



Stefan Jacobs · Ines Bosse-Düker

Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz

Ein Kurzprogramm
zur Behandlung chronischer Schmerzen

2., aktualisierte Auflage



Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz

Verhaltenstherapeutische Hypnose bei chronischem Schmerz

Ein Kurzprogramm
zur Behandlung chronischer Schmerzen

von
Stefan Jacobs und Ines Bosse-Düker

2., aktualisierte Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dr. Stefan Jacobs, geb. 1943. Studium der Medizin und Psychologie in Köln und Heidelberg. 1970-1972 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychosomatischen Abteilung der Universitätskliniken in Köln. 1972-1974 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Ärztlich-Psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten der Universität Hannover. 1974 Promotion. 1974-2008 Akademischer Oberrat an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie am Institut für Psychologie der Universität Göttingen. Ist seit 2007 im Who's who in Medicine and Mental Health und im Marquis Who's who in the World 2007-2010 eingetragen. Arbeitsschwerpunkte: Chronischer Schmerz, Posttraumatische Belastungsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen.

Dipl.-Psych. Ines Bosse-Düker, geb. 1970. 1993 Examen zur Atem-, Sprech- und Stimmtherapeutin nach Schlaffhorst-Andersen. 1993-1997 Sprachtherapeutin in einem heilpädagogischen Kindergarten. 1997-2004 Studium der Psychologie in Göttingen. Seit 2000 freiberufliche Tätigkeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sowie als Stimmbildnerin und Stimmtherapeutin.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2005 und 2010 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, Weimar
Gesamtherstellung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-2304-0

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung und theoretische Grundlagen

Einleitung	9
Kapitel 1: Der chronische Schmerz	11
1.1 Einführung	11
1.2 Das chronische Schmerzsyndrom und seine Erfassung	11
1.3 Störungstheorien und Modelle	12
1.4 Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen	17
1.5 Darstellung ausgewählter chronischer Schmerzstörungen	19
1.6 Zum Problem medikamentöser Behandlung und medikamentöser Abhängigkeit	23
Kapitel 2: Hypnose	25
2.1 Veränderungen unter Hypnose	26
2.2 Begriffsbestimmungen	27
2.3 Hypnosetheorien	28
Kapitel 3: Klinische Hypnose in der Behandlung chronischer Schmerzen	33
3.1 Die psychologische Therapie chronischer Schmerzen am Beispiel des kognitiv-behavioralen Ansatzes	33
3.2 Wirksamkeitsnachweise psychologischer Schmerztherapie	35
3.3 Wirksamkeitsnachweise der Hypnose in der Schmerztherapie	36

II. Evaluation

Kapitel 4: Evaluation des Therapieprogrammes „Verhaltenstherapeutische Hypnose“	41
4.1 Beschreibung der Stichprobe	41
4.2 Analgetika und andere Medikamente in der Stichprobe	43
4.3 Instruktionen und Fragebögen	46
Kapitel 5: Ergebnisse	49
5.1 Ergebnisse zur Schmerzreduktion	49
5.2 Ergebnisse zur Schmerzreduktion durch Hetero- und Autohypnose	51
5.3 Ergebnisse zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag	52
5.4 Ergebnisse zur Veränderung des Medikamentenkonsums	54
5.5 Zusammenfassung	55

III. Therapiemanual

Kapitel 6: Die Therapiesitzungen	61
6.1 Woche 1: Anamnese und Information	61
6.2 Woche 2: Diagnostik und Einführung in das Schmerztagebuch	63

6.3	Woche 3: Die 1. Hypnosesitzung	63
6.4	Woche 4: Die 2. Hypnosesitzung	64
6.5	Woche 5 bis 11: Die 3. bis 9. Hypnosesitzung	65
6.6	Woche 12: Ende der Therapie – Rückblick und Ausblick	65
6.7	Zeitlicher Ablauf im Überblick	66
6.8	Tipps und Tricks für Erstanwender	66
Kapitel 7: Kasuistiken		68
7.1	Ausführliche Kasuistik	68
Literaturverzeichnis		74

IV. Anhang

Anhang 1:	SHSS-Kurzform Therapeutenversion	81
Anhang 2:	SHSS-Kurzform Fragebogen	85
Anhang 3:	Schmerztagebuch	86
Anhang 4:	Patientenbogen I	87
Anhang 5:	Patientenbogen II	91
Anhang 6:	Dissoziationsinstruktion	96
Anhang 7:	Protokollbogen für Psychotherapiesitzungen	99
Anhang 8:	Patienteninformationen zur Hypnose	100
Anhang 9:	Bestell- und Kontaktadressen	101

I. Einführung und theoretische Grundlagen

Einleitung

„*Dolorum separe divinum est*“ (Den Menschen den Schmerz zu nehmen ist göttlich)
Galenus (129–199 v. Chr.)

„Ich habe gelernt, meinen Arbeitsablauf sinnvoller einzurichten; das Wichtige zuerst, um dadurch Stress zu vermeiden. Zwischendurch gönne ich mir eine Pause. Ich mache meine Entspannungsübungen jeden Tag und bei Schmerzen zusätzlich nach Bedarf. Durch meine regelmäßigen Entspannungsübungen habe ich bei mir selbst festgestellt, dass ich ruhiger und ausgeglichener geworden bin. Kurzum: Ich bin froh, dass ich an dieser Therapie teilnehmen durfte. Schade, dass die Zeit so begrenzt war.“

„Ich kann meinen Körper wieder akzeptieren, da ich gesehen habe, dass mir durch den Bandscheibenvorfall nicht nur etwas genommen worden ist, sondern dass ich viel dazugelernt habe: Ich lebe viel bewusster und nehme meinen Körper und seine Signale ernst. Ich versuche, ihn nicht mehr zu „übergehen“. Ich gönne mir öfter Pausen und wenn mir Dinge über den Kopf wachsen nun auch mal Termine absagen.“

Diese exemplarischen Aussagen, die zwei Patientinnen nach jahrelangen, leidvollen Erfahrungen

mit ihrer Schmerzerkrankung am Ende des hier vorgestellten Therapieprogramms machten, sollen dieses Manual einleiten. Sie dokumentieren die Intensität der Veränderung, die durch dieses Programm auf vielen Ebenen des Erlebens und Verhaltens möglich ist: Verbesserungen in Stimmung, allgemeinem Wohlbefinden, Aktivität und Schmerzniveau, wie aus den oben dokumentierten Aussagen deutlich wird. Eine Vielzahl der Patienten zeigen auch erhebliche Verminderungen ihres Medikamentenkonsums, ohne dass diese Veränderungen ein primäres Ziel dieser Therapie wären.

Der beschrittene Weg zu diesen umfassenden Veränderungen setzt sich aus der schon in der Antike verwendeten Hypnose zur Schmerzlinderung und modernen Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie in einem kompakten Therapieprogramm mit wöchentlichen Einzelsitzungen und dem Erlernen der Selbsthypnose zusammen.

Kapitel 1

Der chronische Schmerz

1.1 Einführung

Die meisten Menschen mit chronischen Schmerzen beginnen ihre Bemühungen um Linderung in ärztlichen Praxen. Beginnend mit vermeintlich ursächlichen Auslösern der Schmerzen werden dann Massagen, heiße Bäder und Analgetika zur Schmerzunterdrückung verordnet. Krankengymnastische Behandlungen werden auf Grund enger Budgetierung leider in immer geringerem Umfang verordnet, obwohl diese zumindest ansatzweise das aktive Verhalten der Patienten unterstützen könnten. Allgemein bekannt sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel so genannte „Rückenschulen“ zur Aktivierung und Mobilisierung. Nach jahrelanger Erfolglosigkeit oder auch nach scheinbar eindeutiger Indikationsstellung werden nicht selten operative Eingriffe vorgenommen, die ihrerseits wiederum den Chronifizierungsprozess fortsetzen können. Es wird sehr kontrovers diskutiert, inwieweit operative Eingriffe – oft als letzte Instanz bei Schmerzbeschwerden – zu bedeutsamen Linderungen führen. In vielen Fällen, gerade auch bei präoperativ unklaren Befunden, kommt es postoperativ nicht zu einer Verbesserung, sondern oft sogar zu einer Verschlimmerung der Problematik.

Bei allen nachfolgenden Erläuterungen zu somatischen Bedingungen chronischer Schmerzen sei deshalb daran erinnert, dass empirische Studien oft nur einen geringen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Schmerzes einerseits und somatischen Auslösern andererseits nachweisen konnten. Die bisher genannten Bemühungen werden bei chronischen Schmerzpatienten nicht selten ergänzt durch die Gabe von Psychopharmaka, z. B. Tranquilizern oder Antidepressiva, wenn sie über Unruhe oder Schlafschwierigkeiten klagen.

Wie sieht es nun mit den medikamentös behandelten Patienten aus? Wie viele profitieren langfristig von ihrer Therapie? Wie sieht es mit den Nebenwirkungen bei langfristige Schmerzmittelgebrauch aus? Je nach Typ des Medikaments sind langfristige Schäden durch Missbrauch bekannt (Brune, 1986). Diese reichen von Leber-,

Nieren- und Magen-Darmtraktschäden bis zu Blutbildveränderungen. Insbesondere bestimmte analgetische Kombinationspräparate können bei Kopfschmerzpatienten zu sekundärem Kopfschmerz führen (z. B. Saper, 1988).

Kröner-Herwig (1999, S. 568) beschreibt den Status Quo in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen in drastischen Worten:

„In den letzten Jahren ist deutlich geworden, dass bei chronischen Krankheiten, ... eben auch für chronischen Schmerz, die Konzepte einer einseitig somatisch ausgerichteten Medizin versagt haben. Sie haben versagt hinsichtlich einer angemessenen Beschreibung des Krankheitsproblems selbst und sie versagen im Hinblick auf eine effiziente Behandlung.“

1.2 Das chronische Schmerzsyndrom und seine Erfassung

Die „International Association for the Study of Pain“ definiert den Schmerz folgendermaßen:

„An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. (...) Pain is always subjective. Each individual learns the application of the word through experiences related to injury in early life. (...) It is unquestionably a sensation in a part (...) of the body, but it is also unpleasant, and therefore also an emotional experience. (...) Many people report pain in the absence of tissue damage or any likely pathological cause; usually this happens for psychological reasons. There is (...) no way to distinguish their experience from that due to tissue damage, if we take the subjective report.“ (IASP, 2003).

Der Begriff „Schmerz“ bezeichnet also das subjektive Erleben einer leidvollen Gesamtsituation sowohl auf (neuro-)physiologischer als auch auf psychosozial-biographischer Ebene. Das Schmerzereleben (und in der Folge das Schmerzverhalten) resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Komponenten, die noch vor der Stufe der bewussten Wahrnehmung den Schmerzreiz qualitativ und quantitativ modulieren. Dies ist durchaus als eine aktive Leistung des ZNS zu

verstehen (Jänig, 1993), die mit allen Facetten der Individualität in Beziehung steht. Die oben wiedergegebene Definition der IASP stellt eine Weiterentwicklung der ICD 10 (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markward, 2000) dar. Diese erklärt fast jede chronische Schmerzstörung zu einer psychischen Störung (F 45.4: anhaltende somatoforme Schmerzstörung.), und zwar immer dann, wenn der Schmerz die *vorherrschende* Beschwerde ist, er *andauernd*, *schwer* und *quälend* ist und durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung *nicht vollständig* erklärt werden kann.

Kröner-Herwig (2000) schreibt hierzu:

„Man kann sich mit einigem Recht auf den Standpunkt stellen, dass ein chronisches Schmerzsyndrom als multidimensionales Geschehen niemals vollständig körperlich determiniert ist. Damit wären alle chronischen (...) Schmerzen zu psychischen Störungen erklärt. Höchst problematisch an der ICD-Klassifikation ist auch, dass emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme entscheidenden *ursächlichen* Einfluss haben sollen.“

Dies könne man natürlich im Einzelfall nicht ausschließen, doch

„ist es sehr viel wahrscheinlicher, dass sie bedeutender für die Aufrechterhaltung und Ausgestaltung sind.“

Die Autoren des DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben; 2003) versuchen, dieser Gefahr einer Stigmatisierung chronischer Schmerzpatienten als psychisch krank zu entgehen, indem sie nur noch von einer *Schmerzstörung* sprechen, die entweder *in Verbindung mit psychischen Faktoren* (307.80) oder *in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor* (307.89) steht. Ein Nebeneinander von psychischen und somatischen Einflussfaktoren wird dadurch klassifikatorisch ermöglicht.

Der Begriff „chronischer Schmerz“ beschrieb bis in die jüngste Zeit die Beschwerden unter einem Zeitdauer-Kriterium von mehr als 3 bzw. 6 Monaten. Gerbershagen (1995) bezeichnet eine Störung als chronisches Schmerzsyndrom, wenn sie nicht nur über eine längere Zeit besteht, sondern den Schmerz erleidenden Menschen in Verhalten und Erleben bedeutsam beeinträchtigt und zu vielfältigen, zum größten Teil erfolglosen Behandlungsversuchen geführt hat.

Das von einem Arbeitskreis der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS) entwickelte multiaxiale Klassifikationssystem MASK (Klinger, Hasenbring, Pfungsten, Hürten, Maier & Hildebrandt; 2000) erfasst grundsätzlich beide Ebenen, die somatische und die psychische. Auf der psychologischen Achse wird ein Patient mit chronischer Schmerzstörung auf der Ebene der *motorisch-behavioralen*, der *emotionalen*, der *kognitiven*, der *Stressoren* und der *habituellen Persönlichkeitsmerkmale* eingeschätzt. Schädigungen oder Dysfunktionen, die im somatischen Bereich erfasst werden, können mehr oder weniger stark gekoppelt sein mit der Einschränkung der körperlichen Beweglichkeit oder allgemeinen Leistungsfähigkeit. Einschränkungen dieser Art sind in der Regel mitbestimmt durch psychologische Prozesse, z. B. depressiver Verarbeitung des Schmerzes oder Vermeidungslernen. So wenig es einen linearen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der körperlichen Schädigung und dem berichteten Schmerz und Schmerzverhalten gibt, so gering kann der Zusammenhang zwischen physischer Schädigung und genereller Beeinträchtigung sein (Flor & Turk, 1984).

1.3 Störungstheorien und Modelle

Über eine lange Zeit hinweg wurden chronische Erkrankungen und damit auch chronische Schmerzsyndrome ausschließlich unter somatischen Gesichtspunkten betrachtet. Da aber bei vielen Schmerzsyndromen keine organische Pathologie vorfindbar ist oder das Vorgefundene die erlebten Schmerzen nicht hinreichend erklären kann, hat eine interdisziplinäre Forschungsperspektive zunehmend an Interesse gewonnen. Ein multifaktorieller Ansatz ist gerade bei chronischen Erkrankungen wichtig, da im Verlauf der Erkrankung die ursprünglichen Auslöser oft in den Hintergrund treten und der tägliche Umgang mit der Erkrankung, z. B. den Schmerzen, immer mehr in den Vordergrund rückt. Das damit angesprochene Problem der alltäglichen Krankheitsbewältigung (engl.: *Coping*) ist von vielerlei Lernprozessen beeinflusst (Turk & Gatchel, 1996), auf die in den nachfolgenden Abschnitten ausführlich eingegangen werden soll. Damit eröffnet sich eine biopsychosoziale Sicht auf chronische Schmerzen und ein Zugang zum Verständnis grundlegender Mechanismen der Chronifizierung. Die folgenden Abschnitte beschäftigen sich mit den in der aktuellen Schmerzforschung wichtigsten Modellen, die zur Entstehung und Aufrecht-