

Zur Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in der hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung

Ralf Dohrenbusch¹
Sigrid Lipka²
Gundula Rüttinger

■ Hintergrund: Empirische Untersuchungen belegen bei chronischen Schmerzpatienten einen bedeutsamen Einfluss von Kontrollüberzeugungen auf den Verlauf und das Ergebnis kognitiv-behavioraler Therapien. Dieser Einfluss ist erwartungskonform, weil Verhaltenstherapie – anders als Hypnotherapie – unter anderem auf Kontrollüberzeugungen aufbaut und die transparente und systematische Förderung von Kontrollüberzeugungen anstrebt.

Ziel: Geprüft wurde, inwiefern die aus verhaltenstherapeutischen Studien bekannten engen Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und Therapieerfolg auf hypnotherapeutische Interventionen übertragbar sind.

Methode: Von insgesamt 57 chronischen Schmerzpatienten mit anfänglichem Interesse an einer hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung nahmen 38 an einer 3-wöchigen Intervention teil. Diese beinhaltete das tägliche Hören einer CD mit individuell kombinierbaren hypnotherapeutischen Komponenten zur Entspannung, Imagination und Suggestion. Zur Vorhersage der Behandlungswirkungen wurden initial schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen sowie hypnotherapeutische Indikationsmerkmale erhoben. Erfolgsmaße wurde prozess- und outcomebezogen erhoben.

Ergebnisse: Im Ergebnis wirkten sich initiale schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen nicht direkt auf das Behandlungsergebnis, sondern nur auf die Interventionswirkungen im Behandlungsverlauf aus. Ihre Wirkung war schwächer als bei kognitiv-behavioralen Therapien. Zugleich korrespondierte die bei erfolgreich hypnotherapeutisch behandelten Patienten typischerweise erhöhte Suggestibilität mit schmerzbezogenen Hilflosigkeitsüberzeugungen. Die möglicherweise problematische Wechselwirkung zwischen Kontrollüberzeugungen und Suggestibilität im hypnotherapeutischen Kontext wird kritisch reflektiert.

Conclusio: Suggestibilität sollte im Rahmen einer hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung nur dann gefördert werden, wenn

Kontrollüberzeugungen in der hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung

die mit Suggestibilität korrespondierenden unerwünschten Wirkungen, die in Hilflosigkeitsüberzeugungen zum Ausdruck kommen, durch die Intervention nicht verstärkt werden.

Schlüsselwörter: *Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit, Schmerzbehandlung, Suggestibilität*

Kontrollüberzeugungen gelten als zentrale Regulative der kognitiven Verarbeitung von Symptomen bzw. Beschwerden; sie wirken sich auf die Beschwerdewahrnehmung und auf Bewältigungsmotive aus und beeinflussen die Behandlungsmotivation und den Behandlungserfolg. Bei chronischen Schmerzpatienten spielen sie eine wichtige Rolle für die Ausprägung der Symptomatik wie auch in Bezug auf Behandlungswirkungen. So gehen nach einer Studie von Williams und Keefe (1991) bei chronischen Schmerzpatienten schwach ausgeprägte schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen mit vermehrt katastrophisierendem Denken und schlechteren Bewältigungsfähigkeiten einher. Jensen, Romano, Turner, Good und Wald (1999) konnten nachweisen, dass die Überzeugung der Selbstwirksamkeit bei chronischen Schmerzpatienten der beste Prädiktor für schmerzbezogenes Bewältigungsverhalten und die angegebene Schmerzintensität war. In einer eigenen Untersuchung (Dohrenbusch, 2001) konnte an Fibromyalgie-Patienten gezeigt werden, dass ausgeprägte Hilflosigkeitsüberzeugungen nicht nur mit einer ausgeprägteren Symptomatik, sondern auch mit einer ungenaueren Schmerzwahrnehmung und einer stärkeren Abhängigkeit des Schmerzverhaltens von situativen Einflüssen einher ging.

Der Einfluss von Kontrollüberzeugungen auf Behandlungsergebnisse bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist ebenfalls gut belegt. Nach einer Therapiestudie von Haugli, Steen, Laerum, Finset und Nygaard (2000) profitieren internal kontrollüberzeugte Schmerzpatienten deutlich stärker von einer 9-monatigen Intervention zur Schmerzbewältigung als Patienten mit schwachen Kontrollüberzeugungen. Gleiches zeigte sich in einer Therapieverlaufsstudie von Keel, Schmid und Wirz (1997), in der eine erfolgreiche kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung bei chronischen Schmerzpatienten mit verstärkten internalen Kontrollüberzeugungen einher ging. Einer Studie von Coughlin, Badura, Fleischer und Guck (2000) zufolge führen Schmerzbewältigungsprogramme zu einer Zunahme internaler und einer Abnahme externaler und fatalistischer Kontrollüberzeugungen. Nach Dolce, Crocker und Doleys (1986) beeinflussen Kontroll- bzw. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen während der Behandlung das Übungsverhalten und den Medikamentengebrauch bedeutsam noch nach 6-12 Monaten. Verhaltensbezogene Selbstwirksamkeitsüberzeugungen am Therapieende besitzen besondere klinische Relevanz, da sie den langfristigen Therapieerfolg vorher sagen (Kores, Murphy, Rosenthal, Elias & North, 1990). Selbst bei stark chronifizierten Schmerzverläufen oder bei Fibro-

myalgiepatienten führt eine Veränderung der Kontrollüberzeugungen zu einer Verringerung der Schmerzintensität (Buckelew, Parker, Keefe, Deuser et al., 1994). Schließlich sagen schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen selbstberichtetes und fremdberichtetes Schmerzverhalten sowie Verbesserungen im Funktionsniveau vorher (Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999).

Die bislang vorliegenden Untersuchungen (zsf. siehe auch Ruoff, 1998; Nilges, 1999, Scharff, Turk & Marcus, 1995) lassen keinen Zweifel daran, dass Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen enge statistisch und auch klinisch bedeutsame Zusammenhänge zur Ausprägung von Beschwerden, zum Bewältigungsverhalten, zum selbstregulierendem Verhalten, zur Behandlungsmotivation und zum Therapieerfolg aufweisen. Der durch Kontrollüberzeugungen erklärte Varianzanteil entspricht bei den genannten Variablen (Beschwerden, Bewältigungsverhalten usw.) in der Regel mittleren bis großen Effekten. Allerdings ist der steuernde bzw. vermittelnde Einfluss von Kontrollüberzeugungen bislang ganz überwiegend an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen nachgewiesen worden. Offen bleibt, inwiefern die an chronischen Schmerzpatienten gefundenen verhaltenstherapeutischen Ergebnisse auf hypnotherapeutische Interventionen übertragbar sind. Diese Frage stellt sich um so mehr, als Hypnotherapie weniger konsequent als Verhaltenstherapie auf Prinzipien aufbaut, die eine kontrollierte, systematische Annäherung an ein transparentes Behandlungsziel im Sinne einer Förderung internaler Kontrollüberzeugungen vorsehen. Anders als in kognitiv-behavioralen Therapien, in denen Handlungsentscheidungen weitestgehend transparent gemacht werden und Änderungsprozesse für den Patienten systematisch und schrittweise vorangetrieben werden, basiert die angenommene Wirkung hypnotherapeutischer Zugänge nicht zuletzt auf der Störung gezielter analytischer, systematischer Prozesse und der Förderung von kognitiver Neuorganisation durch Suggestion oder dosierte Irritation.

Tatsächlich existieren bereits Hinweise, dass der Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Kontrollüberzeugungen bei hypnotherapeutischen Interventionen keineswegs so deutlich ist, wie dies auf der Grundlage verhaltenstherapeutischer Studien erwartet werden kann. Beispielsweise zeigt eine gebündelte Einzelfallstudie von James, Large und Beale (1989), dass die Anwendung von Selbsthypnose über einen längeren Zeitraum bei chronischen Schmerzpatienten zwar zu einer Zunahme von Kontrollüberzeugungen führte, diese veränderten Kontrollüberzeugungen aber keineswegs systematisch mit einer Verringerung der Symptomatik einher gingen. Hurley (1980) konnte an einer Studentenstichprobe zeigen, dass durch eine hypnotherapeutische Intervention Kontrollüberzeugungen nicht stärker gefördert werden als durch eine einfache Atemübung. Nach einer Analyse von Hahnwald (1989) kann bei autosuggestiven Behandlungsmethoden (Autogenem Training) sogar angenommen werden, dass gerade hilflose Patienten mit schwachen Kontrollüberzeugungen besonders suggestibel sind. Dies könnte im Umkehrschluss bedeuten, dass hypnotherapeutische Methoden die Aufrechterhaltung schwacher Kontrollüberzeugungen begünstigen.

So bleibt derzeit unbestimmt, ob schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen bei chronischen Schmerzpatienten in gleicher Weise wie bei edukativen oder kognitiv-behavioralen Interventionen mit Behandlungserfolg assoziiert sind. In der Tendenz sprechen bisherige Untersuchungen aber dafür, dass die Beziehungen zwischen Kontrollüberzeugungen und Behandlungswirkungen bei hypnotherapeutischen im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen Interventionen weniger deutlich ausgeprägt sind.

Dabei dürfte die Empfänglichkeit für Suggestionen, die unter Ausschaltung bewusster, kritischer und rationaler Verarbeitungstendenzen gegeben werden, eine vermittelnde Rolle spielen. Hochsuggestible Patienten neigen zu Verhaltensweisen, die wenig Affinität zu Kontrollüberzeugungen aufweisen: sie reagieren positiver auf Pseudoerinnerungen (Peter, 1993) und sind empfänglicher für amnestische Phänomene, für logische Inkongruenz (Trancelogik) und natürlich für die fremdgesteuerte Beeinflussung motorischer und sensorischer Funktionen (Gheorghiu, 1993). Es kann erwartet werden, dass derartige Verhaltenstendenzen einen systematischen Zugewinn an Kontrolle und Kontrollüberzeugungen in der Therapie erschweren. Bereits 1965 hatte Hilgard vermutet, dass dem hypnotischen Zustand, der durch suggestives Lernen gekennzeichnet ist, ein Nachlassen des planerischen Handelns zugerechnet werden könne, desjenigen Handelns also, von dem eine Zunahme von Kontrollüberzeugungen erwartet werden kann. Andererseits ist gerade bei hochsuggestiblen Patienten ein positives Ansprechen auf eine hypnotherapeutische Intervention und damit auch ein guter Behandlungserfolg zu erwarten, der sich letztlich auch in ausgeprägten Kontrollüberzeugungen widerspiegeln sollte.

Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Untersuchung darauf ab, die Beziehungen zwischen schmerzbezogenen Kontrollüberzeugungen, Indikationsmerkmalen, die eine positive Reaktion auf eine Hypnotherapie erwarten lassen und dem Erfolg einer Hypnotherapie an chronischen Schmerzpatienten genauer zu untersuchen. Sie geht folgenden Fragen nach:

1. Welchen Einfluss haben initiale schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen bei chronischen Schmerzpatienten auf Prozess- und Ergebnismerkmale (Outcome) einer hypnotherapeutischen Intervention? Auf der Grundlage der o.g. Studien wird angenommen, dass sich Kontrollüberzeugungen zwar auf den hypnotherapeutischen Behandlungserfolg auswirken, dieser Effekt aber weniger deutlich ausgeprägt sein sollte als bei kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen.
2. In welchem Zusammenhang stehen schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen, die sich zur Vorhersage verhaltenstherapeutischer Behandlungswirkungen eignen, zu hypnotherapeutischen Indikationskriterien wie z.B. der Suggestibilität oder der Einstellung zur Hypnose, die sich zur Vorhersage hypnotherapeutischer Behandlungswirkungen eignen? Mit Blick auf die Ergebnisse von James, Large und Beale (1989) kann erwartet werden, dass der Zusammenhang zwischen (internen) Kontrollüberzeugungen und Indikationsmerkmalen, die sich am Erfolg einer Hypnotherapie ausrichten, schwach ist. Mit Bezug auf die Überle-

gung, dass hoch suggestible Patienten offen sind für logische Inkongruenz und Fremdsteuerung, kann sogar erwartet werden, dass hohe Suggestibilität eher mit schwachen Kontrollüberzeugungen einher geht.

3. Wie unterscheidet sich die Vorhersage des Behandlungserfolgs durch Kontrollüberzeugungen von der Vorhersage des Behandlungserfolgs durch hypnotherapeutische Indikationskriterien? Da hypnotherapeutische Indikationsmerkmale auf die Vorhersage eines hypnotherapeutischen Behandlungserfolgs abgestimmt sind, kann erwartet werden, dass hypnotherapeutische Indikationsmerkmale bei chronischen Schmerzpatienten eher stärker zur Vorhersage eines hypnotherapeutischen Behandlungserfolgs beitragen als Kontrollüberzeugungen.

Methoden

Stichprobe

In 2 medizinischen Praxiseinrichtungen mit schmerztherapeutischem Schwerpunkt wurden insgesamt 57 Patienten von den behandelnden Ärzten auf die Möglichkeit hingewiesen, zusätzlich zur medizinischen Schmerzbehandlung an einer „kostenlosen Hypnotherapie“ teilnehmen zu können. Gefragt wurden alle deutschsprachigen chronischen Schmerzpatienten in schmerztherapeutischer Behandlung über einen Zeitraum von 8 Wochen, die nach ärztlicher Einschätzung für diese Intervention potentiell geeignet waren. Die Ärzte und Praxismitarbeiter waren jedoch gebeten worden, die Patienten nicht explizit zur Teilnahme zu motivieren oder aufzufordern, um eine möglichst homogene intrinsische Therapiemotivation der Teilnehmergruppe sicher zu stellen.

Von den Befragten willigten 38 ein, 19 zeigten kein Interesse oder brachen die Intervention vorzeitig ab. Die Nichtinteressierten waren im Durchschnitt älter als die Teilnehmer (54 ± 15 Jahre vs. 45 ± 11 Jahre), und sie waren häufiger nicht berufstätig bzw. arbeitslos (72 % Nichtteilnehmer vs. 37 % Teilnehmer). Von den Teilnehmern waren 64 % weiblich. Die häufigsten Diagnosen waren in der Teilnehmergruppe chronischer Rückenschmerz (45 %), Migräne (24 %) und Fibromyalgie (12%). Die Teilnehmer zeigten im Vergleich zu Nichtteilnehmern eine positivere Einstellung zur Hypnose (HypnoS-Skala 1 (vgl. Untersuchungsverfahren): Mittlere Differenz = .86, SD = .23, $t = 3.7$, $p < .001$) und eine umfangreichere bisherige Erfahrung mit Hypnose (HypnoS-Skala 3: Mittlere Differenz = .77, SD = .45, $t = 2.6$, $p < .001$). Teilnehmer und Nichtteilnehmer unterschieden sich nicht bedeutsam in Bezug auf die Anzahl der Diagnosen, die bisherige Dauer der Schmerzen in Jahren, die durchschnittliche Schmerzdauer pro Tag, die Anzahl schmerzhafter Tage pro Woche und die Ausprägung schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen.

Untersuchungsverfahren

Die folgenden Untersuchungsverfahren wurden verwendet:

- Der Fragebogen zur Erfassung schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen (FSK;

- Flor, 1991) bildet mit 18 Items die weitgehend voneinander unabhängigen Dimensionen „Überzeugung der Kontrollierbarkeit“ und „Überzeugung der Hilflosigkeit“ ab. Erfasst werden ausnahmslos schmerzbezogene Überzeugungen. Die Items sind im Sinne von Banduras Konzept der "self-efficacy" formuliert.
- Der Hypnose-Screeningfragebogen (HypnoS; Dohrenbusch & Scholz, 2003) ist ein Selbstberichtsfragebogen zu Voraussetzungen und Indikationsmerkmalen für eine erfolgversprechende hypnotherapeutische Behandlung. Erfasst werden mit 20 Items Imaginations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit, die Einstellung zur Hypnose, bisherige Erfahrungen mit Hypnose sowie Offenheit und Vertrauen gegenüber dem Therapeuten. Vorliegende Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere die selbstberichtete Imaginations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit Beziehungen zu Kontrollüberzeugungen aufweist.
 - Der Freiburger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitäts-Test beinhaltet die CD-gesteuerte Durchführung einer Entspannungs- und Vorstellungübung (FIRST; Scholz, 2002). Dazu werden verschiedene sensorische Wahrnehmungen, bildhafte Vorstellungen oder motorische Reaktionen unter Trancebedingungen suggeriert. Vor und nach der Trance beurteilt der Proband seine augenblickliche Befindlichkeit. Der daraus abgeleitete Veränderungswert informiert darüber, wie stark durch Trance Befindlichkeitsveränderungen induziert werden können. "Suggestibilität" ist als Summe der sichtbaren Reaktionen des Patienten auf die Suggestionen definiert, die der anwesende Untersucher während der Testdurchführung (Trance) protokolliert. Nach der Trance wird der Proband zur Lebendigkeit seiner Vorstellungen und Empfindungen während der Testdurchführung befragt (Untertest "Imagination"). Schließlich werden ausgewählte Aspekte der Trancetiefe und der subjektiven Reaktion auf die erfolgte Darbietung erfragt. Der daraus abgeleitete "Tranceindex" resultiert aus Indikatoren für eine verzerrte oder fehlerhafte Wahrnehmung (z.B. "Haben Sie Sprechfehler bemerkt?"). "Entspannungsindex" und "Imaginationsindex" sind singuläre Globaleinschätzungen für die Entspannung und das Vorstellungsvermögen während der Trance. Der Indikationshinweis ist definiert als 5-stufige Antwort auf die Frage: "Würde Ihnen eine Behandlung hilfreich sein, die viel mit solchen Methoden arbeitet?" FIRST- und HypnoS-Parameter wurden als "hypnotherapeutische Indikationsmerkmale" bewertet.
 - Der Mehrdimensionale Schmerzfragebogen (MPI-D; Kerns, Turk & Rudy, 1985, dt. Version von Flor, 2001) erfasst anhand von 24 Items Schmerzstärke, Beeinträchtigung, affektive Verstimmung, soziale Unterstützung und Lebenskontrolle. Schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen werden am ausführlichsten erfasst. Die Skalenmittelwerte der untersuchten Stichprobe entsprachen denen der Eichstichprobe (Kerns, Turk & Rudy, 1985).
 - Im Anschluss an den MPI-D wurden Fragen zu Schlafproblemen im letzten Monat und zu zusätzlichen, bedarfsabhängigen Schmerzmedikamenten in der

letzten Woche gestellt ("Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzmedikamente bedarfsabhängig und zusätzlich zu den regulär vom Arzt verordneten Medikamenten eingenommen?"). In der abschließenden Erhebung wurden Informationen zur Bewertung der Interventions-CD und zum Umgang mit der CD erhoben.

- Der Begleitbogen zur Intervention enthielt 10-stufige numerische Ratingskalen (1 = keine Anspannung bis 10 = starke Anspannung; 1 = keine Schmerzen bis 10 = schlimmste Schmerzen) zur Anspannung und zur Schmerzintensität jeweils vor und nach der Trance sowie ein Feld pro Durchführung zur freien Angabe von positiven oder negativen Erfahrungen während der Trance.

Hypnotherapeutische Intervention

Ziel war die Integration hypnotherapeutischer Elemente in einen vom Grundsatz her systematischen verhaltensmedizinischen Behandlungsansatz. Selbstkontrollerfahrungen wurden dadurch gefördert, dass die Interventionen regelmäßig und täglich durchgeführt wurden und von Selbstbeobachtungen und deren Protokollierung begleitet waren. Insofern entsprachen die äußeren Rahmenbedingungen den üblichen verhaltenstherapeutischen Lernbedingungen, für die ein enger Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Behandlungswirkung erwartet werden konnte.

Den interessierten Patienten wurde zunächst eine Patienteninformation über die Behandlung zugesandt. Darin wurde über das Verfahren „Hypnotherapie“ aufgeklärt, und es wurde über Forschungsergebnisse zu potentiellen hypnotherapeutischen Wirkungen bei Schmerzen informiert. Dadurch sollte eine angemessen positive Erwartungshaltung gefördert werden. Zugleich wurde auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Durchführung der Interventionen und die Protokollierung der Wirkungen hingewiesen.

Die folgenden 3 Kontakte beinhalteten die Erhebung soziodemographischer Angaben und die Durchführung bzw. Bearbeitung der diagnostischen Verfahren (FSK, FIRST, HypnoS, MPI-D, schriftliche Schmerz- und Beschwerdenanamnese). Außerdem wurde die Notwendigkeit allgemeiner psychohygienischer Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten erörtert (Vermeidung von Dauerstress, Förderung des Gesundheitsverhaltens, Schaffung günstiger äußerer Bedingungen für das Hören der CD). Die CD wurde den Patienten vorgestellt als ein Instrument zur Herstellung einer Trance, in der besonders intensive Lernerfahrungen möglich seien. Die Patienten wurden instruiert, sich täglich zu einer bestimmten Zeit eine selbstbestimmte Auswahl hypnotherapeutischer Texte von einer CD in einem entspannten Zustand anzuhören. Zur Verfügung standen eine Entspannungsinduktion, Ruhebildimaginationen, Wärmesuggestion, Kältesuggestion und eine metaphorische Geschichte. Die metaphorische Geschichte beschreibt die Notwendigkeit, unter Belastungsbedingungen die eigenen Kräfte im Gleichgewicht zu halten. Die Figuren der Geschichte erkennen, wie sie rekursive Prozesse des Aufschaukelns von Anstrengungen und Kompensationsver-

suchen bis zur Erschöpfung vermeiden können. Jeweils vor und nach der Maßnahme sollten der Grad der Anspannung und die Schmerzintensität auf einer Skala von 0 bis 10 angegeben werden. Alle Texte waren mit Hintergrundmusik unterlegt.

In einer abschließenden Befragung wurden die Patienten um ihre Bewertung der Intervention gebeten. Auf einer 6-stufigen Rating-Skala (1= sehr gut gefallen, 6 = nicht gefallen) wurde die CD im Durchschnitt mit 2,1 bewertet, 86 % der Patienten wollten die CD behalten. Zur Imaginationsfähigkeit in Bezug auf die suggerierten Bilder und Empfindungen befragt, gaben die Patienten wiederum auf einer 6-stufigen Skala an, sich Bilder wie Meer und Bach gut vorstellen zu können (MW = 2,4, SD = 1,3), etwas weniger gut Temperaturveränderungen (MW = 3,4, SD = 1,6).

Während der 3-wöchigen Übungsphase hatten die Patienten die Möglichkeit, sich bei Fragen oder Problemen telefonisch an die Untersucherin zu wenden. Diese Möglichkeit wurde wiederholt genutzt. Nach 3 Wochen erfolgte die Abschlussuntersuchung. Alle Kontakte vor und nach der CD-gestützten Intervention wurden als Einzelgespräche durchgeführt.

Design

Zur Überprüfung der Wechselwirkungen zwischen Attributionsmuster und Therapieerfolg wurde ein zweifaktorielles varianzanalytisches Design (Kontrollüberzeugung x Zeit) verwendet. Dazu wurde die Stichprobe anhand des FSK (Flor, 1991) clusteranalytisch (Ward-Methode auf der Grundlage quadrierter euklidischer Abstände) in Patienten mit stark vs. schwach ausgeprägten Kontrollüberzeugungen unterteilt. Davon wiesen $n = 18$ Patienten (54 %) ausgeprägte schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen und geringe Hilflosigkeitsüberzeugungen und $n = 20$ Patienten (46 %) ausgeprägte Hilflosigkeits- und schwache Kontrollüberzeugungen auf.

Veränderungen im Prä-Post-Vergleich wurden abgebildet über die Skalen des Mehrdimensionalen Schmerzfragebogens (MPI-D; dt. Version von Flor, 1991) sowie über Angaben zur Einnahme von Bedarfsanalgetika.

Die Wirksamkeit der Intervention während des Therapieprozesses wurde erfasst, indem Anspannung und Schmerzintensität jeweils unmittelbar vor und nach jeder hypnotherapeutischen Intervention erfragt wurden. Aus den individuellen Werten wurden mittlere τ -normierte Differenzen (Huber, 1973) zwischen Anspannung und Schmerzstärke berechnet. Die Differenzen bilden den mittleren Effekt der Intervention auf die Anspannung und die Schmerzintensität während des 3-wöchigen Therapieverlaufs ab.

Die differenzielle Vorhersage des Therapieerfolgs erfolgte anhand eines regressionsanalytischen Designs. Prädiktorvariablen zu Kontrollüberzeugungen waren die FSK-Skalen, Prädiktorvariablen zu hypnosespezifischen Indikationsmerkmalen waren ausgewählte Skalenwerte des FIRST (Scholz, 2002) und des HypnoS (Dohrenbusch & Scholz, 2003). Dabei galten Kontrollüberzeugungen als geeignete Prädiktoren eines verhaltenstherapeutischen Behandlungserfolgs und hypnosespezifische

Indikationsmerkmale als geeignete Prädiktoren eines hypnotherapeutischen Interventionserfolgs. Als Outcome-Erfolgskriterien wurden die ausgangswertkorrigierten Prä-Post-Differenzen der MPI-D-Variablen verwendet, die einen Behandlungserfolg abbildeten, sowie die Differenz der angegebenen Bedarfsanalgetika bezogen auf die jeweils letzte Woche. Berechnet wurden lineare Regressionen mit Einschluss aller Variablen.

Ergebnisse

Wirksamkeit der Intervention

Im Prä-Post-Vergleich verringerte sich die angegebene Beeinträchtigung durch Schmerzen (MPI-D) im Alltag signifikant ($p < .001$) von $MW1 = 4,0 \pm 1,2$ auf $MW2 = 3,4 \pm 1,4$. Die durchschnittliche Schmerzintensität (MPI-D) nahm im Trend ($p < .10$) ebenfalls ab von $MW1 = 3,4 \pm 1,3$ auf $MW2 = 3,0 \pm 1,3$. Die mittlere Anzahl der bedarfsabhängig eingenommenen Schmerzmittel verringerte sich von 5 – 6 Einheiten pro Woche auf 3 – 4 Einheiten (Wilcoxon $Z = -2,29$, $p < .05$). Veränderungen in Bezug auf die affektive Verstimmung, die soziale Unterstützung und die Lebenskontrolle zeigten sich nicht.

Im Therapieverlauf reduzierte sich durch die Intervention jeweils die situative Anspannung von $4,8 \pm 1,2$ auf $3,4 \pm 1,3$ ($F = 71,5$, $p < .001$) und die mittlere situative Schmerzstärke von $3,4 \pm 1,4$ auf $3,1 \pm 1,4$ ($F = 36,4$, $p < .001$) im Durchschnitt gemittelt über alle Interventionen (20 pro Person) und Personen.

Als änderungssensitive Maße im prä-post-Vergleich erwiesen sich demnach Angaben zum Funktionsniveau, zur Schmerzintensität und zur Medikamenteneinnahme. Da keine Therapie- oder Wartekontrollgruppe in die Erhebung einbezogen wurde, können die beobachteten Veränderungen nicht ausschließlich auf die hypnotherapeutische Intervention zurückgeführt werden.

Interaktion zwischen Kontrollüberzeugungen und Erfolgsmaßen

Abbildung 1 zeigt die durchschnittliche Veränderung von Anspannung und Schmerzintensität durch das Hören der CD in Abhängigkeit von initialen Kontrollüberzeugungen im Behandlungsverlauf. Kontrollüberzeugte Patienten gingen im Durchschnitt von einem höheren Anspannungsniveau als hilflosigkeitsüberzeugte aus, nach der Intervention waren beide Gruppen auf einem einheitlichen Niveau (Gruppe x Zeit: $F = 4,71$, $p < .05$). Auch in Bezug auf die Schmerzintensität zeigten Kontrollüberzeugte einen stärkeren Abfall, der mit einer subjektiv niedrigeren Schmerzstärke nach der Intervention korrespondierte. Auch dieser Interaktionseffekt war signifikant (Gruppe x Zeit: $F = 5,1$, $p < .05$). Die Einteilung nach Kontrollüberzeugung wirkte sich indessen weder auf die verwendeten MPI-D- Outcome-Parameter, noch auf Angaben zur Bedarfsmedikation aus.

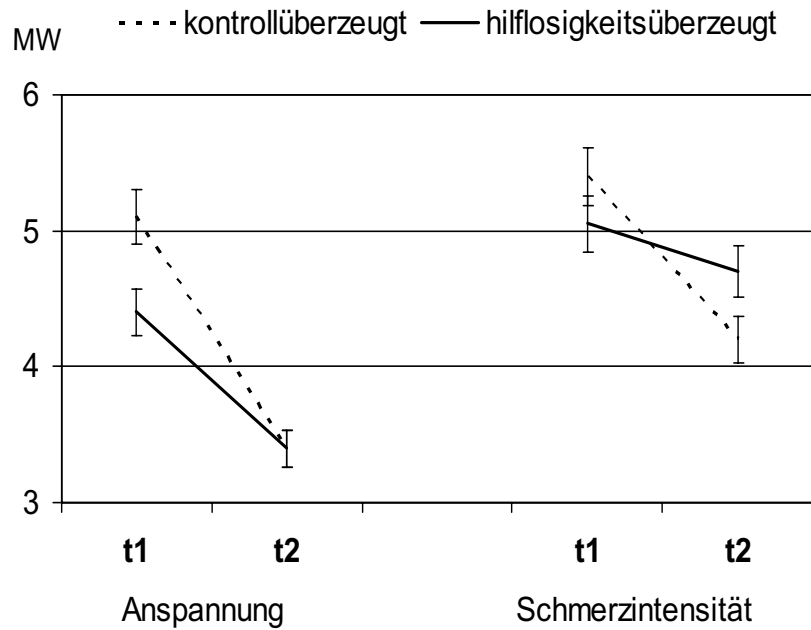


Abb. 1: Mittlere Anspannung und Schmerzintensität vor (t1) und nach (t2) insgesamt 20 Interventionen im Vergleich von kontrollüberzeugten (KÜ) und hilflosigkeitsüberzeugten (HÜ) Schmerzpatienten (Skala: 1 – 10)

Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und hypnotherapeutischen Indikationskriterien

Tabelle 1 beschreibt die Zusammenhänge zwischen den FSK-Skalen und den Kennwerten der Testverfahren zur hypnotherapeutischen Indikation (FIRST, HypnoS). Insgesamt zeigten sich engere Zusammenhänge zwischen hypnotherapeutischen Indikationsmerkmalen und Hilflosigkeitsüberzeugungen als zwischen hypnotherapeutischen Indikationsmerkmalen und Kontrollüberzeugungen. Die Überzeugung von schmerzbezogener Hilflosigkeit ging vor allem mit erhöhter Suggestibilität und einer geringeren Entspannung in der Testsituation einher. Patienten mit erhöhten Hilflosigkeitsüberzeugungen gaben eine generell negativere Einstellung gegenüber der Hypnose, zugleich aber eine größere Aufgeschlossenheit in der Testsituation an. Hier unterschieden sie sich von kontrollüberzeugten Patienten, die der Tranceerfahrung zunächst weniger offen gegenüber standen. Es zeigten sich keine systematischen Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und der selbstbeurteilten Imaginations- und Konzentrationsfähigkeit.

Tab. 1: Korrelationen zwischen FSK-Kennwerten zu schmerzbezogenen Kontrollüberzeugungen und Kennwerten zur hypnotherapeutischen Indikation (H: Skalen des HypnoS; F: Skalen des FIRS). Es sind nur Korrelationen über .15 angegeben. * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

	Überzeugung der Kontrollierbarkeit	Überzeugung der Hilflosigkeit
Imaginations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit (H)		
Positive Einstellung zur Hypnose (H)		-.35*
Offenheit und Vertrauen (H)		
Erfahrung mit Hypnose (H)		
Schläfrigkeit (F)	.30	
Zuversicht (F)	.27	
Aufgeschlossenheit (F)	-.25	.37*
Gelassenheit (F)		
Nervosität (F)	-.26	.15
Suggestibilität (F)		.41**
Imagination (F)	-.22	-.30
Entspannungsindex (F)		-.36*
Imaginationsindex (F)	-.19	-.29
Tranceindex (F)		-.18
Erfolgserwartung (F)		.30

Vorhersage der Erfolgsmaße durch hypnotherapeutische Indikationskriterien

Die Einstellung zur Hypnose wies Zusammenhänge zur Behandlungswirkung im Therapieverlauf auf: eine positivere und offenere Haltung gegenüber der Behandlung führte zur Angabe verringerter Anspannung, tendenziell auch verringerter Schmerzen. Von den hypnotherapeutischen Indikationskriterien wirkte sich die initiale Trancetiefe und die Bewertung des Verfahrens förderlich auf die Reduktion des Medikamentenkonsums aus. Wer bereits vor der Intervention Vertrauen in die Wirksamkeit hypnotherapeutischer Methoden geäußert hatte und durch veränderte Wahrnehmungen in der Trance gekennzeichnet war, der reduzierte sein Medikamenteneinnahmeverhalten auch unabhängig davon, ob die Einzelinterventionen im Therapieverlauf wirksam waren oder nicht.

Erhöhte Suggestibilitätsscores sagten jeweils erhöhte Anspannungen nach den Interventionen und eine geringere Abnahme schmerzbedingter Beeinträchtigungen im MPI-D vorher (vgl. Tabelle 2).

Kontrollüberzeugungen in der hypnotherapeutischen Schmerzbehandlung

Tab. 2: Korrelationen zwischen Kennwerten zur hypnotherapeutischen Indikation (H: Skalen des HypnoS; F: Skalen des FIRST) und Therapieerfolgsmaßen. Es sind nur Korrelationen über .15 angegeben. * = $p < .05$; ** = $p < .01$.

Erläuterung: Beispiel Zusammenhang "Schläfrigkeit" und "Zusatzmedikation": Je höher die angegebene Schläfrigkeit vor der Tranceinduktion im FIRST, um so mehr bedarfsabhängige Schmerzmittel wurden am Ende der Therapie unter Berücksichtigung der Prä-Werte angegeben.

	Outcome-Parameter (Prä-post-Residuen)			Prozess Parameter	
	Schmerz- stärke	Beein- trächtigung	Zusatz- medika- tion	Schmer- zen nach Interven- tion	Anspan- nung nach Interven- tion
Imaginations-und Auf- merksamkeitsfähigkeit (H)		.21		-.26	-.30
Positive Einstellung zur Hypnose (H)	-.35*			-.22	-.34
Offenheit und Vertrauen (H)				-.22	-.36*
Erfahrung mit Hypnose (H)		.27			
Schläfrigkeit (F)			.35*		-.16
Zuversicht (F)	-.17			.21	.29
Aufgeschlossenheit (F)		.22	.23	.28	.29
Gelassenheit (F)		-.29	-.24		
Nervosität (F)	.17	.27			
Suggestibilität (F)		.35*			.42*
Imagination (F)	-.22		-.20		
Entspannungsindex (F)			-.21	-.35	-.48**
Imaginationsindex (F)	-.20		-.31	-.15	-.22
Tranceindex (F)		-.25	-.40*		-.18
Erfolgserwartung (F)	-.17		-.50**	-.16	-.27

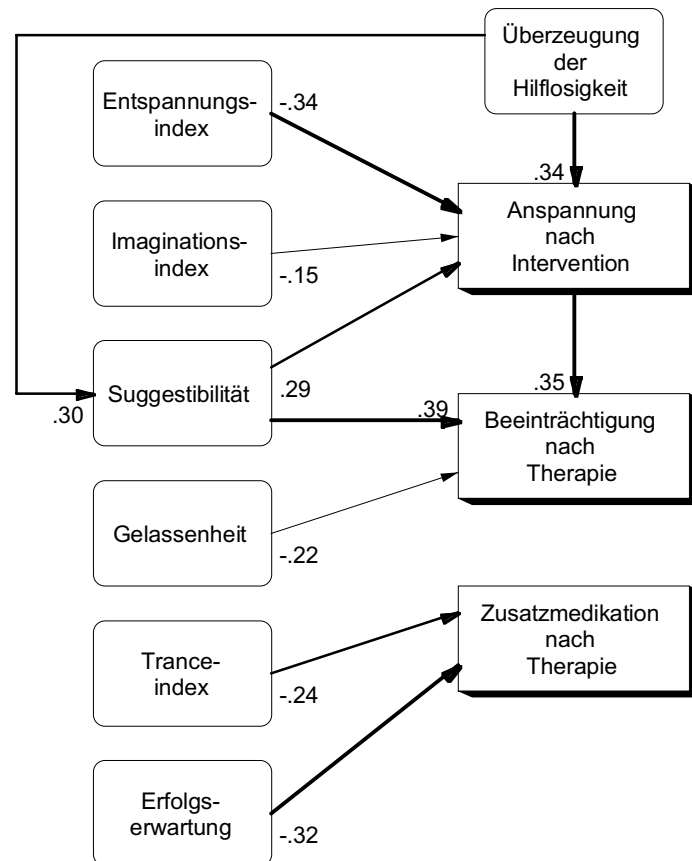


Abb. 2: Vorhersage der Therapieerfolgsmaße anhand ausgewählter FIRST-Kennwerte (hypnotherapeutische Indikationsmerkmale: linke Spalte) und des FSK-Wertes „Überzeugung der Hilflosigkeit“ (Prädiktoren = einfacher Rahmen, Kriterien: Rahmen mit Schatten). Angegeben sind die nicht standardisierten Regressionsgewichte.

Differenzielle Vorhersage der Erfolgsmaße durch Kontrollüberzeugungen und hypnotherapeutische Indikationskriterien

Abbildung 2 bildet die ermittelten regressionsanalytischen Vorhersagegewichte derjenigen Parameter ab, für die ein signifikanter Zusammenhang gefunden wurde. Hilflosigkeitsüberzeugungen wirkten sich lediglich indirekt in Form abgeschwächter Interventionswirkungen im Therapieverlauf auf das Therapieergebnis aus. Diese abgeschwächten Wirkungen wurden durch eine erhöhte Suggestibilität vermittelt. Demgegenüber wirkten sich hypnotherapeutische Indikationsmerkmale direkt und indirekt

auf Outcome-Maße aus. Die stärksten Vorhersagen betrafen den positiven Zusammenhang zwischen erhöhter Suggestibilität und geringer Entspannungsfähigkeit einerseits und therapeutischem Misserfolg andererseits. Die in Bezug auf den Medikamentenkonsum statistisch bedeutsamen Vorhersagewerte der Trancetiefe und der positiven Einstellung zur Hypnose korrespondierten nicht mit erhöhten Kontrollüberzeugungen. Insgesamt konnten Therapieerfolgsmaße durch initiale Kontrollüberzeugungen deutlich schlechter vorhergesagt werden als durch hypnotherapeutische Indikationsmerkmale.

Diskussion

Die Studie ging dem Einfluss schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen auf Verlauf und Erfolg einer teilstandardisierten hypnotherapeutischen Intervention zur Schmerzbehandlung nach. Auf Grundlage der Ergebnisse kognitiv-verhaltenstherapeutischer Wirksamkeitsstudien war eine Wechselwirkung zwischen der Ausprägung schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen und dem Behandlungserfolg erwartet worden. Offen war aber die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf hypnotherapeutische Interventionen.

In der durchgeführten Untersuchung gaben die Patienten Verbesserungen in Bezug auf die Schmerzstärke, schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigungen und in Bezug auf die bedarfsabhängige Analgetikaeinnahme an. Die mittlere Effektstärke in Bezug auf die Verbesserung des Funktionsniveaus entsprach den von Newton-John, Spence und Schotte (1995) oder Nicholas, Wilson und Goyen (1992) berichteten Effektstärken für kognitiv-behavioral ausgerichtete Schmerztherapien. Insofern korrespondierte die mutmaßlich durch die hypnotherapeutische Intervention herbeigeführte Wirkung mit den auch sonst bei chronischen Schmerzpatienten durch psychologische Maßnahmen erzielten Wirkungen (vgl. auch Jäkle & Basler, 2000).

Mit Verweis auf bereits vorliegende Studien hatten wir eine schwache Wechselwirkung zwischen Kontrollüberzeugungen und Kennwerten zum Behandlungserfolg erwartet. Die durchgeführte Studie erbrachte indessen keine Hinweise auf systematische Beziehungen zwischen initialen schmerzbezogenen Kontrollüberzeugungen und Therapie-Outcomemaßen. Die fehlende Wechselwirkung spricht dafür, dass die sonst enge Beziehung zwischen Kontrollüberzeugungen und Outcome durch die Charakteristik einer überwiegend suggestiv ausgerichteten Methode geschwächt wurde.

Allerdings konnten deutliche Zusammenhänge zwischen Kontrollüberzeugungen und der unmittelbaren Interventionswirkung im Therapieprozess aufgezeigt werden. Kontrollüberzeugte Patienten gingen vor der Intervention von einem höheren durchschnittlichen Anspannungs- und Schmerzniveau aus und reagierten dann im Durchschnitt positiver auf das Hören der CD-Teile als hilflosigkeitsüberzeugte Patienten. Die höheren Ausgangswerte sprechen dafür, dass die kontrollüberzeugten Patienten den Interventionen regelmäßig nicht nur angespannter, sondern auch aufmerksamer, möglicherweise auch zielorientierter (volitionaler) begegneten. Diese Deutung wird zumindest durch das Ergebnis gestützt, dass kontrollüberzeugte Patienten der Trance-

erfahrung im FIRST zunächst kritischer gegenüber standen und die Methode bereits frühzeitig stärker auf mögliche Probleme und Potentiale hin bewerteten. Demgegenüber reagierten hilflosigkeitsüberzeugte Patienten zwar anfangs scheinbar offener auf die Intervention, konnten sich aber dann weniger gut auf sie einlassen und erzielten beim Hören der CD entsprechend schwächere Wirkungen. Die Ergebnisse sind mit der Annahme vereinbar, dass Kontrollüberzeugungen die Ernsthaftigkeit des Bemühens um einen erfolgreichen Umgang mit der hypnotherapeutischen Intervention selbst beeinflussen, nicht aber die Wirksamkeit der Gesamtintervention auf die Symptomatik und deren Auswirkungen. Die sonst enge Beziehung zwischen Kontrollüberzeugungen und Behandlungserfolg wurde demnach durch die Charakteristik einer hypnotherapeutischen Methode nicht generell, sondern nur in Bezug auf situationsübergreifende Änderungsmaße geschwächt.

Die zweite Frage galt den Beziehungen zwischen Kontrollüberzeugungen und hypnotherapeutischen Indikationskriterien. Wenn sich schmerzbezogene Kontrollüberzeugungen und zentrale Merkmale einer hypnotherapeutischen Intervention wechselseitig negativ beeinflussen, dann könnte dies erklären, warum der sonst enge Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Therapieerfolg bei hypnotherapeutischen Interventionen so schwach ausfällt. Ein zentrales Indikationsmerkmal war dabei die Suggestibilität. Es war erwartet worden, dass hoch suggestible Patienten aufgrund höherer Bereitschaft für logische Inkonsistenz und Fremdsteuerung eher schwächere Kontrollüberzeugungen aufweisen als wenig suggestible Patienten. Zwar konnte eine negative Beziehung zwischen Kontrollüberzeugungen und der Suggestibilität in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden, wohl aber ein positiver Zusammenhang zwischen Hilflosigkeitsüberzeugungen und Suggestibilität. Offensichtlich vermittelte die Suggestibilität der Patienten zwischen Hilflosigkeitsüberzeugungen, Therapieverlauf und Therapieoutcome. Dies wirft die Frage nach der Bedeutung der Suggestibilität im Schnittpunkt von Kontrollüberzeugungen und Therapiewirkungen auf.

Nach Kumar, Pekala und Cummings (1996) wird Suggestibilität von verschiedenen Merkmalen wie Absorptionsfähigkeit, sozialer Erwünschtheit, Dissoziationskontrolle, Affekt und Imagination bestimmt. In der vorliegenden Studie wurde Suggestibilität als Summe der motorischen Reaktionen operationalisiert, die auf spezifische Suggestionen hin gezeigt wurden. Dabei spiegelt der aus den Verhaltensbeobachtungen abgeleitete Suggestibilitätsindex wahrscheinlich nicht nur die Wirkung der Suggestionen und die Tiefe des Tranceerlebens, sondern zu wesentlichen Teilen auch Aspekte sozialer Erwünschtheit wider. Dafür spricht zum einen, dass die Suggestionen in Anwesenheit des Untersuchers gegeben, beobachtet und dokumentiert wurden und sich die Patienten dieser Anwesenheit auch bewusst waren. Zum anderen enthält der Test verschiedene Suggestionen, die nach kurzer Induktion relativ zügig aufeinander folgten und insofern möglicherweise nicht wirklich intensiv verarbeitet werden konnten. Demnach dürften die im Suggestibilitätswert abgebildeten motorischen Re-

aktionen eher ein überangepasstes Sozialverhalten abbilden als die Bereitschaft, sich auf die Suggestionen im Erleben einzulassen. Diese Deutung könnte die gefundenen Zusammenhänge erklären, da Patienten mit hohen Suggestibilitätswerten dann eher durch vermehrte Unsicherheit, soziale Angst oder Orientierungslosigkeit, also Indikatoren einer verstärkten (sozialen) Hilflosigkeit gekennzeichnet wären, die wiederum mit größerer Wahrscheinlichkeit mit Hilflosigkeitsüberzeugungen korrespondieren. Dies schließt nicht aus, dass – wie Scholz (2002) ausführt – erhöhte Suggestibilitätswerte eine erhöhte Erfolgserwartung an eine therapeutische Strategie anzeigen, in der Suggestionen von Belang sind. Die Ergebnisse lassen es aber als unwahrscheinlich erscheinen, dass die vorgenommene Operationalisierung der Suggestibilität Aussagen darüber zulässt, wie stark die Patienten im Erleben auf Suggestionen reagiert haben. Insgesamt sind die Ergebnisse mit der Annahme vereinbar, dass hilflosigkeitsüberzeugte Schmerzpatienten in ihrem Hilflosigkeitserleben durch die hier verwendeten suggestiven Behandlungsmethoden eher noch verstärkt wurden.

Schließlich sollte die Frage beantwortet werden, ob Kennwerte zu Kontrollüberzeugungen oder Kennwerte zur hypnotherapeutischen Indikation besser geeignet sind, um Veränderungen im Behandlungsverlauf vorherzusagen. Damit war die Vergleichbarkeit der Bedeutung von Kontrollüberzeugungen in kognitiv-behavioralen und hypnotherapeutischen Therapien angesprochen: Kontrollüberzeugungen in kognitiv-behavioralen Therapien eignen sich in der Regel gut zur Vorhersage der Behandlungswirkungen (Jensen et al., 1999; Haugli et al., 2000).

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass hypnotherapeutische Indikationskriterien deutlich stärker als Kontrollüberzeugungen zur Vorhersage von Veränderungen im Verlauf der hypnotherapeutischen Intervention beitragen. Kontrollüberzeugungen wirkten sich nur indirekt vermittelt über Prozessmerkmale auf Outcome-Maße aus. Demgegenüber wirkten sich die hypnotherapeutischen Indikationskriterien Suggestibilität, Entspannungsfähigkeit, Trancetiefe und spezifische Behandlungserwartungen sowohl direkt, als auch indirekt auf die Erfolgsmaße aus. Die bessere Vorhersagequalität der therapiebezogenen Kennwerte war erwartungskonform. Die Bedeutung hypnosebezogener Einstellungen, wie sie durch den HypnoS-Fragebogen erfasst werden, wird durch die gefundenen Ergebnisse hingegen relativiert.

Die Ergebnisse belegen insbesondere die Indikationsrelevanz des hier verwendeten Freiburger Imaginations-, Relaxations- und Suggestibilitätstests (Scholz, 2002). Das Ergebnis unterstreicht die vergleichsweise geringe Therapierelevanz, die Kontrollüberzeugungen in der Hypnotherapie im Unterschied zu primär selbstkontrollorientierten kognitiv-behavioralen Therapien besitzen.

Grenzen der Generalisierung

Die Untersuchung hat nur Pilotstudiencharakter. Die Stichprobenauswahl, das Untersuchungsdesign, die Art der Intervention und die Auswahl der Messverfahren schränken die Generalisierbarkeit der Erkenntnisse ein. Im Einzelnen sind zu nennen:

- Die Patientenstichprobe war stark selektiert, da letztlich nur hypnotherapeutisch interessierte Patienten an der Untersuchung teilnahmen. Die Ergebnisse sind nicht problemlos auf hypnotherapeutisch uninteressierte Patienten außerhalb des medizinischen Settings übertragbar.
- Es gab keine therapeutische Kontrollgruppe, keine Wartekontrollgruppe und auch keine Follow-up –Erhebung. Folglich kann nicht sicher angenommen werden, dass die beschriebenen Prä-post-Veränderungen tatsächlich nur auf die hypnotherapeutische Intervention zurückzuführen sind. Dies schränkt die Angaben zur Vorhersage der „Therapieerfolge“ ein.
- Die Intervention selbst beinhaltete keine Interaktion zwischen Patient und Therapeut, sondern beschränkte sich auf das regelmäßige Hören der CD und das Protokollieren der unmittelbaren Wirkungen. Dadurch wurde der eher verhaltenstherapeutische Übungscharakter der Intervention unterstrichen. Die Intervention war aufgrund ihres Übungscharakters und des fehlenden Therapeuten nicht charakteristisch für eine „echte“ Hypnotherapie.
- Es wurde nur der Einfluss schmerzbezogener Kontrollüberzeugungen überprüft. Dabei war auffällig, dass die schmerzbezogenen Kontrollüberzeugungen nicht mit zeitgleich erhobenen Kognitionen zur "Lebenskontrolle" (MPI-D-Skala) kovariierten. Die Ergebnisse sind nicht auf generelle oder allgemein gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen generalisierbar.

Verallgemeinerbar erscheint insofern nur die Aussage, dass schmerzbezogene Hilflosigkeitsüberzeugungen bei Schmerzpatienten eher den Verlauf als das Ergebnis einer standardisierten hypnotherapeutischen Intervention beeinflussen. Dabei scheint die hypnotherapeutisch erwünschte Suggestibilität eher mit vermehrten Hilflosigkeitsüberzeugungen und weniger mit therapeutisch erwünschten Veränderungen einher zu gehen.

Therapeutische Konsequenzen

Wenn hochsuggestible Patienten eher hilflosigkeitsüberzeugt sind und das Ziel einer Therapie darin besteht, Hilflosigkeitsüberzeugungen zu reduzieren, dann kann es bei stark hilflosigkeitsüberzeugten Schmerzpatienten problematisch sein, suggestibilitätsbasierte Methoden zu verwenden und eine bestehende Suggestibilität durch Hypnose zu fördern.

Entscheidend wird in diesem Fall sein, welche Facette der Suggestibilität durch eine Intervention gefördert wird. Führt z.B. die regelmäßige Durchführung suggestiver Behandlungsmethoden zu vertieftem Tranceerleben, Entspannung oder einem wirksamen Reframing, dann fördert sie nach den Ergebnissen der vorliegenden wie auch anderer Untersuchungen (James, Large und Beale, 1989; Nilges, 1999) einen Behandlungserfolg. Demnach könnte bei regelmäßiger übender Anwendung und erfolgreichem Behandlungsverlauf die hier gefundene Assoziation zwischen Hilflosigkeitsüberzeugung und Suggestibilität schwächer werden.

Werden durch suggestibilitätsfördernde Interventionen hingegen regressive Tendenzen im Patienten gefördert, die in der Überzeugung von Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit zum Ausdruck kommen, dann dürften hypnotherapeutische Interventionen kaum das geeignete Mittel sein, um Kontrollüberzeugungen aufzubauen. Durch sie würde sich das Risiko erhöhen, dass die Intervention das Bedürfnis des Patienten nach Fremdsteuerung und passiver Hilfe weiter fördert. Dies wäre aus Sicht einer selbstregulationsorientierten Therapie (vgl. Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) als therapeutischer Misserfolg zu werten. Allerdings können initial erfasste schmerzbezogene Kontroll- bzw. Hilflosigkeitsüberzeugungen nützliche Hinweise liefern, um vorherzusagen, wie ein chronischer Schmerzpatient im Therapieverlauf mutmaßlich auf suggestive Methoden reagieren wird.

Literatur

- Buckelew, S.P., Parker, J.C., Keefe, F.J., Deuser, W.E., Crews, T.M. et al. (1994). Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 59, 377-384.
- Coughlin, A.M., Badura, A.S., Fleischer, T.D. & Guck, T.P. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 739-740.
- Dohrenbusch, R. (2001). Schmerzurteil und Kontext. Beiträge zur Klassifikation generalisierter Schmerzen. Göttingen: Cuvillier.
- Dohrenbusch, R. & Scholz, O.B. (2003). Wer profitiert von Hypnotherapie? Der Hypnose-Screeningfragebogen (HypnoS) als Hilfe zur Indikationsentscheidung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51, 230-244.
- Dolce, J.J., Crocker, M.F. & Doleys, D.M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 24, 313-319.
- Flor, H. (1991). Psychobiologie des Schmerzes. Bern: Huber.
- Gheorghiu, V. (1993). Hypnose, Suggestion und Suggestibilität. In D. Revenstorff (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. Auflage, S. 69-83). Berlin: Springer.
- Hahnwald M. (1989). Patienteneinstellungen als Prädiktoren des Behandlungserfolgs beim Autogenen Training. *Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete*, 35, 44-45.
- Haugli L, Steen E, Laerum E, Finset A, Nygaard R. (2000). Agency orientation and chronic musculoskeletal pain: effects of a group learning program based on the personal construct theory. *Clinical Journal of Pain*, 16, 281-289.
- Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Hoppe, F. (1993). Schmerz. In D. Revenstorff (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. Aufl., S. 297-312). Berlin: Springer.
- Huber, H.P. (1973). *Psychometrische Einzelfalldiagnostik*. Weinheim: Beltz.
- Hurley JD. (1980) Differential effects of hypnosis, biofeedback training, and tropho-

- tropic responses on anxiety, ego strength, and locus of control. *J Clin Psychol.* 1980 Apr; 36(2):503-7.
- James, F.R., Large, R.G. & Beale, I.L. (1989). Self-hypnosis in chronic pain. A multiple baseline study of five highly hypnotisable subjects. *Clinical Journal of Pain*, 5, 161-168.
- Jäkke, C. & Basler, H.D. (2000). Veränderung von Kognitionen in der psychologischen Schmerztherapie – Eine Metaanalyse zu kognitiv-behavioralen Modellen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 127-139.
- Jensen, M.P., Romano, J.M., Turner, J.A., Good, A.B. & Wald, L.H. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain*, 81, 95-104.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Keel, P., Schmid, A. & Wirz, R. (1997) [Long-term follow-up after participation in an integrated group treatment program for patients with intractable musculoskeletal pain] *Schmerz*, 11(3),165-71.
- Kerns, R.D., Turk, D.C. & Rudy, T.E. (1985). The West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- Kores, R.C., Murphy, W.D., Rosenthal, T.L., Elias, D.B., North, W.C. (1990). Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 165-169.
- Kumar, V.K., Pekala, R.J., Cummings, J. (1996). Trait factors, state effects, and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 232-249.
- Newton-John, T.O., Spence, S.H. & Schotte, D. (1995). Cognitive-behavioral therapy vs. EMG-biofeedback in the treatment of low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 691-697.
- Nicholas, M.K., Wilson, P.H. & Goyen, J. (1992). Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative non-psychological treatment for chronic low back pain. *Pain*, 48, 339-347.
- Nilges, P. (1999). *Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit chronischen Schmerzen*. Regensburg: Roderer.
- Peter, B. (1993). Hypnotische Phänomene. In In D. Revenstorf (Hrsg.), *Klinische Hypnose* (2. Auflage, S. 25-68). Berlin: Springer.
- Ruoß, M. (1998). *Psychologie des Schmerzes: Chronische Schmerzen in kognitionspsychologischer Perspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Scharff, L., Turk, D.C., Marcus, D.A. (1995). The relationship of locus of control and psychosocial-behavioral response in chronic headache. *Headache*, 35, 527-533.

Scholz, O.B. (2002). Freiberger Imaginations, Relaxations- und Suggestibilitätstest. FIRST. Eschborn: Klotz.

Williams, D.A. & Keefe, F.J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.

On the influence of belief of control in hypnotherapeutic pain treatment

Ralf Dohrenbusch¹, Sigrid Lipka², and Gundula Rüttinger

Background and aims: Empirical studies of chronic pain patients have shown a significant influence of patients' perceived control on the process and outcome of cognitive-behavioural therapies. This influence is to be expected because behavioural therapy – unlike hypnotherapy – is partly based on such patient beliefs and aims to further promote perceived control in a transparent and systematic manner. This study tested to what extent the close relationships between patients' perceived control and success of therapy, as reported in studies of behaviour therapy, can be generalised to hypnotherapeutic interventions.

Method: Of the 57 chronic pain patients who had expressed initial interest in hypnotherapeutic pain treatment, 38 participated in a three-week long intervention. This intervention included the daily listening to a CD with hypnotherapeutic components relating to relaxation, imagination, and suggestion, which could be combined on an individual basis. To predict treatment effects, initial pain-related perceived control and hypnotherapeutically relevant diagnostic features were measured. Measures of treatment success were collected both regarding process and outcome.

Results: The results showed that initial pain-related perceived control did not directly affect treatment outcome but only affected the process of intervention. The effect was weaker than for cognitive-behavioural therapies. Furthermore, suggestibility, which is typically increased in patients who have been successfully treated by hypnotherapy, was related to pain-related perceived helplessness. The potentially problematic interaction of patients' perceived control and suggestibility in a hypnotherapeutic context is critically discussed.

Conclusion: Suggestibility should only be promoted in the context of hypnotherapeutic pain treatment if the undesirable effects, relating to suggestibility, which manifest themselves in perceived helplessness, are not being reinforced by the intervention.

Keywords: belief of control, self-efficacy, pain treatment, suggestibility

PD Dr. Ralf Dohrenbusch
Psychologisches Institut der Universität Bonn
Römerstr. 164, D-53117 Bonn
r.dohrenbusch@uni-bonn.de

erhalten: 14.6.05

revidierte Version akzeptiert: 1.9.05

1 Universität Bonn, 2 University of Derby, GB