

Osteopathie und Hypnose - eine mögliche Kombination in der Schmerztherapie?

*Iris von Fischern
Christoph Kraiker¹
Burkhard Peter
Matthias Spörrle¹*

■ *Ziel: Dieser Artikel beschreibt einen ersten Versuch, Osteopathie als physikalische Therapie mit Hypnose als psychologische Therapie zu verbinden, um Schmerz zu vermindern.*

Methode: Schmerzpatienten wurden in zwei osteopathischen Praxen entweder mit einer Kombination von Osteopathie und einer CD mit Entspannungsmusik oder mit einer Kombination von Osteopathie und einer hypnotherapeutischen CD behandelt. Die Behandlung beinhaltete drei Sitzungen in der jeweiligen Kombination. Schmerzintensität, sensorisches und affektives Schmerzepfinden, allgemeine psychologische und physiologische Symptome und Lebenszufriedenheit wurden in Form des prä-post-Designs durch klinische Fragebögen vor der ersten und nach der dritten Sitzung mit kombinierter Therapie erfasst.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Wirkung bezüglich aller gemessenen Variablen für die gesamte Gruppe der Patienten. Ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen mit den verschiedenen CDs wurde nicht gefunden.

Conclusio: Die Frage, ob die Operationalisierung der hypnotischen Intervention erfolgreich war, wird erwogen. Methodische Restriktionen und Vorschläge für weitere Untersuchungen werden illustriert.

Schlüsselwörter: Schmerz, Schmerzbehandlung, Osteopathie, Hypnose, Doppelblind-Studie

Einleitung

Schmerz ist Gegenstand vieler Forschungsarbeiten und Inhalt vieler Therapieansätze. Obwohl in den letzten Jahren viele neue Erkenntnisse zur Entstehung, Verarbeitung und Behandlung von Schmerz gewonnen wurden, bleibt Schmerz bis heute der am häufigsten genannte Konsultationsgrund von Patienten in der ärztlichen, psychologischen oder therapeutischen Praxis. Eine aktuelle Schätzung der Bundesregierung besagt, dass in Deutschland zwischen 6 und 7 Millionen Menschen an Dauerschmerzen leiden. Das heißt ca. 8-10% der Deutschen sind wegen chronischer Schmerzen behandlungsbedürftig (Kröner-Herwig, 2004).

Auf Grundlage der Erkenntnis, dass eine integrative, fachübergreifende Betreuung des Patienten am erfolgversprechendsten ist, rücken die einzelnen Fachbereiche und Schulrichtungen in der Schmerztherapie immer näher zusammen

Je nachdem von welchem therapeutischen Blickwinkel aus Schmerz betrachtet wird, stehen unterschiedliche Aspekte für Ziel und Durchführung der Therapie im Vordergrund. Die Schulmedizin konzentriert sich auf die Diagnose und Behandlung biologischer Faktoren, die Schmerzen verursachen und aufrechterhalten können. Hierbei spielt die Reizleitung des Schmerzes eine wesentliche Rolle, die meist medikamentös auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst wird.

Bei der psychologischen Herangehensweise an Schmerz und dessen Therapie werden dagegen vor allem kognitive, emotionale, soziale und behaviorale Aspekte des Schmerzes beleuchtet. Nicht nur der Patient mit seiner Schmerzempfindung ist von Interesse, sondern auch seine Verarbeitungsprozesse, der individuelle Umgang mit dem Symptom: Schmerz und das soziale Umfeld des Patienten (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2004).

Einen weiteren Bereich in der Schmerztherapie nimmt immer mehr auch die Komplementärmedizin ein. Dazu zählen laut Robert Koch Institut (Marstedt, Moebus, o.J.) z.B. Naturheilverfahren, Homöopathie, Akupunktur, Anthroposophie und die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM); aber auch Ansätze wie die Osteopathie können hierzu gezählt werden. Indem sie psychosomatische und geistige Zusammenhänge erfasst, versucht die Komplementärmedizin, den Menschen als ganzheitliches Wesen zu begreifen und zu behandeln, d.h. sowohl den Körper als auch die Psyche mit einzubeziehen.

Osteopathie – ein komplementärmedizinischer Ansatz

Die Osteopathie ist eine ganzheitliche Behandlungsform, die der Diagnose und Therapie von Funktionsstörungen dient. Diagnose und Therapie erfolgen mit spezifischen osteopathischen Techniken, die mit den Händen ausgeführt werden und die unter anderem auf dem Wissen von Anatomie und Physiologie basieren. Die Osteopathie geht davon aus, dass im menschlichen Organismus ein sehr enger Zusammenhang besteht zwischen Struktur (Anatomie) und Funktion (Physiologie). Eine Struktur, die

gesund ist, ist frei beweglich (dynamisch). Wenn diese Struktur in ihrer Funktion gestört ist, verliert sie an Bewegung, was mit den Händen spürbar ist. Ziel der osteopathischen Medizin ist es, dem Organismus den optimalen Ausdruck seiner Gesundheit zu ermöglichen, indem die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert werden (Newiger, 1998).

Schmerz aus osteopathischer Sicht

Schmerz ist ein Symptom, das der Körper zu seinem eigenen Schutz entstehen lässt. Aus osteopathischer Sicht ist Schmerz ein Signal des Körpers, das zeigt, dass das System mit seiner Kompensationsfähigkeit an eine Grenze gestoßen ist. Der osteopathische Therapieansatz richtet sich nicht direkt auf die Beseitigung eines Schmerzzustandes, sondern vielmehr auf die Förderung des Ausdrucks von Gesundheit im menschlichen Körper. Dass in Folge dieses Prozesses Schmerz verschwindet oder nur noch vermindert auftritt, ist Indiz dafür, dass der Körper wieder besser alleine kompensieren kann und somit den Grund für den Schmerz lösen konnte. Hierbei konzentriert sich die Osteopathie vorrangig auf physische Probleme des Menschen wie z.B. Durchblutungsmangel, Dynamikverlust von Gewebe, Gelenkblockaden u.ä..

Die Hypnose - ein psychologischer Ansatz

Hypnose ist eine alte Methode zum Erreichen eines veränderten geistigen Zustands, die in der Therapie von psychischen und physischen Krankheiten seit langer Zeit erfolgreich eingesetzt wird (Bongartz & Bongartz, 1999). Sie ist eine der vielversprechendsten psychologischen Methoden, die in der Lage sind, die Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen zu verändern (Peter, 2001). In Hypnose verändert sich die Wahrnehmung, nicht nur in Hinblick auf den eigenen Körper, sondern auch in Bezug auf die Faktoren Zeit, Raum und der Sinneseindrücke.

Hypnose wurde bereit sehr früh eingesetzt, um Schmerzen während Operationen zu vermindern. Als 1846 Äther, 1847 Chloroform und danach andere chemische Anästhetika gefunden wurden, gab es zunächst kein Motiv mehr, alternative Methoden weiter auszubauen (Peter, 2004).

Erst im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts begann man, die Hypnose und ihre analgetische Wirkung neu wieder zu entdecken. Speziell in der Schmerzforschung der letzten Jahre werden vermehrt Studien durchgeführt, die den Effekt der Hypnose im Vergleich zu anderen medizinischen und psychologischen Maßnahmen untersuchen.

In einer Meta-Analyse von Montgomery, Du Hamel und Redd (2000) zum Thema der Effektivität hypnotischer Schmerzkontrolle zeigte sich bei 18 Untersuchungen mit insgesamt 933 Patienten eine durchschnittliche Effektstärke von $d = 0.74$. 29% der überprüften Studien hatten eine Effektstärke, die über $d = 1.0$ lag (d , auch Cohen's d genannt, ist die Differenz der Mittelwerte von zwei Gruppen, meist der Therapiegruppe und der Kontrollgruppe, geteilt durch die gemeinsame Standardabweichung).

Zur Kombination von Osteopathie und Hypnose

Die Verbindung von Osteopathie und Hypnose im therapeutischen Kontext bietet eine Annäherung an das Thema Schmerz von physischer wie psychischer Seite. Beide Konzepte basieren auf Ideen, die einige Parallelen haben.

Zum einen gab es geschichtlich Berührungspunkte zwischen A.T. Still, dem Begründer der Osteopathie, und dem Mesmerismus, dem Vorläufer der Hypnose. Still beschäftigte sich auf seiner Suche nach einer idealen Medizinform auch mit den Gedanken des Mesmerismus. Allerdings kam er zu einer klaren Distanzierung gegenüber dem Mesmerismus: „Still wählte, jene Beziehung [zwischen Organ und Körper] auf natürlichem Weg lieber durch Manipulation als durch Elektrizität, Medikamente oder Hypnotismus zu finden“ (Hartmann, 2002, S. 138). Er sah seine Aufgabe darin, sich auf die Möglichkeiten der Entwicklung des physischen Organismus zu konzentrieren. Trotzdem setzte er genau so Vertrauen in die Möglichkeiten der Entwicklung der spirituellen und mentalen Organisation des menschlichen Systems (Hartmann, 2002).

Auch die Hypnose beschränkt sich nicht alleine auf psychologische Anwendungsbereiche. Sie ist als eigene Therapieform anzuerkennen, da sie viele Ansätze in sich vereint: „Hypnotherapie ist schließlich gleichermaßen somatisch wie psychologisch orientiert und bildet daher eine Brücke zwischen Medizin und Psychotherapie“ (Revenstorf, 2001, S. 33).

Philosophisch war sowohl Still als auch Milton H. Erickson, dem Vater der modernen Hypnose, die Auffassung von der Einzigartigkeit des Menschen gemein. Still bestand darauf, dass jeder Patientenfall einzigartig sei (Hartmann, 2002). Erickson vertrat ebenfalls die Meinung, dass jeder Patient seine eigene Therapie und auf ihn angepasste Theorie benötigte. Jeder Patient müsse individuell betrachtet werden und würde selber vorgeben, womit der Therapeut zu arbeiten hätte.

Beide betonten zudem, dass die Lösung bzw. Heilung im Menschen selbst liegt und nicht von außen zu finden sei: „Wo aber der reguläre Arzt außerhalb des Körpers nach Heilmittel suchte, schaute der Osteopath innerhalb des Körpers nach Heilung“ (Hartmann, 2002, S.167). Nach Erickson liegt die Ressource zur Veränderung ebenfalls im Individuum: „Die therapeutische Kunst besteht darin, dem Patienten diesen Zugang zu eröffnen und ihn dann seine eigene Lösung finden zu lassen“ (Revenstorf, 2001, S. 6).

Beide Ansätze lassen sich inhaltlich und philosophisch gut miteinander verbinden und stellen einen noch unerforschten Bereich eines mehrdimensionalen Therapieansatzes in der Behandlung von Schmerz dar.

In der vorliegenden Arbeit soll ein erster Beitrag zu diesem Thema geliefert werden.

Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit geht es nicht um die Frage, ob Osteopathie oder Hypnose zur Schmerzreduktion geeignet sind, sondern um die Erfassung der Effektivität einer Kombinationsbehandlung. Es soll die Wirksamkeit der Osteopathiebehandlung in Kombination mit Hypnose gemessen werden. Zum Vergleich wird in einer Kontrollgruppe die Osteopathiebehandlung mit einer Entspannungsintervention kombiniert.

Es soll untersucht werden, in welcher Interventionsgruppe nach drei Behandlungen eine deutlichere Verbesserung der Schmerzwahrnehmung erzielt werden kann. Um beide Interventionen (Osteopathie + Entspannung vs. Osteopathie + Schmerzhypnose) vergleichen zu können, sollen die beiden Interventionsgruppen in Mittelwertunterschieden hinsichtlich der Verbesserung ihrer Schmerzwahrnehmung und der übrigen erhobenen Parameter (allgemeine psychische und physische Symptome und Lebenszufriedenheit) zum Messzeitpunkt 1 (vor der ersten Kombinationsbehandlung) und 2 (nach der dritten Kombinationsbehandlung) verglichen werden.

Abschließend wird die Frage untersucht, ob Bildung, Alter, Geschlecht, Schmerzart, Schmerzdauer oder der Therapeut einen Einfluss haben auf die Ergebnisse der Testwerte und ihrer Subskalen.

Der Standardisierung der Interventionen wegen und um das übliche osteopathische Setting so wenig wie möglich zu stören, wurden für die psychologischen Interventionen (Hypnose und Entspannung) besprochene CDs verwendet.

Es wurde bewusst ein therapeutisches Setting gewählt, das weitgehend der normalen Situation einer osteopathischen Behandlung entspricht, d.h. die Therapeuten behandelten den Patienten osteopathisch auf der Behandlungsbank, während dieser über Kopfhörer die jeweilige Hypnose- oder Entspannungs-CD hörte.

Methode

Versuchspersonen

An der Studie nahmen 56 Patienten teil (40 Frauen, 16 Männer), die auf Grund von Schmerzen in beide osteopathische Praxen kamen, in denen die Untersuchung durchgeführt wurde. Von diesen Patienten litten sieben Personen unter akuten und 49 unter chronischen Schmerzen (länger als 3 Monate). 10 Patienten gaben als Hauptschmerzsymptom Kopfschmerz an, 46 Personen Schmerzen im Muskel/Skelett-System; kein Patient kam primär aufgrund von Schmerzen im Organsystem. Die Patienten waren im Alter zwischen 20 und 67 Jahren (Durchschnittsalter 43,1 Jahre). Bei 7 Patienten bestand die Behandlung aus organisatorischen Gründen aus zwei, bei 49 Patienten aus drei osteopathischen Behandlungen.

Die Gruppe der Patienten, die zusätzlich zur osteopathischen Behandlung die CD mit Entspannungsmusik hörte, bestand aus 29 Personen, die Gruppe, welche die Schmerzhypnose-CD hörte, umfasste 27 Patienten. Von 41 Patienten wurde die Teilnahme an der Studie und die Behandlung mit Kopfhörern als angenehm empfunden.

Osteopathie und Hypnose

den, 4 fanden die Intervention unangenehm und 11 Personen beschrieben ihre Empfindung als neutral.

Einschlusskriterien für die Aufnahme in die Untersuchung waren zum einen die Symptomatik des Patienten (akute oder chronische Schmerzen wie z.B. Kopfschmerz/Migräne, Schmerzen im muskulo-skelettären System oder Schmerzen im Organbereich) und zum anderen Kriterien, die sich aus der Anamnese ergaben (Alter über 18 Jahre). Ausschlusskriterien waren bestehende Schwangerschaft, bekannte psychische Diagnosen und pathologische Krankheitsbilder wie z.B. Krebs, Rheuma usw.

Untersuchungsdesign

Der Untersuchung liegt ein einfaktorielles Design (Art der CD) mit zwei Faktorstufen (Hypnose vs. Entspannungsmusik) zugrunde. Sie wurde als Doppelblindstudie durchgeführt, d.h. weder wusste der jeweilige Patient explizit, dass er einen Hypnose- bzw. einen Entspannungstext hörte, noch wusste der behandelnde Osteopath, welche CD der Patient gerade hörte. Die Randomisierung in eine der beiden experimentellen Gruppen, sowie die Zuteilung der entsprechenden CD (in einem neutralen Umschlag in der Patientenkartei) fand durch die Sekretärin der jeweiligen Praxis statt.

Die Untersuchung wurde in zwei osteopathischen Praxen durchgeführt. Es fanden drei osteopathische Behandlungen zu je 60 Minuten im Abstand von 1 bis 3 Wochen statt. Während der osteopathischen Behandlung hörte der Patient eine der beiden CDs per Kopfhörer.

Der Eingangsfragebogen wurde nach der ersten Osteopathiebehandlung, die dem Kennenlernen und der Information diente, aber vor der ersten Kombinationsbehandlung vom Patienten ausgefüllt. Der Abschlussfragebogen wurde nach der dritten Kombinationsbehandlung von den Patienten ausgefüllt. Bei einigen Patienten endete die Untersuchung bereits nach zwei Behandlungen, da der letzte Termin abgesagt wurde.

Durchführung

Die Patienten, die in der Gruppe der hypnotischen Intervention waren, hörten während der osteopathischen Behandlung eine CD, die mit einer Schmerzhypnose besprochen war (Schmierer, 2000). Für die vorliegende Studie wurde die Original-CD im Einverständnis mit dem Autor von 60 auf 45 Minuten gekürzt, damit sie in den Zeitrahmen der Osteopathiebehandlung passte. Passagen, deren Inhalt bereits in der Anamnese durch den Therapeuten besprochen waren, wurden ausgelassen, sowie der Teil, in dem der Patient seinen Schmerz auf einer Schmerzskala einordnen soll, da er dies bereits in der Numeric Rating Scale des Fragebogens getan hatte. Passagen, die eine Reaktion des Patienten von außen sichtbar gemacht hätten, wie z.B. Armlevitation oder Hinweise, Erlebtes mit dem Therapeuten zu besprechen, wurden ebenfalls entfernt, somit blieben die behandelnden Osteopathen über die Gruppenzugehörigkeit des Patienten im Unklaren.

Die Schmerzhypnose beinhaltete eine kurze Einführung, Suchen eines Schmerzsymbols, Verändern des Schmerzsymbols, Anleitung zum Lockerlassen der einzelnen Körperabschnitte, gute Absicht des Körpers sehen lernen, Reise durch den Körper, um innen aufzuräumen und Dehypnose.

Die Patienten der Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe hörten eine CD, die der Entspannung dienen sollte. Auf dieser CD bestand der Anfang aus einer Einführung, die dem Patient über vertieftes Atmen eine Anleitung zum Entspannen gab. Dieser Teil wurde von einer zweiten CD des gleichen Autors übernommen (Schmierer, 2002). Das Ende (Dehypnose) war identisch mit der CD der Schmerzhypnose, damit der Therapeut aus dem Verhalten des Patienten (Räkeln und Strecken am Ende) nicht auf dessen Gruppenzugehörigkeit schließen konnte.

Während der Dauer von 45 Minuten, solange die CD lief, behandelte der Therapeut den Patienten osteopathisch. Techniken, die eine andere Ausgangsstellung als die Rückenlage erforderten, wie z.B. Gelenkmanipulationen, wurden erst nach dem Hören der CD durchgeführt. Am Ende der Behandlung fand wie gewohnt das Abschlussgespräch mit dem Patienten über den aktuellen Befund und das weitere Procedere statt. Die weiteren Behandlungen mit CD verliefen in gleicher Weise. Nach Abschluss der Behandlungen wurde den Patienten der Abschlussfragebogen mitgegeben.

Die Datenerhebung fand in der Zeit vom 1. Mai bis 13. August 2004 statt.

Untersuchungsmaterial

Als abhängige Variablen zur Erfassung der Wirksamkeit wurden verschiedene Fragebögen benutzt:

Der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzintensität bestand aus einer numerischen Schmerzskala (engl.: Numeric Rating Scale NRS), wobei der Patient auf einer Skala von 0 („keinerlei Schmerzen“) bis 10 („den schlimmsten Schmerz, den ich mir vorstellen kann“) seinen momentan empfundenen Schmerz einstufen sollte

Zur Erfassung der Schmerzempfindung wurde die Schmerzempfindungsskala (SES, Geissner, 1996) verwendet, die aus 24 Items besteht. Diese gliedern sich in zwei qualitativ unterschiedliche Gruppen. In den Fragen 1 bis 14 werden Informationen zur affektiven Schmerzwahrnehmung gewonnen, in den Fragen 15 bis 24 dagegen solche zur sensorischen Schmerzempfindung. Der Patient markiert seine Antwort auf einer Skala von 4 (trifft genau zu) bis 1 (trifft nicht zu).

Allgemeine Symptome wurden anhand der Symptomcheckliste (SCL-90-R, L.R. Derogatis, 1977, deutsche Version von Franke, 2002) erhoben. Sie erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome. Die Antworten werden jeweils auf einer 5-stufigen Skala angekreuzt, von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Physische Symptome (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Herz- und Brustschmerz usw.) und psychische Symptome (z.B. Hören von Stimmen, Schermut, Selbstvorwürfe usw.) sind über die 90 Items gemischt aufgeführt. In der Auswertung werden durch Durchschnittswerte einzelner

Items 9 unterschiedliche Symptombfaktoren auf Subskalen abgebildet. Diese sind: Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität und Feindseligkeit (6 Items), phobische Angst (7 Items), paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items).

Die Lebenszufriedenheit wurde durch den Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2000) erfasst. Der FLZ besteht aus 10 Themenblöcken mit jeweils 7 Fragen, die auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 7 (sehr zufrieden) beantwortet werden. Die Themenblöcke gliedern sich inhaltlich in: Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person, Sexualität, Freunde und Wohnung.

Ergebnisse

Ergebnisse der Reliabilitäten der einzelnen verwendeten Tests und Subtests: Zunächst wurden die Werte der internen Konsistenz berechnet, anschließend die der Retestreliabilitäten.

Die internen Konsistenzwerte der verwendeten Messinstrumente SCL-90-R, FLZ und SES können in ihren Gesamtskalenwerten zu beiden Messzeitpunkten jeweils mit einem Cronbach's Alpha $> .85$ als gut bewertet werden. In einer weiteren Analyse wurden die einzelnen Subskalen bezüglich ihrer Reliabilitäten zu beiden Messzeitpunkten überprüft: alle Werte der Subskalen der 4 Tests ergaben gute oder zufriedenstellende Werte für Cronbach's Alpha.

Die Ergebnisse der Retestreliabilitäten liegen für die vier Hauptskalen bei $r_{tt} = .87$ für die SCL-90-R, bei $r_{tt} = .86$ für den FLZ und bei $r_{tt} = .76$ für die SES und können damit allesamt als zufriedenstellend bis gut angesehen werden. Für die NRS ergab sich eine Retestreliabilität von $r_{tt} = .24$ (n.s.) und damit ein deutlicher Hinweis darauf, dass diese Skala nicht mit angemessener Genauigkeit misst. Für die insgesamt 22 Subskalen (je 10 Subskalen für SCL-90-R und FLZ und 2 Skalen für SES) lagen 9 Werte über $r_{tt} > .85$, 10 Werte zwischen $r_{tt} = .70$ und $.85$ und nur drei Messwerte unter $r_{tt} < .70$. Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse der Analysen überwiegend ein sehr zufriedenstellendes Resultat bezüglich der Reliabilitäten der in dieser Untersuchung verwendeten Messinstrumente und ihrer jeweiligen Subskalen ergeben haben.

Ergebnisse hinsichtlich des korrelativen Zusammenhangs der vier erhobenen Variablen zur Schmerzintensität (NRS), Schmerzempfindung (SES), allgemeine Symptome (SCL-90-R) und der Lebenszufriedenheit (FLZ): In Tabelle 1 sind die Korrelationen der Gesamtskalen dargestellt für den jeweiligen Messzeitpunkt t1 und t2. Da es für beide Messzeitpunkte keine wesentlich unterschiedlichen Ergebnisse gab, werden die beiden Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst berichtet.

Die Numeric Rating Scale (NRS) korreliert nur mit der Schmerzempfindungsskala

Tab. 1: Interkorrelationen der vier Hauptskalen

	NRS	SCL	FLZ	SES
NRS	(.24) *	.22*	-.12**	.61**
SCL	.20**	(.87**)	-.79**	.35**
FLZ	.20**	-.70**	(.86**)	-.35**
SES	.53**	.44**	-.30**	(.76**)

N = 56 ** = p < .01, * = p < .05

Anmerkungen:

Skalenbezeichnungen: Numeric Rating Scale (NRS), Symptom Checklist (SCL), Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ), Schmerzempfindungsskala (SES).

Das Dreieck oben oberhalb der Hauptdiagonalen enthält die Korrelationen zum Messzeitpunkt t1, das Dreieck unterhalb der Hauptdiagonalen die Korrelationen zum Messzeitpunkt t2.

Die Hauptdiagonale enthält die Retestreliabilitäten.

(SES) signifikant ($r_{t1} = .61$, $r_{t2} = .53$, $p < .01$). Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) korreliert mit zwei der anderen Tests signifikant; zum einen mit der Lebenszufriedenheit (FLZ; $r_{t1} = -.79$, $r_{t2} = -.70$, $p < .01$) und zum anderen mit der Schmerzempfindung (SES; $r_{t1} = .35$, $r_{t2} = .44$, $p < .01$). Zudem zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Schmerzempfindung (SES) und Lebenszufriedenheit (FLZ; $r_{t1} = -.35$, $p < .01$; $r_{t2} = -.30$, $p < .05$). Diese Ergebnisse bestätigen die Annahmen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Schmerzintensität und der Schmerzempfindung, sowie zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und allgemeinen physischen und psychischen Symptomen.

Die niedrigen Reliabilitäten der NRS wiesen bereits darauf hin, dass das zu messende Konstrukt anscheinend so unsauber erfasst wird, dass die eigentlich zu erwartenden Zusammenhänge mit den anderen Instrumenten nicht nachweisbar sind.

Ergebnisse zur Wirksamkeit der beiden Behandlungsinterventionen Osteopathie + Schmerzhypnose-CD und Osteopathie + Entspannungs-CD: In einem allgemeinen Vorher-Nachher-Vergleich unter Zusammenfassung der beiden Interventionsgruppen ergab sich anhand der Gesamtmittelwerte und der Subskalen der 4 Messinstrumente (SCL-90-R, SES, FLZ, NRS) ein sehr homogenes Bild.

Alle 4 Instrumente zeigten in ihren Gesamtwerten einen statistisch signifikanten Unterschied der Mittelwerte vom ersten Messzeitpunkt (t1) zum zweiten Messzeitpunkt (t2) für alle 56 Patienten. Die Ergebnisse sind wie folgt (siehe Tab. 2):

Bei 19 von insgesamt 24 erhobenen (Sub-)skalen zeigte sich eine signifikante (bei einer Skala eine marginal signifikante) Verbesserung der Mittelwerte der Gesamtgruppe im Vorher-Nachher-Vergleich.

Tab. 2: Mittelwertunterschiede der Messinstrumente

SCL-90-R	t (55)= 4.37	p<.001**	d= .58
SES	t (55)= 4.8	p<.001**	d= .65
FLZ	t (55)= -4.46	p<.001**	d= .60
NRS	t (55)= 6.55	p<.001**	d= .91

Die dazugehörigen Gruppenmittelwerte waren

	t 1	t 2
SCL-90-R	0,56	0,40
SES	1,96	1,65
FLZ	5,18	5,42
NRS	4,77	2,50

Bei den Effektstärken der Hauptskalen der Tests, zeigten sich 3 mittel starke Effekt (SCL-Gesamtwert: $d = .58$, FLZ- Gesamtwert: $d = .60$, SES: $d = .65$) und ein starker Effekt ($d = .91$) für die NRS. Insgesamt kann somit gesagt werden, dass sich – unabhängig von der Art der CD – bei der überwiegenden Anzahl der erfassten Merkmale eine signifikante und in Bezug auf die Skalengesamtwerte mittelstarke bis starke Verbesserung nachweisen lässt.

Im Weiteren wurden die beiden Interventionsgruppen miteinander für die 4 Tests und ihre Subskalen zu beiden Messzeitpunkten verglichen. Es wurde anhand von hierarchischen Regressionen überprüft, ob die CD-Art (Hypnose vs. Entspannung) einen Einfluss hat auf das Ergebnis zum Messzeitpunkt t2. Die Ergebnisse zeigen einheitlich, dass die CD-Art über die Ausgangswerte zu t 1 hinaus keine Vorhersage auf den Ausgang der einzelnen Testergebnisse zulässt, d.h. es keinen Unterschied gibt zwischen den beiden CD-Interventionsgruppen.

Ergänzende Analysen zu den Ergebnissen

Die abschließenden Befunde untersuchen differentielle Effekte für einzelne Substichproben: Es wird geprüft, ob die Variablen Geschlecht, Alter, Schmerzart, Schmerzdauer und der Therapeut einen Einfluss auf die Testergebnisse hatten.

Die Ergebnisse sind weitgehend unabhängig von Alter, Schmerzart und Schmerzdauer des Patienten.

Die Analyse ergab darüber hinaus einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Therapeuten.

Diskussion

In den Ergebnissen zur Wirksamkeit der beiden Behandlungsinterventionen zeigten sich insgesamt für alle Gesamtwerte und für 19 von den 23 Subskalen der erhobenen Variablen signifikante Verbesserungen. Dieses Ergebnis spricht für eine erfolgreiche Behandlungsintervention. Für die Parameter zur Erfassung des Schmerzes (SES-affektiv, SES-sensorisch und NRS) waren die Erfolge einheitlich signifikant.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die dreimalige (in wenigen Fällen zweimalige) Behandlungsintervention insgesamt deutliche Verbesserungen in den meisten erhobenen Variablen zeigte. Es ist festzuhalten, dass diese Variablen nicht nur Schmerzparameter beinhalteten, sondern auch psychologische Symptome und Zufriedenheitswerte.

Nachdem geprüft wurde, dass die Unterschiede in den Anfangs- und Endniveaus der einzelnen Werte der Skalen keinen Effekt auf das Ergebnis hatten, wurden die beiden Behandlungsinterventionen miteinander verglichen. Hier zeigen die Ergebnisse deutlich, dass es keinen Unterschied gab zwischen den beiden Interventionen: Osteopathie plus Hypnose-CD und Osteopathie plus Entspannungs-CD. Beide Interventionen zeigten gleichermaßen homogene Verbesserungen für die erhobenen Variablen. Hierfür kommen mehrere mögliche Gründe in Betracht, über die man nur Vermutungen anstellen kann. Entweder ist die Hypnose als schmerzreduzierende Maßnahme doch nicht effektiv genug, wie andere Untersuchungen zeigten (Frenay, Faymonville, Devlieger, Albert & Vanderkelen, 2001), entgegen den Ergebnissen der Metaanalyse von Montgomery et. al (2000), oder die Operationalisierung der Hypnoseintervention hätte in der vorliegenden Studie besser gestaltet werden können, oder die „Dosis“ war zu gering, oder es gab einen Deckeneffekt.

In den meisten Untersuchungen zum Thema Schmerzreduktion durch hypnotische Interventionen wird die Hypnose individuell durchgeführt, d.h. der Patient wird anhand einer eigenen guten Erfahrung, allgemeiner Muskelentspannung und Fixation eines Gegenstandes in Hypnose versetzt (Faymonville, Mambourg, Joris, Vrijens, Fissette, Albert & Lamy, 1997; Frenay, Faymonville, Devlieger, Albert & Vanderkelen, 2001). Oft wird durch Beobachtungen äußerer Signale wie Augenflattern, verlangsamte Atmung, Armlevitation usw. kontrolliert, ob der Patient in Hypnose ist. In der vorliegenden Studie wurden Zeichen, die den hypnotischen Zustand begleiten, nicht erfasst. Es ist in der durchgeführten Untersuchung daher nicht überprüft worden, ob der Patient wirklich in Hypnose war.

Es kann nicht überprüft werden, ob der Unterschied der Operationalisierung in den beiden Gruppendesigns groß genug war. Sowohl in der Hypnose, als auch in reinen Entspannungsverfahren arbeitet man mit Imaginationen (Rehfisch & Basler, 2004). Reichten die Suggestionen und Imaginationen im Text der Hypnose-CD aus, um einen hypnotischen Zustand beim Patienten hervorzurufen? Zumal Hypnoseverstärker wie z.B. die Armlevitation aus dem Text der Hypnose-CD bewusst heraus geschnitten

wurden, um die Gruppenzugehörigkeit des Patienten von außen unerkennbar zu halten. Es besteht die Möglichkeit, dass sich die Patienten beider Interventionsgruppen einfach nur in tiefer Entspannung befanden– einerseits durch Musik und andererseits durch gesprochenen Text.

Um eine Schmerzreduktion durch Hypnose zu erzielen, so heißt es, bedürfe es spezifischer Analgesiesuggestionen (Peter, 2004). Wenn man die Möglichkeit in Betracht zieht, dass in beiden Gruppen lediglich Entspannung als Zusatzeffekt zur Osteopathiebehandlung entstand, dann könnte die Besserung der Messwerte vollständig der Osteopathie und/oder der Entspannung zugeschrieben werden. Für weitere Studien wäre es aus diesem Grund interessant, eine reine Osteopathieintervention mit Erfassen durch dieselben Messinstrumente in das Design aufzunehmen.

Aufgrund der therapeutischen Relevanz ist es sinnvoll, neue Wege in der Behandlung von Schmerz zu gehen und verschiedene Therapieansätze miteinander zu kombinieren. Diese Arbeit stellt einen Versuch dar, Osteopathie und Hypnose in der Schmerztherapie zusammen zu führen und bietet – so ist zu hoffen – einige Anregungen in Bezug auf die hier untersuchte Fragestellung.

Gegenwärtig werden die Langzeiteffekte der beschriebenen Kombinationsbehandlung nach 6 Monaten ausgewertet, sowie eine weitere Studie aufbauend auf der vorliegenden Arbeit durchgeführt, in der die Osteopathiebehandlung ohne CD erfasst wird.

Literatur

- Basler, H.-D., Franz, C. & Rehfish, H.-P. (2004). *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin: Springer.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (1999). *Hypnose*. Reinbeck: Rowohlt.
- Derogatis, L.R. (1977) Symptom Check List 90 Items Revised. Deutsche Version von G.H. Franke (<http://www.scl-90-r.de/>) (Stand: 30.11.2002)
- Fahrenberg, J.; Myrtek, M.; Schumacher, J. & Brachler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe
- Franz, C. & Bautz, M. (2004). Interaktionsverhalten der Patienten mit „chronisch unbehandelbarem Schmerz“. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfish, (hrsg) *Psychologische Schmerztherapie* (S. 525- 535). Berlin: Springer.
- Faymonville, M.E., Mambourg, P.H., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., & Lamy, M. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: A prospective randomized study. *Pain*, 73(3):, 361-367
- Frenay, M.-C., Faymonville, M.-E., Devlieger, S., Albert, A. & Vanderkelen, A. (2001). Psychological approach during dressing changes of burned patients: A pro-

- spective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27, 793-799.
- Geissner, E. (1996) Schmerzempfindungs-Skala. Göttingen: Hogrefe
- Hartmann, C. (2002). Das große Still Kompendium. Pähl: Jolandos.
- Hasenbring, M. & Pflingsten, M. (2004). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung- Konsequenzen für die Prävention. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfisch, (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie (S. 99-116). Berlin: Springer.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H. & Jessell, T. M. (1991). Principles of neural science. New York: Elsevier Science Publishing.
- Kröner-Herwig, B. (2004). Schmerz- eine Gegenstandsbeschreibung. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfisch, (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie (S. 3-15). Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2004). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfisch, (Hrsg) Psychologische Schmerztherapie (S. 499-522). Berlin: Springer.
- Marstedt, G. & Moebus, S. (o.J.). Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Berlin: Robert Koch Institut.
- Montgomery, G. H., Du Hamel, K. N., Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 138-153.
- Newiger, C. (2002). Osteopathie: Sanftes Heilen mit den Händen. Stuttgart: Georg Thieme.
- Peter, B. (2001). Hypnose und die Konstruktion von Wirklichkeit. In D. Revenstorf, & B. Peter (Hrsg), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Peter, B. (2004). Hypnose. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfisch, (Hrsg), Psychologische Schmerztherapie (S. 583-586). Berlin: Springer.
- Rehfisch, H.P. & Basler, H.-D. (2004). Entspannung und Imagination. In H.-D. Basler, C. Franz & H.-P. Rehfisch, (Hrsg), Psychologische Schmerztherapie (S. 537-550). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2004). Traditionelle und moderne Hypnose. In D. Revenstorf, & B. Peter (Hrsg), Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. (S. 4-10). Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2004). Trance und die Ziele und Wirkungen der Hypnotherapie. In D.

Osteopathie und Hypnose

Revenstorf, & B. Peter (Hrsg) *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. (S. 12-31). Berlin: Springer.

Schmierer, A. (2000) (Sprecher). *Locker Lassen Lernen (CD-Aufnahme)* Stuttgart: Hypnos.

Schmierer, A. (2002) (Sprecher). *Liebe- Selbstheilung in Trance. (CD-Aufnahme)*. Stuttgart: Hypnos.

Still, A. T. (1899). *Philosophy of Osteopathy*. Indianapolis: The American Academy of Osteopathy.

Osteopathy and Hypnosis - a possible combination in pain-therapy?

Iris von Fischern, Christoph Kraiker, Burkhard Peter, and Matthias Spörrle

Aim: The present paper reports on a first attempt to combine osteopathy as a physical therapy and hypnosis as a psychological therapy in order to reduce pain.

Method: Patients with pain were treated in two osteopathic practices with either a combination of osteopathy and a CD of relaxing music or with osteopathy and a hypnotherapeutic CD. The treatment included three sessions of this combination. In the form of pre-post-design pain intensity, sensory and affective pain sensation, general psychological and physiological symptoms, and life satisfaction were assessed before the first and after the third session of combined therapy by using clinical questionnaires.

Results: The results showed a significant effect in all measured variables for the whole group of patients. A group difference between the two CD interventions was not found.

Conclusion: The question whether the operationalisation of the hypnotical intervention was successful is discussed. Methodical restrictions and suggestions for further research studies are illustrated.

Key-words: pain, treatment, osteopathy, hypnosis, double blind study

Iris von Fischern, Dipl.Psych.
Praxis für Osteopathie EVOST
Gustav-Freytag-Str. 29
65189 Wiesbaden
iris.von.fischern@T-Online.de

erhalten: 12.8.2004

revidierte Version akzeptiert: 12.8.2005

1 Universität München, Department Psychologie