

Praxis-Evaluation der Hypnotherapie

Einfluss von Imaginationsfähigkeit und Diagnose auf Therapie-Durchführung und -Erfolg¹⁾

*Dirk Lang
Dirk Revenstorf*

Einleitung

Zur Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland ergibt sich aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998/1999 (Zusatzsurvey 'Psychische Störungen'), dass im Jahr der Erhebung 32% (= 15,6 Millionen) der erwachsenen deutschen Bevölkerung im Alter von 18 - 65 Jahren unter einer oder mehreren psychischen Störungen litten. Dem gegenüber belief sich der damalige Anteil von Betroffenen, die eine im weitesten Sinne adäquate Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien erhielten, gerade auf geschätzte 10% (Wittchen & Jacobi, 2002). Diese niedrige Versorgungsquote führt berechtigterweise zu der Frage, wie es aktuell um die Versorgung psychischer Störungen bestellt ist und was die Hypnotherapie dazu beitragen kann.

In diesem Bereich existieren bereits zahlreiche empirische Studien, die ihre Wirksamkeit bei verschiedenen psychischen und somatischen Störungen belegen (siehe Metaanalysen von Smith et al., 1980; Grawe et al., 1994; Revenstorf & Prudlo, 1994; Bongartz et al., 2002). Im Jahre 2006 verabschiedete der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) der Bundesregierung ein Gutachten zur Anerkennung der Hypnotherapie als Behandlungsmethode für psychosomatische Probleme, Schmerz, Sucht und Belastungsstörungen. Dies geschah auf Basis einer Metaanalyse kontrollierter Studien (Revenstorf, 2006). Im vorliegenden Artikel werden nun einige spezifische Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg bei Anwendung der Hypnotherapie im ambulanten Kontext untersucht, basierend auf einem Forschungsprojekt, das an der Universität Tübingen durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, ein realistisches Bild der Umsetzung hypnotherapeutischer Interventionen zu erhalten sowie Wir-

Praxis-Evaluation der Hypnotherapie. Einfluss von Imaginationsfähigkeit und Diagnose auf Therapie-Durchführung und -Erfolg

Zweck: In einer Studie zur Praxisevaluation wurden spezifische Einflussfaktoren auf den Erfolg von Hypnose analysiert. **Methoden:** Als Stichprobe dienten insgesamt 49 Patienten niedergelassener Therapeuten, die in einem Prä-/Post-Design anhand verschiedener Fragebögen verglichen wurden. **Ergebnisse:** Es fanden sich durchweg signifikante Verbesserungen in den Bereichen subjektive Beeinträchtigung durch somatische und psychische Symptome, Ängstlichkeit, Depressivität sowie Selbstwirksamkeit und Lebenszufriedenheit. Die Dropout-Analyse zeigte, dass die Patienten, die die Studie zum Post- bzw. Katamnesezeitpunkt abbrachen, sich nicht signifikant von denjenigen unterschieden, die in der Studie verblieben. In Bezug auf die angewandten hypnotherapeutischen Interventionstechniken ergaben sich weder signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen noch zwischen den Gruppen der Probanden, die eine hohe bzw. niedrige Imaginationsfähigkeit aufweisen. Auch in der Therapiedauer ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ermitteln.

Schlüsselworte: Hypnose, Hypnotherapie, Praxisevaluation, Imaginationsfähigkeit

Study of effectiveness of hypnotherapy in clinical practice: Influence of imagination and diagnosis

Purpose: In a clinical effectiveness study specific influencing factors on successful therapy in hypnosis have been analyzed. **Methodology:** The sample consisted of 49 patients who have been evaluated within a pre-/post design. **Results:** Constant significant improvements concerning somatic and psychic symptoms, anxiety, depression as well as self-efficacy and life satisfaction were found. The analysis of drop-outs showed that patients who abstained from completing therapy before second or third testing didn't differ significantly from those who stayed in this study. Regarding the hypnotic intervention techniques no significant differences were found neither between diagnostic groups nor between high and low imagination. Finally, no significant differences were found between the diagnostic groups concerning the duration of therapy.

Key words: hypnosis, hypnotherapy, effectiveness study, imagination

Evaluation clinique de l'hypnothérapie. Analyse des facteurs spécifiques ayant une répercussion sur l'efficacité thérapeutique en hypnose

Objectif: Dans une étude d'évaluation clinique, des facteurs spécifiques ayant une répercussion positive sur l'efficacité de l'hypnose ont été analysés. **Méthode:** Un échantillon de 49 patients de thérapeutes installés en pratique privée ont été comparés par le biais de différents questionnaires en début et fin de thérapie. **Résultats:** Des améliorations significatives ont pu être constatées dans le domaine des limitations subjectives dues à des symptômes somatiques et psychiques, à l'anxiété, aux symptômes dépressifs ainsi que dans le sentiment d'autoefficacité et de qualité de vie. L'analyse des dropout montre que les patients qui ont interrompu l'étude soit en fin de thérapie soit dans la période catamnétique ne se distinguaient pas vrai-

ment de ceux ayant terminé l'étude. En ce qui concerne les techniques d'interventions hypnotérapeutiques, il n'y a pas eu de différences significatives en fonction des diagnostics ou en fonction du degré de imagination des patients. La durée de la thérapie n'a également pas montré de différences significatives entre les groupes. (Claude Beguélin)

Mots-clés: *hypnothérapie, évaluation, imagination*

kungsweisen der Hypnotherapie im Praxisalltag niedergelassener Psychotherapeuten zu untersuchen (Phase IV-Studie). Dabei wollte man herausfinden, ob und inwiefern Unterschiede im Therapieerfolg bezüglich der Diagnosegruppen F30-39, F40-48 und F50-59 vorliegen. Die hier durchgeführte Drop-Out-Analyse ging der Frage nach, ob und inwiefern sich 'Abbrecher' von 'Nicht-Abbrechern' hinsichtlich ihrer soziodemografischen Variablen und der Psychopathologie voneinander unterscheiden. Schließlich sollte ermittelt werden, ob und inwiefern Therapeuten/innen je nach Diagnosegruppe bzw. Imaginationsfähigkeit (hoch vs. niedrig) unterschiedliche hypnotherapeutische Interventionen anwenden und mögliche Unterschiede in der Therapiedauer je nach Diagnosegruppe existieren.

Methode

Design: Basierend auf einem Prä-/Post-Versuchsplan mit zwei Messzeitpunkten (t1 und t2), handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein naturalistisches Design vom Typ der Phase IV der Psychotherapieforschung (Baumann & Perez, 1998). Es erfolgte weder eine randomisierte Zuteilung der Probanden auf verschiedene Bedingungen, noch wurde bei den individuellen therapeutischen Sitzungen ein Manual – im Sinne einer standardisierten Durchführung – eingesetzt. Auch ein Vergleich mit einer unbehandelten Wartelisten-Kontrollgruppe war aufgrund des quasi-experimentellen Designs nicht vorgesehen (Wottawa & Thierau, 2003). In diesem Zusammenhang sprechen Bortz et al. (2000, S. 25) von einer »Ad-hoc-Stichprobe, die gerade zugänglich oder [...] allein verfügbar war«. Gegenüber Therapiestudien, die unter standardisierten Bedingungen kontrolliert durchgeführt werden und eine eingeschränkte Gültigkeit für die psychotherapeutische Versorgungspraxis mit sich bringen, haben Wirksamkeitsstudien unter naturalistischen Bedingungen eine gute externe Gültigkeit. Richter (1998) unterstreicht diesen Sachverhalt und betont, dass Studien, die mittels eines naturalistischen Designs durchgeführt werden, für die Gesundheitsversorgung besonders relevant sind.

Therapeutenstichprobe: Als teilnehmende Therapeuten wurden diejenigen ausgewählt, die als approbierte Psychologen oder Ärzte eine psychotherapeutische Zusatzausbildung in Hypnose absolvierten und in Deutschland, Österreich oder der Schweiz psychotherapeutisch tätig sind. Die Akquise der Therapeuten erfolgte in mehreren Phasen unter Verwendung von Rundbriefen, Pressenotizen und telefonischen Rundrufaktionen im Zeitraum zwischen den Jahren 1998 und 2002. Es wurden aus den ca.

2000 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) sowie der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.) diejenigen ausgewählt, »die in den letzten zehn Jahren in einem einjährigen Curriculum (200 Stunden und 40 Stunden Supervision) in klinischer Hypnose ausgebildet wurden und gegenwärtig Hypnotherapie betreiben« (Revenstorf & Ammann, 2002, S. 3). Die Fassung der Fragebogenbatterie wurde an insgesamt 220 interessierte Therapeuten versandt; diese blieben aus Anonymitätsgründen chiffriert, denn es war keine Evaluation der Therapeuten vorgesehen. Diese Therapeuten-Stichprobe reduzierte sich später, so dass die Ausbeute trotz einer intensiven Rekrutierungsarbeit relativ begrenzt war: 77 Therapeuten konnten für dieses Evaluationsprojekt gewonnen werden. Zum Post-Messzeitpunkt (nach Abschluss der Therapie) belief sich die Anzahl der teilnehmenden Therapeuten auf 45 Personen. Wegen der Chiffrierung war es nicht möglich, die Therapeuten direkt nachzufragen.

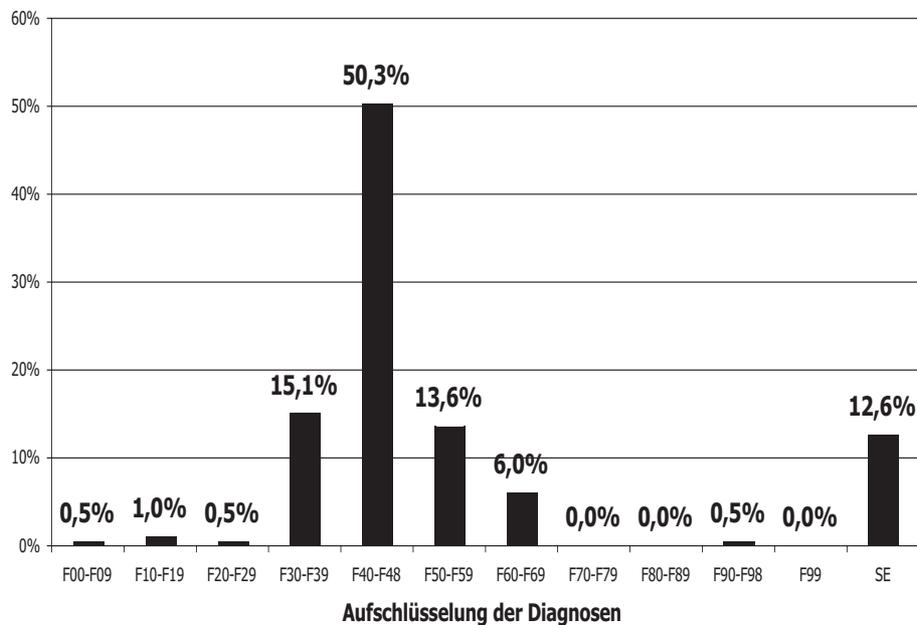
Patientenstichprobe: Die partizipierenden Therapeuten wurden gebeten, den jeweils nächsten vorstelligen Patienten zur Teilnahme an dieser Studie zu motivieren (Ammann, 2004). Daraus resultierte eine unausgelesene, hinsichtlich ihrer Diagnosen heterogene Stichprobe. Nach Summation aller Nennungen ergab sich ein Gesamtwert von $N = 199$; Abbildung 1 liefert in diesem Zusammenhang die Aufschlüsselung der Diagnosen hinsichtlich der jeweiligen Klassifikationsgruppe gemäß des ICD-10. Einschlusskriterien waren außerdem ein Alter zwischen 18 und 64 Jahren, regelmäßige Einzeltherapie und die Zustimmung zur Teilnahme an dieser Evaluationsstudie. Ausschlusskriterium war die Teilnahme an einer anderen klinischen Studie innerhalb der letzten sechs Monate vor Beginn bzw. während dieser Untersuchung.

Von den insgesamt 128 Klienten zum Prä-Messzeitpunkt waren 30 (23,4%) männlich und 98 (76,6%) weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 19, der Maximalwert 63 Jahre bei einem Mittelwert von 37,5 (SD = 10,0) Jahren. Zum Post-Messzeitpunkt verringerte sich das ursprüngliche Klientel auf 49 Probanden, was einer Drop-Out-Quote von 63% ($N = 79$) entspricht. Davon waren 12 (24,5%) Personen männlich und 37 (75,5%) weiblich.

Es sei darauf hingewiesen, dass sich aufgrund der Häufigkeiten die Datenauswertung auf die Diagnosegruppen 'F30-39', 'F40-48' und 'F50-59' beschränken wird. Außerdem wurden die Gruppen 'keine Diagnose' und 'Mehrfachdiagnosen' gebildet.

Bedingungen: Im Folgenden sind die untersuchten Aspekte dargestellt. Als unabhängige Variable diente dabei die Einteilung der Probanden in die entsprechenden Gruppierungen:

1. Therapieerfolg je Diagnosegruppe
2. Drop-Out-Analyse ('Abbrecher' vs. 'Nicht-Abbrecher')
3. Hypnotherapeutische Interventionstechniken je Diagnosegruppe
4. Hypnotherapeutische Interventionstechniken nach Imaginationsfähigkeit ('hoch' vs. 'niedrig')
5. Therapiedauer je Diagnosegruppe



- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
- SE Somatische Erkrankungen ohne Bezug zum ICD-10

Abb. 1: Aufschlüsselung der Diagnosen in % zum Prä-Messzeitpunkt (Nennungen insgesamt: N = 199; Anzahl der Klienten: N = 128)

Messinstrumente: Als abhängige Variablen wurden die folgenden Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet: die Symptom-Checkliste zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigungen durch somatische und psychische Symptome (SCL-90-R; Derogatis, 1992; Franke, 2002), das Beck Angst-Inventar (BAI; Beck et al., 1988), das Beck Depressions-Inventar (BDI; Beck & Steer, 1987; Hautzinger et al., 2000), die Fragebö-

	Prä (t1)	Post (t2)
	M (SD)	M (SD)
SCL-90-R [GSI]	1,1 (0,7)	0,6 (0,6)
SCL-90-R [PST]	47,2 (20,1)	32,5 (21,2)
Beck Angst Inventar [BAI]	23,2 (12,6)	14,6 (11,4)
Beck Depressions Inventar [BDI]	17,8 (10,8)	8,5 (7,9)
Selbstwirksamkeit [SWE]	14,2 (5,9)	15,4 (5,3)
Lebenszufriedenheit	25,5 (9,0)	29,3 (7,9)

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der klinischen Summenscores zu den beiden Messzeitpunkten Prä (t1) und Post (t2)

gen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (SWE; Schwarzer & Jerusalem, 1999) sowie zur Lebenszufriedenheit (Lutz, 2000). Außerdem wurde eine Interventionscheckliste eingesetzt, welche die umgesetzten hypnotischen/imaginativen sowie nicht-hypnotherapeutischen Interventionstechniken pro Sitzung dokumentierte. Ferner wurden die teilnehmenden Probanden mittels der Creative Imagination Scale (CIS) von Wilson & Barber (1978), die verschiedene Aspekte der Vorstellungsfähigkeit erfasst, die mit Suggestibilität korreliert sind, in 'hoch' vs. 'niedrig' imaginativ eingestuft.

Ergebnisse

In Anbetracht der geringen Fallzahlen pro Bedingung zum Katamnesezeitpunkt (t3) sind die diesbezüglichen Berechnungen eher explorativ zu betrachten.

1. Therapieerfolg

Hinsichtlich der Wirksamkeit soll untersucht werden, ob die Diagnosegruppen sich im Therapieerfolg unterscheiden. Zur Beantwortung dieser Frage wurden univariate, zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung (mit dem between-subjects Faktor Diagnosegruppe und dem within-subjects Faktor Zeit) durchgeführt.

1.1 SYMPTOM-CHECKLISTE (SCL-90-R)

Die Ergebnisse bezüglich des Global Severity Index (GSI) und des Summenindex PST (Positive Symptom Total) zeigen bei allen Diagnosegruppen eine Reduktion der psychischen Belastung zum zweiten Messzeitpunkt (von Prä (t1) nach Post (t2)). Es ergab sich ein hochsignifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F = 15,883$; $df = 1$; $p = .000$). Die Diagnosekategorien hingegen unterscheiden sich weder im Gesamtniveau ($F = 1,044$; $df = 4$; $p = .397$) noch in der Verbesserung (Interaktion der Faktoren Zeit *Diagnose: $F = .974$; $df = 4$; $p = .432$) voneinander. Eine unterschiedliche Wirksam-

keit kann also ausgeschlossen werden. Hinsichtlich der Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (PST), ließ sich ebenfalls eine hoch signifikante Reduktion über alle Diagnosegruppen nachweisen ($F = 18,838$; $df = 1$; $p = .000$). Die Diagnosegruppen unterscheiden sich auch hier weder insgesamt ($F = 1,047$; $df = 4$; $p = .395$) noch in der Verbesserung ($F = .712$; $df = 4$; $p = .589$). Zusammengefasst ist ein deutlicher Behandlungserfolg in den Variablen GSI und der Skala PST unterschiedslos bei allen Diagnosegruppen von Prä (t1) nach Post (t2) nachweisbar.

1.2 BECK ANGST INVENTAR (BAI)

Auch in der Angstsymptomatik ist eine Reduktion über alle Diagnosegruppen hinweg sehr signifikant ($F = 10,542$; $df = 1$; $p = .002$). Eine Ausnahme bildet die Gruppe der affektiven Störungen (ICD 10: 'F30-39') – hier fallen die Werte zum Post-Messzeitpunkt insignifikant höher aus als zum ersten Messzeitpunkt, d.h. bleiben de facto unverändert (s. Abb. 2). Ferner war die Interaktion der Faktoren Zeit*Diagnose ($F = 1,803$; $df = 4$; $p = .147$) nicht signifikant. Außerdem war die Angstsymptomatik über alle Diagnosegruppen hinweg gleich ausgeprägt ($F = .784$; $df = 4$; $p = .542$).

1.3 BECK DEPRESSIONS INVENTAR (BDI)

Die Ergebnisse zeigen bei allen Diagnosegruppen eine sehr signifikante Reduktion der Depressivität von Prä (t1) nach Post (t2) (Haupteffekt des Faktors Zeit, $F = 26,089$; $df = 1$; $p = .000$) auf. Im Ausgangsniveau bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen ($F = 2,512$; $df = 4$; $p = .057$). Schließlich ist ein sehr signifikanter Unterschied hinsichtlich des Therapieerfolges der Gruppen nachweisbar (Interaktion der Faktoren Zeit*Diagnose, $F = 4,243$; $df = 4$; $p = .006$), was konkret bedeutet, dass die Diagnosegruppen 'F40-48', 'F50-59' und 'Mehrfachdiagnosen' mehr von der angewandten Hypnotherapie profitieren, als die übrigen (s. Abb. 3).

1.4 ALLGEMEINE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG (SWE)

Hier zeigt sich entweder ein deutlicher Anstieg (Gruppen 'F30-39'; 'F50-59'; 'Mehrfachdiagnosen') oder ein Gleichbleiben (Gruppen 'F40-48'; 'keine Diagnose') der Selbstwirksamkeit von Prä (t1) nach Post (t2) als signifikanter Haupteffekt des Faktors Zeit ($F = 5,788$; $df = 1$; $p = .021$). Die Diagnosegruppen sind im generellen Niveau der Selbstwerte signifikant unterschiedlich (Haupteffekt Diagnose $F = 3,608$; $df = 4$; $p = .013$), unterscheiden sich aber in der Behandlungswirksamkeit nicht (Interaktion Zeit*Diagnose $F = 1,767$; $df = 4$; $p = .155$; s. Abb. 4).

1.5 LEBENSZUFRIEDENHEIT

Alle Diagnosegruppen zeigen eine sehr signifikante Zunahme der Lebenszufriedenheit während der Behandlung (Haupteffekt des Faktors Zeit $F = 18,702$; $df = 1$; $p = .000$). Ferner profitieren die Diagnosegruppen auf dieser Variablen sehr signifikant

Praxisevaluation der Hypnotherapie

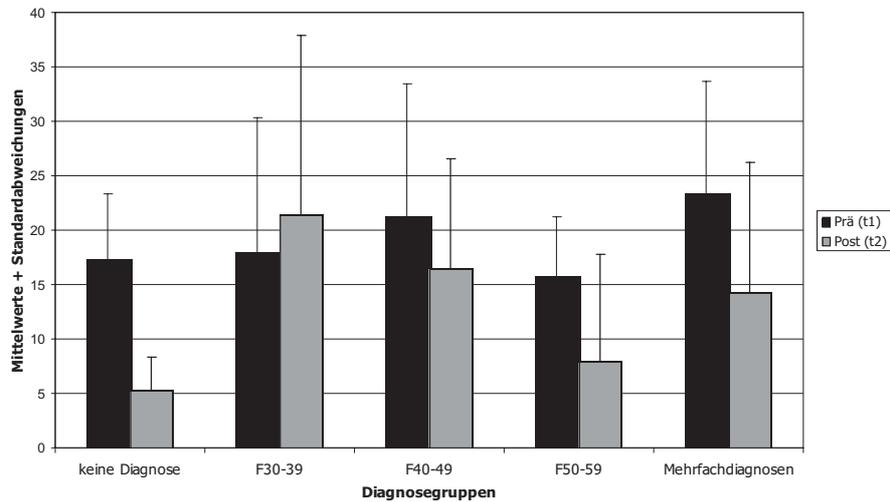


Abb. 2: Vergleich der Mittelwerte und den dazugehörigen Standardabweichungen der Angstsymptomatik zwischen den beiden Messzeitpunkten Prä (t1) und Post (t2) über alle Diagnosegruppen hinweg

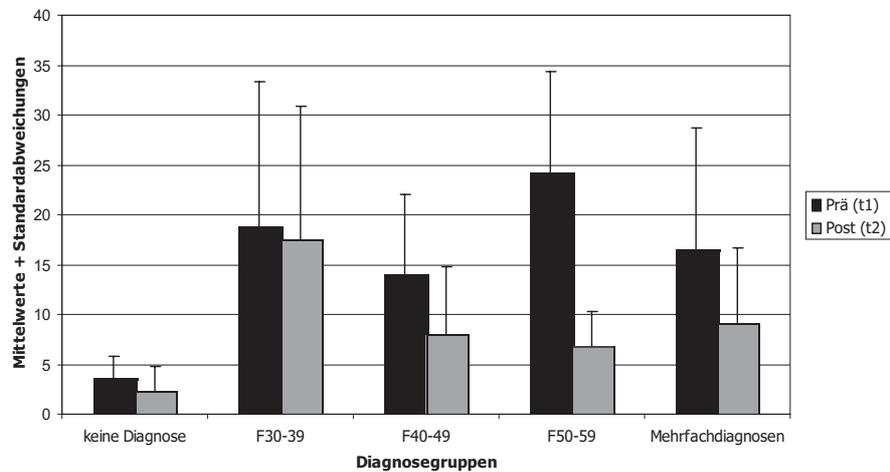


Abb. 3: Vergleich der Mittelwerte und den dazugehörigen Standardabweichungen der Depressionssymptomatik zwischen den beiden Messzeitpunkten Prä (t1) und Post (t2) über alle Diagnosegruppen hinweg.

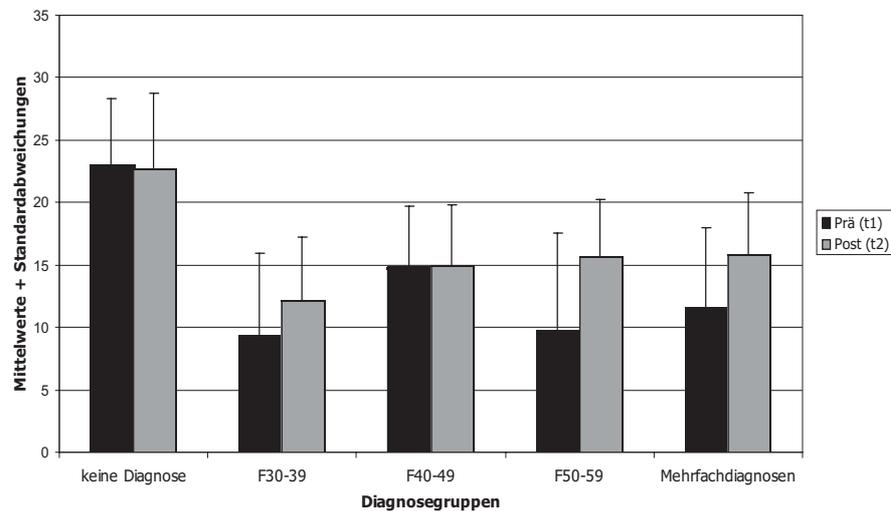


Abb. 4: Vergleich der Mittelwerte und den dazugehörigen Standardabweichungen der Selbstwirksamkeit zwischen den beiden Messzeitpunkten Prä (t1) und Post (t2) über alle Diagnosegruppen hinweg.

unterschiedlich von der therapeutischen Intervention (Interaktion der Faktoren Zeit * Diagnose $F = 4,679$; $df = 4$; $p = .003$), ohne dass sich die Gruppen im Ausgangsniveau unterscheiden (Haupteffekt Diagnose $F = 1,048$; $df = 4$; $p = .395$).

2. Drop-Out-Analyse

In der Drop-Out-Analyse²⁾ soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich in dieser Untersuchung die 'Studienabbrecher' von den 'Nicht-Studienabbrechern' unterscheiden. Untersucht wurden dazu soziodemografische Variablen, wie Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf sowie die Summenwerte der hier eingesetzten Fragebögen zu Beginn der Behandlung. Signifikante Unterschiede sprächen für eine Verzerrung der Resultate durch den Selektionsprozess des Abbruchs. Tabelle 2 gibt Aufschluss über die Häufigkeiten der Ausgangswerte (Basis) sowie den 'Abbrechern' und den 'Nicht-Abbrechern' zu den beiden Messzeitpunkten Post (t2) und Katamnese (t3).

2.1 DROP-OUT-ANALYSE ZUM POST-MESSZEITPUNKT

Hinsichtlich des Alters kann gemäß des hier eingesetzten t-Tests für unabhängige Stichproben kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($t = .163$; $df = 126$; $p = .871$). Zur Überprüfung der Variable Geschlecht wurde ein Chi2-Test angewandt; dieser liefert mit ($Chi2 = .049$; $df = 1$; $p = .825$) keinen signifikanten Unterschied. Für

Messzeitpunkt	Basis	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
Post (t2)	128 (100%)	79 (61,7%)	49 (38,3%)
Katamnese (t3)	49 (100%)	23 (46,9%)	26 (53,1%)

Tabelle 2: Anzahl der 128 an der Untersuchung teilnehmenden Patienten, die am Ende der Behandlung (Post) und bei der Katamnese erreichbar waren.

die Variable Bildung wurde zur Bestimmung der Differenzen zwischen den Gruppen der 'Abbrecher' und den 'Nicht-Abbrechern' der U-Test von Mann & Whitney eingesetzt, welcher mit ($U = 1877,000$; $z = -.311$; $p = .756$) keine signifikanten Unterschiede produzierte. Bezüglich der Variable Beruf ließ sich anhand des Chi2-Tests ($\text{Chi}^2 = 4,660$; $df = 6$; $p = .588$) ebenfalls kein signifikanter Unterschied ermitteln.

Um etwaige Unterschiede zwischen den Probandengruppen hinsichtlich der fragebogenbasierten Scores ausfindig zu machen, wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Es zeigen sich durchweg nicht signifikante Ergebnisse; die einzige Ausnahme bilden die über das Beck Angst Inventar (BAI) erhobenen Angstwerte mit ($t = 2,189$; $df = 126$; $p = .030$). Abgesehen von diesem Sonderfall lässt sich zusammenfassend postulieren, dass sich die 'Abbrecher' von den 'Nicht-Abbrechern' zum Post-Messzeitpunkt (t2) bezüglich ihrer soziodemografischen als auch den klinischen Scores lediglich zufällig voneinander unterscheiden.

2.2 DROP-OUT-ANALYSE ZUM ZEITPUNKT DER KATAMNESE

Hinsichtlich der soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht, Beruf und Bildung konnten keine signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der 'Abbrecher' und den 'Nicht-Abbrechern' nachgewiesen werden.

Auch der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt bezüglich der Psychopathologie keinerlei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zusammenfassend lässt sich daher sagen, dass sich die Abbrecher von den Nicht-Abbrechern hinsichtlich ihrer soziodemografischen Variablen als auch ihren klinischen Werte lediglich zufällig voneinander unterscheiden.

3. Hypnotherapeutische Interventionstechniken je Diagnosegruppe

Es erschien sinnvoll anzunehmen, dass in den einzelnen Diagnosegruppen unterschiedliche hypnotherapeutische Techniken angewendet wurden. Die behandelnden Therapeuten hatten für jede Sitzung in einer Checkliste von 16 Hauptbehandlungstechniken diejenigen angekreuzt, die zur Anwendung kamen. Tabelle 3 gibt nach Häufigkeit die angewendeten Techniken wieder. Am häufigsten über alle Diagnosegruppen hinweg wurden folgende hypnotische Techniken angewendet: Metaphern, Einstreuung, direkte Suggestionen, Lösungsprogression, Teile-Arbeit und die Assoziation von Ressourcen (200-500 Mal); dann folgen Affektbrücke, Neuprägung, Ideo-

motorische Befragung, Dissoziative Phobietechnik, Traumarekonstruktion und Visualisierung von Organheilung (100 -150 Mal). Dies wurde mittels des non-parametrischen H-Tests nach Kruskall & Wallis überprüft. Es ergeben sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die Interventionstechniken 'Neuprägung' ($\text{Chi}^2 = 9,822$; $\text{df} = 4$; $p = .44$), 'Affektbrücke' ($\text{Chi}^2 = 10,314$; $\text{df} = 4$; $p = .35$) sowie die 'dissoziative Phobietechnik' ($\text{Chi}^2 = 11,714$; $\text{df} = 4$; $p = .20$). Dies bedeutet, dass diese Interventionstechniken diagnoseabhängig eingesetzt wurden.

4. Hypnotherapeutische Interventionstechniken nach Imaginationsfähigkeit

Entsprechend dem Summenwert der Creative Imagination Scale (CIS; Wilson & Barber, 1978), konnten die Patienten anhand des erhobenen Imaginationsvermögens den Gruppen der Hoch- bzw. Niedrigimaginativen zugeordnet werden. Tabelle 4 stellt die Häufigkeiten der hypnotherapeutischen Techniken in der Behandlung zusammen. Es ist deutlich, dass bei den gering Imaginativen generell mehr Techniken eingesetzt wurden (durchschnittlich 55) als bei den hoch Imaginativen (durchschnittlich 45). Für einen Vergleich zwischen den beiden Gruppen wurde der non-parametrische U-Test von Mann & Whitney verwendet. Es findet sich lediglich bezüglich der Interventionstechnik 'Hypnotische Analgesie' ein signifikantes Ergebnis ($U = 168,000$; $z = -2,410$; $p = .016$).

5. Therapiedauer je Diagnosegruppe

Die Anzahl der therapeutischen Sitzungen zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt (t_1 und t_2) belief sich auf durchschnittlich 18 ($M = 17,67$; $SD = 11,086$), wobei das Minimum bei 2 und das Maximum bei 55 Sitzungen liegt. Für einen Vergleich der Sitzungszahl in den Diagnosegruppen wurde der non-parametrische H-Test nach Kruskall & Wallis verwendet – ohne signifikantes Ergebnis ($\text{Chi}^2 = 5,269$; $\text{df} = 4$; $p = .261$). Fazit: Die Diagnosegruppen unterscheiden sich in Bezug auf die Therapiedauer bzw. Intensität nicht.

Diskussion

Es herrscht der Konsens vor, dass »wir zu wenig über die Effektivität von Psychotherapie unter Feldbedingungen wissen« (Heekerens, 2005, S. 359) und Untersuchungen wie diese haben bis dato eher einen Seltenheitscharakter. Hingegen ließ sich die Wirksamkeit der Hypnotherapie im Sinne der Effectiveness (Stufe 2 klinischer Evidenz) in den vergangenen Jahren immer wieder durch zahlreiche Studien bestätigen.

Im Sinne der Efficacy (Stufe 4 klinischer Evidenz) zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Praxisevaluation einen konstanten Therapieerfolg auf:

Neben der deutlichen Reduktion im Ausmaß der psychischen Belastung ließ sich eine bedeutsame Verminderung der Quantität der Symptome zeigen, bei denen diese Belastung vorliegt. Bei den Ergebnissen zur Ängstlichkeit fällt auf, dass hinsichtlich

Praxisevaluation der Hypnotherapie

Interventionen	Diagnose					Summe
	keine Diagnose	F30-39	F40-48	F50-59	Mehrfachdiagnosen	
Häufigkeit der Diagnosen	3	5	23	4	10	45
Summe der Interventionen	90/30	724/144,8	1457/63,3	767/191,8	641/64,1	3679/81,8
Explizite oder beiläufige Trance	5,3	23,2	13,2	32,5	9,1	14,6
Metaphern	5,3	21,6	9,4	21,3	7,2	11,1
Einstreuung	4,7	18,6	7	18,8	7,8	9,4
Direkte Suggestion	3,7	11,4	7,1	15	5,3	7,6
Progression in Lösungsvision	2,3	10	4,3	12,8	4,9	5,7
Aktivierung von Teilpsychen	2	10,4	3,4	13,5	4,5	5,2
Reassoziatio von Ressourcen	2,3	7,2	3,2	13,5	4,1	4,7
Altersregression	0,3	9	2,8	10,8	4,7	4,4
Affektbrücke	0	4	2,3	10,8	3,4	3,3
Neuprägung	0,7	6	1,9	9,3	2,9	3,1
Ideomotorische Befragung des Unbewussten	0	7	1,5	9,8	2,9	3,0
Visualisierung von Organheilung	2,3	5	2,3	6	2,6	3,0
Dissoziative Phobietechnik	1	3,4	1,8	7,8	1,5	2,4
Rekonstruktion von Traumata	0	4,6	1,5	6,5	2,1	2,3
Hypnotische Analgesie	0	2,2	1,3	2,5	1,1	1,4
Doppeldissoziative Phobietechnik	0	1,2	.2	1,3	0	0,4

Tabelle 3: Absolute sowie relative Häufigkeiten der hypnotherapeutischen Interventionstechniken während der Dauer der Therapie über alle Diagnosegruppen hinweg. (Anm.: In der Zeile 'Summe der Interventionen' sind die absoluten/relativen Häufigkeiten dargestellt. Hinsichtlich der darauffolgenden Interventionstechniken sind lediglich die relativen Häufigkeiten aufgeführt. Die Relativierung erfolgte anhand der jeweiligen Häufigkeiten der Diagnose).

der Diagnosegruppe 'F30-39' die Werte zum Post-Messzeitpunkt (t2) höher ausfielen als vor der Therapie (t1). Eine vorsichtige Deutung dieses Befundes könnte sein, dass die Differentialdiagnose einer Angststörung aufgrund der hohen Komorbidität mit dem Störungsbild der Depression nicht immer als zutreffend erkannt wurde. Dies würde wiederum implizieren, dass die verkannte Angststörung keine adäquate Behandlung erfahren haben könnte und man sich stattdessen im therapeutischen Setting auf die Depression konzentrierte. Dadurch könnte sich die angstspezifische Symptomatik verschlimmert haben, was die erhöhten Scores zum zweiten Messzeitpunkt erklären würde. Im Sinne von Schneider (2006) darf die Tatsache, dass Komorbiditäten sowohl den Therapieprozess als auch das Therapieergebnis maßgeblich beeinflussen, nicht vernachlässigt werden.

Die Depressivität sowie die Lebenszufriedenheit betreffend lieferten die Ergebnis-

Interventionen	Imaginationsfähigkeit	
	Post (N = 45)	
	hoch (N = 19)	niedrig (N = 26)
Explizite oder beiläufige Trance	8,6	10,8
Metaphern	5,4	8,9
Einstreuung	5,0	6,3
Direkte Suggestion	4,6	5,4
Aktivierung von Teilpsychen	2,6	3,3
Progression in Lösungsvision	2,5	4,3
Affektbrücke	2,5	1,4
Reassoziaton von Ressourcen	2,4	3,2
Altersregression	2,1	2,7
Dissoziative Phobietechnik	1,8	1,4
Visualisierung von Organheilung	1,8	1,7
Hypnotische Analgesie	1,6	0,3
Ideomotorische Befragung des Unbewussten	1,5	1,9
Rekonstruktion von Traumata	1,4	1,2
Neuprägung	1,1	2,1
Doppeldissoziative Phobietechnik	0,2	0,4
Summe	45	55

Tabelle 4: Relative Häufigkeiten der hypnotherapeutischen Interventionstechniken während der Dauer der Therapie getrennt nach den Imaginationsniveaus hoch vs. niedrig.

se dagegen sehr signifikante Verbesserungen in Form von Unterschieden in der Wirksamkeit der Behandlung in den einzelnen Diagnosegruppen, d.h. dass einige Diagnosegruppen mehr von der Hypnotherapie profitierten als andere. Betrachtet man die Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), so zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Ausgangsniveau und Diagnose. Zusammenfassend ergibt sich eine abnehmende psychische Symptomatik sowie erhöhte salutogenetische Werte.

Im Hinblick auf den für eine Praxisevaluation relevanten Drop-Out könnte man vermuten, dass man ohne Berücksichtigung der Ausscheider zu einer Überschätzung der positiven Wirkung der Behandlung kommt, denn alle Vergleiche bauen selbstverständlich auf den Personen auf, denen die spezifische Interventionsbedingungen relativ zugesagt haben. Die hier gewonnenen Ergebnisse belegen – mit einer Ausnahme – eindeutig, dass sich die 'Abbrecher' von den 'Nicht-Abbrechern' sowohl in Bezug auf die soziodemografischen Daten als auch die klinischen Ausgangswerte nur zufällig voneinander unterscheiden. Dies spricht dafür, dass sich in der vorliegenden Studie keine bedeutsamen Intergruppeneffekte nachweisen ließen und die Resultate nicht

durch einen Selektionsprozess maßgeblich verzerrt wurden. Davon abgesehen liegt die hier vorhandene Drop-Out-Quote bei beträchtlichen 79,7%. Um solchen Entwicklungen entgegenwirken zu können, schlagen Lutz, Martinovich & Howard (1999; 2001) ein Feedback-System vor, welches die Möglichkeit bietet, im konkreten Einzelfall auf die individuellen Umstände der Klienten einzugehen und während der laufenden Behandlung Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen sowie in begründeten Fällen sinnvolle Um- bzw. Neuentscheidungen im Rahmen des therapeutischen Settings vorzunehmen, damit (weitere) Misserfolge oder gar Abbrüche vermieden werden können. Auf dieser Basis ließen sich somit Vorhersagen zum Therapieverlauf generieren bzw. optimieren, wie sie Lutz (2002) anhand seines Prognose-Modells illustriert. Eine von Shadish, Cook & Campbell (2002) vorgeschlagene Alternative wäre, dem Hauptexperiment eine Pilotstudie voranzuschicken, um so eventuelle Probleme bezüglich des Drop-Outs zu erfassen und zu analysieren.

In Bezug auf die angewandten hypnotherapeutischen Interventionstechniken waren – mit nur wenigen Ausnahmen – keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen nachweisbar. Das deutet darauf hin, dass die eingesetzten Interventionstechniken nicht wirklich eine diagnoseabhängige Indikation besitzen und sich eher durch globale Anwendbarkeit auszeichnen. Des Weiteren fand sich – mit einer Ausnahme – kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der Hoch- bzw. Niedrigimaginativen. Betrachtet man die Häufigkeiten der Interventionstechniken (Hochimaginative: $N = 858$; Niedrigimaginative: $N = 1433$) kann man annehmen, dass man bei hochimaginativen Personen weniger 'Anläufe' bzw. eine geringere Anzahl an Interventionen benötigt, um einen Therapieerfolg zu erzielen, als bei Niedrigimaginativen. Die Therapiedauer betreffend ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosen und den Gruppen der Hoch- bzw. Niedrigimaginativen. Die Anzahl an therapeutischen Sitzungen belief sich bei den der Gruppe der Angststörungen ('F40-48'), auf einen Mittelwert von $M = 16,9$ ($SD = 9,9$). Diese Zahlen decken sich mit den Angaben aus der Literatur (s. Revenstorf & Peter, 2001, S. 432) bei einer effektiv angewandten Hypnosetherapie im Rahmen von Angststörungen.

Abschließend soll nochmals darauf hingewiesen werden, dass in Anbetracht der geringen Fallzahlen die hier berichteten Ergebnisse mit Vorsicht zu deuten sind. Nichtsdestotrotz sollen die Resultate jedoch zu weiteren Untersuchungen anregen: So wäre von Interesse, weitere Diagnosegruppen und Katamnesedaten zu berücksichtigen. Auch wenn kontrollierte Laborstudien aufgrund ihrer hohen internen Validitäten unverzichtbar sind, und Studien im klinischen Feld die psychotherapeutischen Interventionen deutlich repräsentativer abbilden, um die Befunde von Laborstudien sinnvoll zu ergänzen (Fydrich & Schneider, 2007), ist zu beachten, dass ein erheblich größerer Aufwand nötig ist, um Patienten auf diese Weise speziell für die Katamnese zu erreichen.

Literatur

- Abbot, N. C., Stead, L. F., White, A. R., Barnes, J. (1998). Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.
- Ammann, C. (2004). Evaluation des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie: Die Bedingungen eines subjektiv eingeschätzten Therapieerfolgs. Tübingen: Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Baumann, U. & Perrez, M. (1998). Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Hans Huber.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). Beck Depression Inventory, Manual. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N. B. G., Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 (6); 893-897.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. Psychotherapeut, 47; 67-76.
- Bortz, J., Lienert, G. A. & Boehnke, K. (2000). Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Derogatis, L. R. (1992). SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual (2., rev. u. erw. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Fydreich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. Psychotherapeut, 52; 55-68.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (2000). Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Heckerens, H.-P. (2005). Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut, 50; 357-366.
- Lutz, R. (2000). Das Marburger Untersuchungs-Inventarium. Unveröffentlichtes Manuskript, Fachbereich Psychologie der Phillips-Universität Marburg/Lahn.
- Lutz, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirical based clinical practice. Psychotherapy research, 12; 251-273.
- Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67; 571-577.
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30 (2); 104-113.
- Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. Hypnose und Kognition, 11 (1+2); 190-224.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. & Ammann, C. (2002). Zwischenbericht zur Praxisevaluation der Hypnotherapie. Tübingen: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Revenstorf, et al. (2003). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie. Expertise für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesregierung. Privatdruck, erhältlich beim Herausgeber/Autor oder im Internet. Verfügbar unter: <http://revenstorf.de/meg/downloads>

Praxisevaluation der Hypnotherapie

/Expertise.pdf [07.07.08]

- Revenstorf, D. (2005b). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10; 22-31.
- Revenstorf, D. (2006). Wissenschaftliche Anerkennung der Hypnose. *Hypnose*; 1-172.
- Richter, R. (1998). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 416-429). Bern: Hans Huber.
- Schneider, W. (2006). Wem gehört die Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 5; 64-77.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin. Verfügbar unter: <http://www.fu-berlin.de/gesund/> [07.07.08]
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Smith, M. L., Glass, G. V., Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20 (4); 235-249.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*; 6-15.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Dirk Lang, Dipl.Psych.
M.H. Erickson-Akademie
Gartenstr. 18
72074 Tübingen
kontakt@meg-tuebingen.de

1) Gefördert von der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH).

2) In diese Drop-Out-Analyse flossen alle drei Messzeitpunkte Prä (t1), Post (t2) und Katamnese (t3) mit ein.

erhalten: 15.7.08

revidierte Version akzeptiert: 1.9.08