gutachtens von Revenstorf (2003) im Jahr 2005 vom „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ die Hypnotherapie u.a. bei Schmerzen als „wirksam“ bzw. als „wissenschaftliche Therapiemethode“ anerkannt. Die Bedeutung der Hypnose für die Behandlung von Menschen mit Krebserkrankungen wurden in einem Kapitel für die überarbeitete Neuauflage des Lehrbuches im Springer Verlag (Revenstorf & Peter 2008) ausführlich dargelegt und diskutiert (Ebell 2008).

Im Folgenden sollen noch zwei Punkte ausführlicher diskutiert werden:

1. Das **Dilemma** zwischen der Notwendigkeit, bei einer kontrollierten klinischen Studie das gewählte **Forschungsdesign** strikt einhalten zu müssen, einerseits und der Priorität der **therapeutischen Beziehung** als Voraussetzung bzw. Grundlage der Wirksamkeit von Hypnose und Selbsthypnose andererseits.

2. Ein persönlicher Beitrag zu der Jahrzehnte langen **Kontroverse von ‚Suggestibility‘ vs. ‚Suggestive ability‘** - oft (miss)verstanden als Auseinandersetzung zwischen Akademikern und Klinikern. Meine Position: Selbsthypnose als Zugang zu individuellen Ressourcen.

1. Zum Spannungsfeld von Forschungsmethodik und therapeutischer Beziehung:

„The securing of comparable degrees of hypnosis in different subjects and similar trance states in the same subject at different times frequently constitutes a major problem. The reason for this difficulties derive from the fact that hypnosis depends upon inter- and intrapersonal relationships. Such relationships are inconstant and alter in accord with personality reactions to each hypnotic development. Additionally, each individual personality is unique, and its patterns of spontaneous and responsive behavior necessarily vary in relation to time, situation, purposes served, and the personalities involved.“ (Erickson, zit. nach Haley 1967, S.7)

Wir sind davon ausgegangen, dass Patienten sehr unterschiedlich auf das Angebot von Selbsthypnose ansprechen werden, und dass es einer intensiven persönlichen Betreuung und Anleitung bedürfen wird. Weiterhin davon, dass ein sehr *individueller Lernprozess* jedes einzelnen Patienten Voraussetzung dafür sein wird, dass relevante klinische Effekte - über eine effizient wirksame medikamentöse Schmerztherapie hinaus - entstehen können. Darum sollten die Schmerztagebuchdaten über 10 konsekutive Wochen erhoben werden.

Hauptargument für das Cross-over Design war dessen gruppenstatistische Potenz, d.h. dass auch bei den zu erwartenden kleinen Patientenzahlen und hoher interindividueller Variabilität eine signifikante Aussage ermöglicht wird. (Es hat sich in der pharmakologischen Forschung bewährt: Die zu Grunde liegende Annahme ist, dass im Therapiearm AB in der zweiten Hälfte der zweiten Periode ein sog. „wash out“ der wirksamen Substanz stattgefunden hat und damit gleiche Bedingungen wie zu Beginn im Therapiearm BA herrschen.) Erst in der klinischen Umsetzung wurde von uns ein *Dilemma* erkannt zwischen der primären therapeutischen Aufgabe einer Optimierung der Schmerzbehandlung für schwerkranke Patienten mit einer Krebserkrankung und dem Forschungsziel, dies mittels Cross-over Design zu „beweisen“.

Worin bestand dieses Dilemma?

- Aus *Patientensicht*: Wenn Patienten der Teilnahme an der Studie zugestimmt hatten bzw. dass sie ihr Befinden täglich dokumentieren und regelmäßige Interviews (incl. Tests) führen würden, dann erwarteten sie dafür natürlich eine Gegenleistung. Grundsätzlich kann eine intensive Betreuung durch ein erfahrenes Team in dem riesigen, meist anonym erlebten Betrieb eines Uniklinikums sicherlich als solche gelten. Für die Patienten steht jedoch ihr Leiden im Vordergrund, und dieses wird in einer solchen Krisen- bzw. Extremsituation wesentlich bestimmt durch die Qualität der Schmerzlinderung (Chapman & Gavrin 1996, Chapman, 1998, Nakamura & Chapman 2002).

Eine erste *Irritation der therapeutischen Beziehung* entstand gleich zu Beginn schon alleine dadurch, dass aus wissenschaftlichen Gründen der Zufall bzw. die *Randomisierungsliste* darüber entschied - und nicht (!) die Patienten selbst bzw. ihre Motivation - ob sie gleich oder erst in 4 Wochen Selbsthypnose zur zusätzlichen Schmerzlinderung ausprobieren durften.

Eine weit schwerer wiegende Zumutung bzw. Störung auf der Beziehungsebene war aber sicherlich, dass wir im Therapiearm AB nach 4 Wochen verlangten, das *Tonband nicht mehr weiter zu benutzen*. Insbesondere im Falle einer subjektiven, klinisch relevanten Wirkung ist dies ärztlich-psychosomatisch und schmerztherapeutisch eine widersinnige und für die Patienten nicht nachvollziehbare Anweisung. Als Beleg für diesen Zusammenhang kann dienen, dass die VAS-Werte „Stimmung“ der Patienten im Arm AB mit dem Wechsel des Cross-over als einzige Variable eine deutliche Verschlechterung zeigte. Das geringste Problem mit der vom Design geforderten Anweisung, auf das Tonband zu verzichten, hatten sicherlich die Patienten der Gruppe I (gemäß unserer klinischen Einteilung, s.S. 10), da sie ihre eigenen Selbsthypnoseübungen selbstverständlich weiter verwendet haben - was wir ihnen natürlich weder verbieten konnten noch wollten.

- Aus **Forschersicht**: Zum Vergleichszeitpunkt herrschten in beiden Therapiearmen des Cross over ähnliche bzw. fast gleiche Bedingungen. Gerade die verbesserten Messwerte (= dokumentierter positiver Effekt der Selbsthypnose) der Patienten, die die Selbsthypnoseanleitung erfolgreich umsetzen konnten, sind verantwortlich dafür, dass die statistische Berechnung im gewählten Design keine Signifikanz erbracht hat. Sogar das Gegenteil ist eingetreten: **Statt eines „wash out“** (das Tonband wurde nicht mehr verwendet), war durch klinisch beabsichtigte Lerneffekte („Selbst“-Hypnose im eigentlichen Sinne) ein **„carry over“** entstanden! Sacerdote (1982, S. 67) betonte, „*dass Hypnose ihrer Art nach eine Lernerfahrung darstellt. Der Therapeut muss – basierend auf persönlicher Erfahrung – der festen Überzeugung sein, dass der Patient, der ‚gelernt‘ hat, in Hypnose Schmerz zu modifizieren oder auszuschalten, sofort oder nach sorgfältigem Üben lernen kann, dieselben Resultate zu erzielen, ohne offensichtlich in einer hypnotischen Trance zu sein. Dies ist ein Punkt, der von Ärzten und Psychologen, die Hypnose anwenden, oft vergessen oder niemals vollständig verstanden wurde.*“ (sic!) Diese klinische Interpretation wird vom Ergebnis der Berechnung im Paralleldesign gestützt.

Warum dieser **Konflikt von Therapie und Forschung** bei der Planung der Studie nicht bedacht und erst im Nachhinein erkannt wurde, ist schwer zu sagen. Sicherlich spielte zu geringes methodisches und statistisches Wissen auf klinischer Seite eine Rolle und vice versa. Es hat sich vermutlich aber auch die eigene wissenschaftlich skeptische Haltung ausgewirkt. Dass sich die positiven Effekte bei allen Patienten für die gruppenstatistische Auswertung nicht nur stark nivellierend auswirken, sondern so deutlich ausfielen, dass sie sogar das gewählte Cross-over Design konterkarieren würden, war gänzlich unerwartet.

Es war eine große Überraschung, dass sich relevante Veränderungen nicht nur in Einzelfällen nachweisen lassen. Um so mehr als - wie bei den Ergebnissen an Hand der Überlebenszeiten dargestellt - schwerpunktmäßig schwer kranke Patienten der Normalversorgung der Schmerzambulanz betreut wurden.

2. Selbsthypnose als Zugang zu individuellen Ressourcen

„*Bei allen hypnotischen Verfahren zur Schmerzbekämpfung halte man sich jedoch vor Augen, dass indirekte hypnotische Suggestionen leichter möglich und für den Patienten akzeptabler sind als direkte, und man bedenke die Notwendigkeit, durch indirekte und permissive Maßnahmen an das Problem heranzugehen sowie eine Kombination der verschiedenen, oben dargestellten methodologischen Verfahren zu verwenden.*“ (Erickson (1967) zit. nach dt. Übersetzung in Erickson & Rossi (1981), S.138)

Das **therapeutische Setting** dürfte eine wesentliche Bedingung für diese Effizienz der von uns zur Verfügung gestellten standardisierten Anleitung per Tonband gewesen sein. Jede Art von psychoonkologischer Betreuung bzw. Zuwendung im Rahmen einer therapeutischen Beziehung kann sich positiv auf eine gegebene Symptomatik auswirken. Für unsere klinische Studie ging es nicht darum, diesen Plazebo-Effekt auszuschalten, sondern ihn gezielt zu nutzen (Turner 1994).

Eine Anleitung zur **Selbst**-Hypnose wurde gewählt, um - wie für das Gesamt-Therapiekonzept postuliert (s. Pyramide auf Seite 4) - die Fähigkeiten der Betroffenen mit einzubeziehen. Die gleich verteilten Werte für Ängste (STAI) und unsere kontinuierliche patientenzentrierte Reflexion der Zuwendung des therapeutischen Teams unter Supervision sprechen dafür, dass diese wirkungsrelevanten Aspekte für alle Patienten über die ganze Betreuungszeit gleich verteilt waren, und dass individuelle Fähigkeiten der Patienten Ausschlag gebend waren. Dies entspricht der zu Grunde gelegten hypnotherapeutischen Annahme eines **Zugangs zu individuellen Ressourcen durch Selbsthypnose**.

Ein Großteil der akademisch-wissenschaftlichen Hypnoseliteratur bezieht sich auf die Jahrzehnte lange Kontroverse von ‚*Suggestibility*‘ vs. ‚*Suggestive ability*‘, oft (miss)verstanden als Auseinandersetzung zwischen akademischer Forschung und klinischer Praxis. Für eine kontrollierte klinische Studie ist die Durchführung eines Suggestibilitätstests bei allen Patienten eine Selbstverständlichkeit. Klinisch war für uns wichtig, die Patienten individuell zu begleiten und ihre individuellen Fähigkeiten zu ermitteln, und nicht - wie bei dem Suggestibilitätstest - eine bestimmte Performance zu verlangen und negativ zu beurteilen, wenn diese Anforderung nicht erfüllt werden kann.

Erickson (1967) betont, dass in der therapeutischen Hypnose die Aufgabe des Therapeuten nicht darin bestehe, den Patienten der Technik anzupassen, sondern, dass die Herausforderung darin liege, den für den gegebenen Patienten im gegebenen Kontext geeigneten, wirksamen Zugang zu finden. Barber (1980) beschreibt eindrücklich in einer Fallvignette, wie er einer Patientin, die als „nicht suggestibel“ galt, bei ihren starken Beschwerden auf Grund einer Krebserkrankung effektiv helfen konnte mit seiner indirekten Art, Hypnose zu verwenden. Sein „Schlüssel-Schloss“/(locksmith)-Modell (Barber, 1991) erscheint mir aus klinischer Sicht die sinnvollste Zusammenführung beider Argumentationslinien dieser alten Kontroverse.

Um die therapeutische Beziehung weder mit einem positiven noch einem negativen Vorurteil durch das Ergebnis des Stanford-Tests zu belasten, wurden diese für das therapeutische Team erst zum Ende der Studie eröffnet. Danach diskutierten wir ausführlich, ob die Messwerte nach Stanfordskala für unsere Indikationsstellung hilfreich oder irreführend gewesen wären. Nur bei den Extremwerten herrschte Übereinstimmung zwischen unserer klinischen Gruppeneinteilung (I-III) und den Testergebnissen: Bei den 3 Patienten mit hohem Score (5 Punkte) und 2 Patienten mit niedrigem Score (nur 1 Punkt) bzw. einem Patienten, der kein Hypnosephänomen zeigte. Die Mehrzahl der Patienten (mit einem Score von 2 bis 4 Punkten) wurde zu gleichen Teilen in Gruppe I oder II als „responsive“ oder in Gruppe III als „unresponsive“ eingeordnet. Damit hätte der Score keinen prognostischen Wert gehabt - sehr wohl aber das Risiko beinhaltet, ein Vorurteil zu entwickeln, dass die Tonbandanleitung nichts bewirken würde (Ebell, 1995).

Im Ericksonschen Sinne ist nicht die Interventionstechnik besonders mächtig und auch nicht die "Tiefe" der Trance entscheidend, sondern Ausschlag gebend ist, Zugang zu persönlichen Fähigkeiten zu gewinnen. Wie bei der traditionellen Technik des „Autogenen Trainings“ (Schultz, 1976) arbeiteten wir nicht mit mystifizierenden Suggestionen bzw. der „Macht“ der Hypnose, sondern mit den Ressourcen der Betroffenen. Das erstaunliche Maß an Linderung durch Selbsthypnose bzw. „therapeutische Hypnose“ (Ebell, 2004) spricht dafür, dass die Studienpatienten mit ihrem eigenen, archaischen psychophysiologischen Potential in Kontakt gekommen sind - einer Errungenschaft der Entwicklungsgeschichte der menschlichen Spezies (Brown, 1991).

Fazit: Durch die Bühnenhypnose, aber auch durch eine Art kollektives Gedächtnis zur Geschichte der Hypnose, ist bis heute unter Laien - und auch in medizinisch-psychotherapeutischen Fachkreisen - noch immer das Vorurteil bestimmend, dass Erfahrungen von Hypnose verbunden seien mit Kontrollverlust oder der Notwendigkeit, sich dem starken Willen einer anderen Person zu unterwerfen. Die psychotherapeutische Zusammenarbeit mit chronisch Kranken (Ebell, 2006), insbesondere auch in der psychosozialen Onkologie, führt in der Regel zur genau entgegengesetzten Erfahrung: Unsere Patienten und Klienten entdecken durch Hypnose und Selbsthypnose im Rahmen eines Gesamt-Therapiekonzepts persönliche Fähigkeiten und/oder andere Ressourcen. Dies führt zu höherer „Selbstwirksamkeit“ (self efficacy) bzw. mehr „Kontrolle“.

Hypnose als Anleitung zur Selbsthypnose

Tonbandaufnahme der Studie - *langsam, mit vielen Pausen gesprochen;*
Gesamtdauer ca. 20 Minuten

„Sie hören meine Stimme. Sie klingt so vertraut wie andere Stimmen, die Sie kennen oder gekannt haben. Sie kann auch als ein Gemurmel im Hintergrund wirken. Nehmen Sie meine Stimme so wahr, wie es im Moment für Sie richtig ist. Erlauben Sie sich, alles eine Weile so wahrzunehmen, wie es Ihnen gut tut. Wenn Sie etwas von Ihrer Umgebung hören, nehmen Sie es ruhig auf. Es erlaubt Ihnen, sich ganz Ihrem eigenen Erleben zu widmen.

Schauen Sie geradeaus und lassen Sie Ihren Blick auf irgend etwas ruhen. Vielleicht sehen Sie einen Gegenstand in Sichtweite, auf dem es hell und dunkel gibt oder eine Farbe. Je länger Sie hinschauen, um so eher werden Sie merken, dass Sie Ihre Augenlider spüren. Sie werden ganz schwer und wollen sich schließen. Schließen Sie die Augen, wenn Sie so weit sind.

Spüren Sie wie bequem Sie liegen oder sitzen. Atmen Sie ein und aus. Nehmen Sie sich Zeit zu spüren wie sich bei jedem Atemzug Ruhe und Entspannung in Ihrem Körper ausbreiten. Nehmen Sie wahr wie Ihr Körper so viel Muskelanspannung beibehält wie er braucht und sich so viel Entspannung ausbreitet wie möglich ist.

Ich werde nun einige Anweisungen geben und Vorschläge machen. Vorschläge für Ihren eigenen inneren Weg zu innerer Ausgeglichenheit. Ein Weg, der schmal oder breit sein kann und hinauf oder hinab führen mag, der durch freie Landschaft und durch bekannte oder unbekannte Räume führt, die Ihnen irgendwie vertraut erscheinen.

Atmen Sie nun tief ein und aus.

Mit diesem und den weiteren Atemzügen kann Wärme und Wohlbefinden durch Ihren Körper strömen: Bis in beide Beine und dann vom rechten und linken Fuß wieder aufwärts über die Knie bis zu den Hüften.

Bei jedem Atemzug haben Sie Zeit, dem nachzuspüren.

Nun setzen sich die feinen Atembewegungen im ganzen Oberkörper fort und breiten sich nach und nach entspannend über Schultern und Nacken bis zum Kopf hin aus.

Jeder Atemzug wirkt so im ganzen Körper nach – von den Füßen bis zum Kopf.

Es entwickelt sich nun irgend eine Vorstellung. Vielleicht die Vorstellung von einer vertrauten Tätigkeit aus Ihrem Alltag, die sie in den letzten Tagen und Wochen gerne gemacht haben. Es kann auch etwas sein, was Sie vor Monaten oder Jahren gemacht haben. Vielleicht möchten Sie auch einfach nur den Ausblick in eine Landschaft genießen und Ihren Gedanken und Erinnerungen nachgehen. Oder Sie ruhen sich einfach aus – beim Nichtstun.

Ich werde nun eine Weile schweigen. Bleiben Sie ganz in Ihrer Vorstellung. Was Sie dabei erleben und wahrnehmen ist im Moment das Wichtigste.

- Pause (nach ca. 3 Minuten Rauschen durch Mikro als Signal für baldigen Sprechbeginn) -
Sie werden gleich am Ziel dieses Abschnittes Ihrer inneren Reise angelangt sein. Im Wachzustand oder in einem erholsamen Schlaf kann irgendetwas von dem eben Erlebten für Sie wichtig sein.

Es braucht keinen Sinn zu machen oder gar von großer Bedeutung sein. Wenn Ihnen etwas eingefallen ist, dann ist es das Richtige für Sie.

Vielleicht ist es angemessen, dass Sie gleich mit einem, zuerst kaum wahrnehmbaren Lächeln erwachen – oder Ihre Erinnerung wird Sie in einen erholsamen Schlaf begleiten.“

Literaturverzeichnis:

- Ackermann, Klaus (1997), Multivariate ARMA-Zeitreihenanalysen in der Klinischen Psychologie; Methodische Grundlagen und Anwendung bei Schmerzbewältigungsprozessen. *Dissertation in der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard-Karls-Universität Tübingen*.
- American Journal of Clinical Hypnosis – 25th Anniversary Commemorative Volume (1983). *Hypnosis and Cancer*. Volume 25, Numbers 2 and 3, October 1982 and January 1983.
- Aulbert, E., Nauck, F., & Radbruch, L. (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, 191-215.
- Barber, J. (1980), Hypnosis and the Unhypnotizable, *The American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 23, Nr. 1, July, 4-9.
- Barber, J. & Gitelson, J. (1980). Cancer Pain: Psychological management using hypnosis. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 30, No. 3, May/June, 130-136.
- Barber, J. (1982). Incorporating Hypnosis in the Management of Chronic Pain. In Barber, J. & Adrian, Ch. (Eds.), *Psychological Approaches to the Management of Pain* (pp. 40-59). New York: Brunner & Mazel.
- Barber, J. (1991). The Locksmith Model: Accessing Hypnotic Responsiveness. In Lynn, S.J. & Rhue, J.W. (Eds.), *Theories of Hypnosis – Current Models and Perspectives* (pp. 241-247). New York: Guilford Press.
- Bardia, A, Barton, D., Prokop, L.J., Bauer, B.A. & Moynihan, T.J. (2006), Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 24, No 34, 5457-5464.
- Basler, H.D., Franz, C., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.P. & Seemann, H. (1996). *Psychologische Schmerztherapie*. Heidelberg: Springer.
- Bejenke, Ch. (1996), Painful Medical Procedures. In Barber, J. (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain – A clinical Guide* (pp. 209-266). New York: Norton & Co
- Box, G.E.P. & Jenkins, G.M. (1976). *Time Series Analysis: Forecasting and control*. (Rev. Ed.). San Francisco: Holden-Day
- Brown, P. (1991). *The Hypnotic Brain – Hypnotherapy and Social Communication*. New Haven / London: Yale University Press
- Chapman, C.R. & Gavrin, J. (1995), Suffering and the Dying Patient, *Journal of Pharmaceutical Care in Pain and Symptom Control*, Vol. 3, No 3/4, 67-90.
- Chapman, C.R. (1998), Psychological Interventions for Pain: Potential Mechanisms. In Payne, R., Patt, R.B. & Hill, C.S. (Eds.) *Assessment and Treatment of Cancer Pain. Progress in Pain Research and Management*, Vol. 12, 111-131.
- Deng, G. & Cassileth, B.R. (2005), Integrative Oncology: Complementary Therapies for Pain, Anxiety, and Mood Disturbance, *CA Cancer J Clin*, 55, 109-116.
- Ebell, H. (1985). Hypnotherapie bei chronischen Schmerzzuständen. In B. Peter (Hrsg.), *Hypnose und Hypnotherapie nach Milton H. Erickson – Grundlagen und Anwendungsfelder* (pp. 183-188). München: Pfeiffer.
- Ebell, H. (1987). Verlaufsprotokoll zur periduralen Opiatanalgesie bei Tumorschmerzpatienten – Vorlage für den 1. Workshop zur Qualitätssicherung in der Algesiologie. Prof. Gerbershagen. Mainz.
- Ebell, H., Beyer, A. & Kapsner, T. (1992). Self Hypnosis as Part of a Therapeutic Concept for Cancer Pain. Poster. *Third Annual Bristol-Myers Squibb Symposium on Pain Research “Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice*, Seattle, WA (USA).
- Ebell, H. (1992b). Can Hypnosis play a part in a diversified, comprehensive therapeutic concept for the treatment of cancer related pain? In Bongartz, W. (Ed.) *Hypnosis: 175 Years after Mesmer – Recent Developments in Theory and Application*, (pp. 393-396). Konstanz: Universitätsverlag.
- Ebell, H. & Beyer, A. (1993). *Pharmacological Treatment and Self Hypnosis for Cancer Pain*. Poster, 7th World Congress on Pain (IASP), Paris.

- Ebell, H. (1994a). Hypnosis and Cancer Pain: Ericksonian Approach vs. Standardized Suggestibility Testing. In Lankton, S. (Ed.), *Ericksonian Monographs, Nr. 11 "Difficult contexts in Therapy"*. New York: Brunner and Mazel.
- Ebell, H. (1994b). Zum Stellenwert der Hypnotherapie im Rahmen eines Gesamt-Therapiekonzepts. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoonkologie*. Wien: Springer
- Ebell, H. & Beyer, A. (1994). *Die Schmerzbehandlung von Tumorpatienten*. Band 3 „Supportive Maßnahmen in der Onkologie“ (Jehn, U. & Berghof, H., Hrsg.). Stuttgart: Thieme.
- Ebell, H., Przetak, C. & Kapsner, T. (1994). Die Verlaufserfassung von Tumorschmerzsyndromen. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (Hrsg.), *Jahrbuch der Psychoonkologie*. Wien: Springer
- Ebell, H. (1996). Hypnose und Psychoneuroimmunologie – Magisches Denken im Mantel wissenschaftlicher Erkenntnisse. *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 12 (2), 91-105.
- Ebell, H. (2001). Psychotherapeutische Aspekte, Patientenführung bei chronisch Schmerzkranken. In Brune, K., Beyer, A. & Schäfer, M. (Hrsg.) *Schmerz – Pathophysiologie, Pharmakologie, Therapie*, (pp. 162-172). Heidelberg: Springer.
- Ebell, H. (2002). Hypnose und Selbsthypnose in der Behandlung von Patienten, die an chronischen Schmerzen leiden. *Hypnose und Kognition*, 19 (1+2), April, 27-38.
- Ebell, H. (2003). Hypnose in der ärztlichen Psychotherapiepraxis. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 153, 7/8, 174-177.
- Ebell, H. (2004). Nachwort. In Ebell, H. & Schuckall, H. (Hrsg.), *Warum therapeutische Hypnose – Aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten (47 Fallgeschichten)* (S. 492-500). München: Pflaum
- Ebell, H. (2006). Hypnose und Selbsthypnose in der psychotherapeutischen Zusammenarbeit mit chronisch Kranken. *CH-Hypnose, Vol. XVI, No 2/2006*, 7-9.
- Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Lehmann, K.A. (2002). *Handbuch Chronischer Schmerz – Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*. Stuttgart: Schattauer.
- Erickson, M.H. (1959). Hypnosis in painful terminal illness. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, January, 1, 117-121.
- Erickson, M.H. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *The American Journal of Clinical Hypnosis*. January, 8, 198-209.
- Erickson, M.H. (1967). An introduction to the study and application of hypnosis for pain control. In J. Lassner (Ed.), *Hypnosis and psychosomatic medicine*. Berlin: Springer. Deutsch in: M.H. Erickson, E.L. Rossi (1981): *Hypnotherapie* (p. 128-138). München: Pfeiffer.
- Erickson, M.H. (1967) Deep hypnosis and its induction. In Haley, J. (Ed.) (1967). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy – Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.* (p. 7) New York: Grune & Stratton.
- Häuser, W., Stetter, F. & Kupper, S. (2002). Für Sie gelesen: Effektivität hypnotischer Schmerzbehandlung. Eine Metaanalyse hypnotisch induzierter Analgesie: Wie effektiv ist Hypnose? *Der Schmerz* 16, 155-157
- Haley, J. (Ed.) (1967). *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy – Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.*. New York: Grune & Stratton.
- Hilgard, E.R. & Hilgard, J.R. (1975). *Hypnosis in the relief of pain* (pp. 86-102). Los Altos, CA: William Kaufmann.
- Hilgard, J.R. & LeBaron, S. (1982). Relief of Anxiety and Pain in Children and Adolescents with Cancer: Quantitative Measures and Clinical Observations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, XXX, No. 4. 417-442.
- Herschbach, P., Heußner, P. & Sellschopp, A. (Hrsg.) (2006). *Psycho-Onkologie – Perspektiven heute*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Jensen, M. & Patterson, D.R. (2006). Hypnotic Treatment of Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine* 29. 95-124.

- Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberg, L. & Dash, J. (1983). Adolescents with Cancer. Hypnosis for the Reduction of the Acute Pain and Anxiety associated with Medical Procedures. *Journal of Adolescent Health Care* 4. 85-90.
- Larbig, W. & Tschuschke, V. (Hrsg.) (2000). *Psychoonkologische Interventionen – Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München: Ernst Reinhardt.
- Larbig, W., Fallert B. & de Maddalena, H. (2002). *Tumorschmerz – Interdisziplinäre palliative Therapiekonzepte*. Stuttgart : Schattauer. (2. Auflage)
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000), Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The State of the Evidence and a Look to the Future, *The International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol. 48, No.2*, 239-259
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N. & Redd, W.H. (2000), A metaanalysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *The International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol. 48, No.2*, 138-153
- Morgan, A.H. & Hilgard, J.R. (1978/79). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. *The American Journal of Clinical Hypnosis, Vol. 21, No. 2&3, October and January*. 134-147.
- Nakamura, Y. & Chapman, C.R. (2002), Constructing pain – How pain hurts. In Yasue, K., Jibu, M. & Della Santa, T. (Eds.), *No Matter, Never Mind – Advances in Consciousness Research* (pp. 193-205). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins
- Noyes, R (1981). Treatment of cancer pain. (p. 64). *Psychosomatic Medicine, Vol. 43, February, No. 1*, 57-70
- Orne, M.T. & Dinges, D.F. (1984). Hypnosis. In Wall, P.D. & Melzack, R. (Eds.) *Textbook of Pain* (pp. 806-816). Edinburgh: Churchill Livingstone
- Orne, M.T. (1985). Nonpharmacological Approaches to Pain Relief: Hypnosis, Biofeedback, Placebo Effects. In Aronoff, G.M. (Ed.) *Evaluation and Treatment of Chronic Pain* (pp. 523-538). München/Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Patterson, D.R. & Jensen, M.P. (2003), Hypnosis and Clinical Pain. *Psychological Bulletin, Vol. 129, No. 4*, 495-521.
- Peter, B. (Hrsg.) (1984), *Hypnotherapie bei Krebserkrankungen*. Hypnose und Kognition, Einführungsheft Oktober.
- Peter, B. & Gerl, W. (1984). Hypnotherapie in der psychologischen Krebsbehandlung. In Peter, B. (Hrsg.), *Hypnose und Kognition-Hypnotherapie bei Krebserkrankungen*. (pp. 56-69), Einführungsheft, Oktober 1984
- Peter, B. (1998). Möglichkeiten und Grenzen der Hypnose in der Schmerzbehandlung. *Schmerz, 12* (pp. 179-186)
- Pinnell, C.M. & Covino, N.A. (2000), Empirical findings on the use of hypnosis in Medicine: A critical Review. *The International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol. 48, No.2*, 170-194.
- Revenstorf, D. & Keeser, W. (1979). Zeitreihenanalyse in Therapieverläufen – ein Überblick. In Petermann, F. & Hehl, F.J. (Hrsg.) *Einzelfallanalyse* (pp. 183-228). München: Urban & Schwarzenberg. (2. vollst. überarbeitete Auflage 1989)
- Revenstorf, D. (2003), *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie*. Tübingen.
- Rutka-Märzendorfer, B. (1991). *Peridurale Opiatanalgesie bei Carcinompatienten – Datenerfassung zur Unterstützung therapeutischer Entscheidungen*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Sacerdote, P. (1965). Additional Contributions to the hypnotherapy of the advanced cancer patient. *The American Journal of Clinical Hypnosis, 7* (pp. 308-319).
- Sacerdote, P. (1970). Theory and practice of pain control in malignancy and other protracted or recurrent painful illnesses. *The International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, Vol. 18* (pp. 160-180).
- Sacerdote, P. (1982). Erickson's contribution to pain control in cancer. In Zeig, J. (Ed.), *Ericksonian Approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 336-345). New York: Brunner & Mazel.

- Sacerdote, P. (1982), Techniques of hypnotic intervention with pain patients. In Barber, J. & Adrian, C. (Eds.), *Psychological approaches to the management of Pain* (pp. 60-83), New York: Brunner/Mazel (dt. Übersetzung von und zit. nach Senftl, 1994).
- Scholz, O.B. (1995). Was leisten Schmerztagebücher? Vorzüge und Grenzen ihrer Anwendung unter besonderer Berücksichtigung einzelfallbezogener Auswertung. *Der Schmerz*, 9, 107-116.
- Schülin, Ch., Seemann, H. & Zimmermann, M. (1989). Erfahrungen mit der Anwendung von Schmerztagebüchern in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 3, 133-139.
- Schultz, J.H. (1976). *Das Autogene Training - Konzentrierte Selbstentspannung*. Stuttgart: Thieme
- Seemann, H. (1987). Anamnesen und Verlaufsprotokolle chronischer Schmerzen für die Praxis – ein Überblick. *Der Schmerz*, 1, 3-12
- Sellschopp, A., Fegg, M., Frick, E., Gruber, U., Pouget-Schors, D., Theml, H., Vodermaier, A. & Vollmer, T. (Hrsg.) (2005). *Manual Psychoonkologie – Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge*. München: Zuckschwerdt. (2. Auflage).
- Senftl, K. (1994). *Zur klinischen Anwendung eines standardisierten Suggestibilitätstests bei Tumorschmerzpatienten (Hypnoseskala der Stanford Universität/Klinikfassung für Erwachsene – SHCS/A)*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. & Yalom, I. (1981). Group Support for Patients with Metastatic Cancer – a randomized prospective Outcome Study. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 38, May. 527-533.
- Spiegel, D. & Bloom, J.R. (1983). Group Therapy and Hypnosis reduce metastatic Breast Carcinoma Pain. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 45, No. 4, August. 333-339.
- Spiegel, D. (1985). The Use of Hypnosis in Controlling Cancer Pain. *CA-A Cancer Journal for Clinicians*, Vol. 35, No. 4, July/August. 221-231
- Syrjala, K.L., Cummings, C. & Donaldson, G.W. (1992), Hypnosis or cognitive behavioral Training für the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial. *Pain*, 48 (pp. 137-146)
- Trijsburg, R.W., van Knippenberg, F.C.E. & Rijpma, S.E. (1992), Effects of Psychological Treatment on Cancer Patients. A critical Review, *Psychosomatic Medicine*, 54 (pp. 489-517)
- Turner, J.A., Deyo, R.A., Loeser, J.D., von Korff, M., Fordyce, W.E. (1994). The importance Of placebo effects in pain treatment and research. *JAMA*, May 25; 271 (20): 1609-14
- Überla, K. & Kapsner, T. (1991). *Biometrischer Auswertungsbericht der Studie "Hilfe zur Selbsthilfe – Adjuvante Schmerztherapie für Tumorpatienten im Sinne psychosomatisch wirksamer Schmerzkontrolle durch den Einsatz von Autosuggestionen"*. IBE (Institut für Med. Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie der LMU München).
- World Health Organisation (1986). *Cancer Pain Relief*. Genf. (Dt. Fassung (1988): *Therapie tumorbedingter Schmerzen*. München: AV-Kommunikation und Medizin.
- Zeltzer, L. & LeBaron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *The Journal of Pediatrics*, Vol. 101, No. 6, 1032-1035
- Zimmermann, M. & Seemann, H. (1986). *Der Schmerz – ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin? Defizite und Zukunftsperspektiven in der Bundesrepublik Deutschland*. Heidelberg: Springer

English abstract:

The complex interaction of pain and suffering in cancer patients requires a treatment approach that integrates psychological as well as pharmacological interventions.

We examined the supplementation of a pharmacological treatment concept based on WHO-guidelines by the use of self hypnosis in a controlled clinical study: 61 of 342 patients with cancer related pain referred to the Interdisciplinary Pain Unit of Munich University Clinic were included. In a cross-over design they were randomly assigned to two different successions of treatments after a 2-week period of establishing optimal medication: either AB (,A‘/using self hypnosis and analgesics, followed by ,B‘/pharmacological treatment alone, 4 weeks each) or BA (,B‘ continuing pharmacological treatment alone and then ,A‘/using additional self hypnosis). Patients themselves evaluated therapeutic effectiveness with the help of visual analogue scales (VAS) in a ,pain diary‘; additional tests covered a total of 10 weeks. Time series analysis (univariate and multivariate ARIMA modelling) of the items of the pain diary was executed in some cases.

In 19 patients the study was discontinued because of rapid deterioration due to progression of cancer disease. 8 patients withdrew consent for this reason and 2 had incomplete diaries. 32 patients met all requirements of the study.

The ‘cross-over’ did not show statistical significance. The appropriate combination of methodological (design) and clinical issues (intervention, therapeutic relationship) is discussed. Using a parallel design we found a statistically significant reduction of ,pain‘ and ,suffering‘ (VAS) after the first 4 weeks for treatment ,A‘ (with self hypnosis) in comparison to treatment ,B‘ (without self hypnosis). In the second period (4 weeks) supplementing of the prescription of analgesics with instructions for self hypnosis seemed to stabilize the condition of patients first treated with analgesics alone, despite progression of the disease: 42 patients died within 12 months after having agreed to the study (16 patients included into statistical analysis and 26 who discontinued the study). We conclude that self hypnosis mobilizes inherent coping abilities.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hansjörg Ebell
Breisacherstr. 4
D 81667 München
info@doktorebell.de
www.doktorebell.de