

Die Problematik des Wirksamkeits- und Effektivitätsnachweises der Hypnotherapie in Studien

Eine Anregung

Walter Tschugguel
Sabine Tschugguel

Einleitung

Die gegenwärtig bevorzugte Methode der Medizin- und Psychotherapie-Effektivitätsforschung ist die so genannte „Randomisierte kontrollierte Studie“ (engl. randomized controlled trial, RCT) gemäß 22 Kriterien, die erstmals 1996 von Begg et al. unter dem Überbegriff „CONSORT- (für Consolidated Standards of Reporting Trials) Statement“ (deutsche revidierte Fassung in Moher et al. 2004, S. 665) veröffentlicht wurden. In weiterer Folge fand diese Methode auch breite Anwendung innerhalb der klinischen Hypnoseforschung zur Messung von Hypnose- bzw. Hypnotherapie-Effektgrößen.

Der vorliegende Beitrag beschreibt i) jene CONSORT-Kriterien, deren Anwendung auf Studien, die Hypnoseeffekte zu messen beabsichtigen, fragwürdig erscheint, gefolgt von den zugrundeliegenden Rationalen, die die Fragwürdigkeit begründen, und ii) alternative methodische Überlegungen, an die Empfehlungen für zukünftige klinische Hypnoseforschungsmethoden anschließen.

RCT-CONSORT Richtlinien, deren Anwendbarkeit innerhalb klinischer Hypnoseforschung fragwürdig erscheint

Von den 22 Richtlinien des CONSORT Statements (deutsche Fassung in Moher et al. 2004, S. 665) greifen wir jene heraus, deren Anwendbarkeit der pharmakologischen Forschung angemessen sein kann, aber nicht notwendigerweise der klinischen Hypnoseforschung:

„*Titel und Abstract (Punkt 1):* Zuordnung zu Therapiegruppen (z.B. „randomisier-

Hypnose - ZHH 2010, 5(1+2), 253-269

Walter Tschugguel, Medizinische Universität Wien

Sabine Tschugguel, Universität Wien

Die Problematik des Wirksamkeits- und Effektivitätsnachweises der Hypnotherapie in Studien – Eine Anregung

These: Die aus der pharmazeutischen Forschung abgeleitete Methode der randomisierten, kontrollierten Studie ist der klinischen Hypnoseforschung nicht angemessen. **Darlegung der These:** Hypnose ist ein therapeutisches Verfahren, das auf Beziehung, persönlicher Entwicklung und Kontext aufbaut. Im Gegensatz dazu wird die wissenschaftliche Legitimität der Hypnose mittels Studien argumentiert und beworben, deren Methoden idealerweise den Methoden gut kontrollierter, pharmazeutischer Studien entsprechen. **Standpunkt der Autoren:** Hypnose-Forschung, welche die der Hypnose wesentlichen Kriterien – Beziehung, persönliche Entwicklung und Kontext – untersucht, kann keinesfalls diese ihre wesentlichen Kriterien vernachlässigen und sich darauf beschränken, Effektstärken zu messen. **Folgerungen:** Hypnose-Forschung sollte adäquate Methoden verwenden, die sich nicht nur auf die Naturwissenschaft stützen, sondern Phänomenologie und Hermeneutik (Verstehen) einbeziehen. Diese Methoden sind bereits Teil moderner Psychotherapieforschung.

Schlüsselwörter: Hypnose, Hypnotherapie, Wirksamkeit, Effektivität, RCT, Forschungsparadigmatik, Psychotherapieforschung

The Problem of producing evidence of effectiveness and efficacy of hypnotherapy in clinical trials – A stimulation article

Major theme: The randomized controlled trial research methodology, originally developed for pharmaceutical research, does not commensurate with clinical hypnosis research. **Logical development of the theme:** Hypnosis is a therapeutic method essentially based upon relationship between persons, personal development and context. By contrast, scientific justification of hypnosis is reasoned and publicized through means of studies the methods of which ideally correspond with methods of well controlled pharmaceutical trials. **Authors' point of view:** Hypnosis research, by investigating hypnosis relevant criteria such as relationship, personal development and context cannot neglect its essential criteria by restricting to measure effect sizes. **Inferences:** Hypnosis research should use adequate methods not only comprising natural science but also phenomenology and hermeneutics (understanding). Such methods are already part of modern psychotherapeutic research.

Keywords: hypnosis, hypnotherapy, efficacy, effectiveness, RCT, research paradigm, psychotherapeutic research

te Verteilung', ‚randomisiert', oder ‚randomisierte Zuweisung').“ Rationale: In der pharmakologischen Forschung ist eine Unterscheidung zwischen Patienten, die ein Verum erhalten, und jenen, die ein Placebo oder einen anderen Wirkstoff erhalten, zielführend, da pharmakologisch wirksame Inputs angenommen werden, die Output-Effekte hervorrufen können.

„Methoden (Punkt 4): Präzise Angaben zu den geplanten Interventionen jeder Gruppe und zur Durchführung.“ Rationale: Hier sollen die exakten Charakteristika der geplanten Intervention und der Kontroll-Intervention beschrieben werden, was bei der Verabreichung von Medikamenten möglich ist.

Walter und Sabine Tschugguel

„*Methoden/Ziele; Zielkriterien; Fallzahlbestimmung (Punkte 5-7)*: Genaue Ziele, Fragestellungen und Hypothesen; klar definierte primäre und sekundäre Zielkriterien und, gegebenenfalls, alle zur Optimierung der Ergebnisqualität verwendeten Methoden.“ Rationale: Pharmakologische Wirkstoffe greifen per definitionem in - als Störung innerhalb der Signalübertragungsprozesse der Zellen - beschriebene Vorgänge ein, sodass mit diesem Wirkmechanismus assoziierte Effektgrößen angenommen werden können. Diese Effektgrößen sind Grundlage statistischer Fallzahlberechnungen.

„*Randomisierung (Punkte 8-10)*: Methode zur Generierung der zufälligen Zuteilung, einschließlich aller Einzelheiten, Durchführung der Zuteilung (z.B. nummerierte Behälter; zentrale Randomisierung per Fax, Telefon), Angabe, ob Geheimhaltung bis zur Zuteilung gewährleistet war.“ Rationale: Die Verschreibung eines Medikaments kann - insbesondere sobald mehrere Medikamente zur Behandlung einer definierten Diagnose zur Verfügung stehen – nach zufälligen Kriterien (Gewohnheit, eigene gute Erfahrungen, Bewerbung durch Firmen, etc.) erfolgen. Mittels Randomisierung kann diese Verschreibe-Praxis systematisiert untersucht werden.

„*Verblindung (Punkt 11)*: Waren a) die Probanden/Patienten und/oder b) diejenigen, die die Intervention/Behandlung durchführten und/oder c) diejenigen, die die Zielgrößen beurteilten, verblindet oder nicht verblindet? Wie wurde der Erfolg der Verblindung evaluiert?“ Rationale: Mittels Verblindung werden Störvariablen (Wissen über Medikament oder Placebo, Persönlichkeit des Untersuchers und/oder Behandlers) systematisch ausgeschaltet.

„*Statistische Methoden (Punkt 12)*: Statistische Methoden zur Bewertung des Zielkriteriums; weitere Analysen wie z.B. Subgruppenanalysen und adjustierte Analysen.“ Rationale: In der pharmakologischen Forschung wird von erwarteten Effektgrößen ausgegangen, die mittels vordefinierter statistischer Berechnungen der untersuchten Daten am Ende der Studie aufgefunden oder nicht aufgefunden werden können.

Kontrollgruppen Problematik

Zunächst soll eine kurze Untersuchung der Kontrollgruppen-Problematik des RCT-Paradigmas erfolgen.

Aus den folgenden Gründen können qualitativ hinreichende Kontrollbedingungen für Hypnose-Interventionen gemäß RCT-CONSORT Richtlinien, die für die Beurteilung der Qualität von RCTs herangezogen werden, gar nicht existieren.

„Im Gegensatz zur pharmakologischen Forschung gibt es in der Psychotherapie kein glaubwürdiges Placebo“, betonte Revenstorf (2003, S. 10). So wären laut Revenstorf in der Medikamentenprüfung unspezifische Wirkungen psychologisch, spezifische Wirkungen hingegen physiologisch und daher eine klare Trennung möglich. Im Unterschied dazu wären in der Psychotherapie sowohl Placebo als auch Verum psychologisch und daher schwer zu trennen. Deshalb wären seiner Ansicht nach Forderungen nach adäquaten Kontrollgruppen problematisch.

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

Würde man, um diesen Konflikt zu umgehen, vor Studienbeginn unvollständig aufklären, d.h. beispielweise strukturiert verschweigen, dass Hypnose eingesetzt werde, verhindert dies zwar eine mögliche zu hohe Erwartungshaltung oder eventuelle Enttäuschungen, die mit der Inanspruchnahme oder Nicht-Inanspruchnahme von Hypnose nach Ende des Beobachtungszeitraumes einhergehen könnten. Das ethische Dilemma, vor dem man dadurch steht - nicht vollständig über den eigentlichen Zweck der Studie, nämlich Erfassung der Effektivität von Hypnose - aufgeklärt zu haben, bleibt allerdings ungelöst. Erfolgt dagegen eine vollständige Aufklärung und ist der Patient interessiert, an der Studie teilzunehmen, bedingt das die o.a. Verfälschungen. Bereits Revenstorf stellte hierzu fest, dass „für jedwede Art von Kontrollgruppen in der Psychotherapie weder die Unwissenheit des Therapeuten gegenüber dem ‚Medikament‘, (i.e. der jeweiligen Psychotherapieform) zu erreichen ist noch die Blindheit des Patienten gegenüber dem Verfahren, wie es in der Pharmaforschung gefordert wird“ (Revenstorf, 2003, S. 11).

Problematische Folge der Anwendung inadäquater Methoden bei Forschung am Menschen

Die RCT-CONSORT Qualitätskriterien gelten aus Sicht der wissenschaftlichen Medizin für alle Interventionen, deren Effektivität mittels RCTs am Menschen zur Überprüfung gelangen. Kann jenen Kriterien nicht adäquat entsprochen werden, was ja nicht nur für die hypnotherapeutische (vgl. Roberts 2005), sondern für die gesamte psychotherapeutische Forschung gilt, erfolgt eine Kategorisierung jener Forschung als „weiche“ Wissenschaft. Unter dem Überbegriff „Mind-Body“-Therapie findet sie sich im Bereich „CAM“ (Komplementäre und Alternative Medizin) wieder, woraus die – explizit meist nie ausgesprochene – implizit immer nur teilweise Anerkennung eines mentalen Therapieverfahrens folgt.

Kriterien der Methodenwahl

Ist es also Faktum, dass ausschließlich potenziell adäquat verblindbare Interventionen konventioneller Medizin das Gütesiegel „Qualitätsgeprüfte Forschung“ erhalten dürfen? Offensichtlich schon, aber naturgemäß nur aus der Betrachtungsweise jener Methoden heraus, die von der an pathophysiologischen Signaltransduktionsprozessen orientierten Medizin-Forschung entwickelt wurden. Im Gegensatz dazu sollte medizinische Hypnose weniger Verhalten oder bloße Erscheinungsformen modifizieren, als vielmehr zu tiefgreifenden Persönlichkeitsentwicklungen anregen (vgl. Erickson 1944), wodurch Symptome meist gegenstandslos werden. Demgemäß ist Hypnose weniger als ein an Patho-Mechanismen orientiertes, kuratives Werkzeug verstehbar, sondern vielmehr als Instrument zur Aktivierung endogener Kompetenzen und Entfaltungspotenziale. Das bedeutet, Hypnoseforschung kann nicht jenen Methoden folgen, die für die pharmazeutische Forschung gelten. Bereits Revenstorf (2003) erachtete die

Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie für unzulässig, da psychotherapeutische Interventionen nicht auf pharmakologische Wirkprinzipien reduzierbar seien.

In ähnlicher Weise argumentierten Adler et al. (2002, S. 399), dass in der medizinischen Forschung „entweder auf die Erkenntnis des Individuums verzichtet wird, zugunsten einer mehr oder weniger streng mathematisch ausdrückbaren Generalisierung, oder versucht werden kann, ein anderes Paradigma, das auf wissenschaftlicher Erkenntnis des Individuums beruht, zu etablieren. Die Medizin muss entscheiden, ob der randomisierte Patient ihren Maßstab repräsentieren soll, oder ob der individuelle Patientenkontakt voraussetzt, den Patienten als geschlossenes System zu definieren. Dies würde bedeuten, an Ergebnissen individueller Erfahrungen des Patienten interessiert zu sein.“ Entsprechend postulierten die Autoren zwei unterschiedliche Formen von Wissenschaft:

Das Modell der „Galileischen“ medizinischen Wissenschaft richte seinen Hauptfokus auf Symptombeseitigung, wobei der Organismus als „offenes System“ angesehen werde, das - gemäß des linearen Ursache-Wirkungs-Prinzips - auf einen bestimmten Typ von Stimulus immer die gleichen Effekte produziere. Mittels dieses Modells habe die Medizin innerhalb der vergangenen 200 Jahre große Erfolge errungen. Gleichzeitig weisen dieses Modell Limitationen auf. Es würden die für das Individuum relevanten Bedeutungen quantifizierbarer Beobachtungen nicht erfasst werden können. Um dies zu illustrieren, zitierten die Autoren das Beispiel eines Patienten, Tom, der, aufgrund einer Verbrühung mittels einer durch die Bauchdecke hindurch gesetzten Magensonde, das Pharmakon Prostigmin erhalten hatte, das die Kontraktionsfähigkeit des Magens fördern werde, worauf Tom mit Krämpfen und Durchfall reagiert hatte. Danach hätte die Verabreichung eines Placebos und anschließend sogar die Verabreichung von Atropin, welches üblicherweise die Kontraktionsfähigkeit des Magens völlig hemmen werde (Atonie), die gleichen – stimulierenden – Effekte wie das Prostigmin ausgelöst. Der Patient habe, so die Autoren, also die *Erfahrung des Prostigmins* auf das Placebo und das Atropin übertragen. Er habe damit dem Atropin eine *Bedeutung* auferlegt, die den chemischen Effekt übertrage habe. Mit anderen Worten bedeute dies: was der Patient erfahren hat, bleibt sein Geheimnis (Adler et al. 2002, S. 398).

Anhand von Toms Beispiel demonstrierten Adler und Mitarbeiter, auf welche Weise der Interpretant dem sensorischen Stimulus eine Bedeutung gebe und daher, nach Glaserfeld (vgl. 1996), seine Umgebung entsprechend konstruiere. Das Material solcher Konstruktionen seien „Zeichen, die das Universum erfüllen“ (Peirce zit. n. Adler et al. 2002, S. 398). Demgemäß bedeute Wissenschaft die Interpretation beobachteter Phänomene gemäß definierter Ordnungsprinzipien, die „als Wissenschaft der Zeichen“ bezeichnet werde. Welchen Weg die Medizin nun tatsächlich einschläge, den *Galileischen Weg* oder den *Weg der Zeichen*, sei nach Adler et al. (2002, S. 399) vom theoretischen Blickpunkt des Beobachters, seiner Formulierung der Frage und

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

von der Situation, wie sich das Problem präsentierte, abhängig. Demgemäß sei ein Galileisches Vorgehen und daher Evidenz basierte Daten in Situationen sinnvoll, bei denen die vitalen Funktionen eines Patienten, wie in der Notfallmedizin, eingeschränkt sind. Persönlichkeit, soziale Umstände und Biographie seien in der kritischen Periode der akuten Intervention irrelevant, spielten allerdings eine Rolle als Risikofaktoren, die letztlich an der Entstehung des akuten Problems beteiligt wären. So würden Depressivität, Hoffnungslosigkeit und Lebensüberdruß das Risiko für Herzinfarkt erhöhen.

Medizinische Interventionen sollten daher in Notfällen optimalerweise auf empirischer Evidenz beruhen. Jede andere Situation, *also beispielsweise die Untersuchung von Risikofaktoren* [kursive Hinzufügung von Tschugguel & Tschugguel], erfordere eine Einschätzung, inwieweit die Evidenz nach dem „Maschinenmodell“ oder dem „Modell der Zeichen“ untersucht werden solle (ebd.).

Dem Wissenschaftsmethodologen Paul K. Feyerabend ist maßgeblich zu verdanken, v.a. in seinem Hauptwerk „*Wider den Methodenzwang*“, schlüssig argumentiert zu haben, dass nicht die Intervention der Methode zu folgen habe, sondern vielmehr die Methode der jeweiligen spezifischen Natur der Intervention. So lautete eines seiner Resümees: „Wenn wir die Natur verstehen und unsere materielle Umgebung beherrschen wollen, dann müssen wir *alle* Ideen, *alle* Methoden verwenden, nicht nur einen kleinen Ausschnitt aus ihnen“ (Feyerabend 1976, S. 393).

Problematik des Unterschieds zwischen experimenteller und klinischer Situation

An dieser Stelle sei auch das Problem der Hypnotisierbarkeits- und Suggestibilitätstests dargestellt. Mittels dieser Tests können Subgruppenpopulationen ausgezeichnet stratifiziert und hinsichtlich der definierten Testkategorien bewertet werden. Die Ergebnisse lassen jedoch keine Schlüsse auf die klinische Situation zu. Diese Diskrepanz ist einerseits Folge der Rigidität vorgefertigter Standardtranskripte, die für klinische Zwecke oft nicht geeignet sind, andererseits aber auch Ausdruck dessen, den eigenen Patienten ungern als potenziell „nicht-hypnotisierbar“ einzuordnen. Um diese Missverhältnisse zu umgehen, wird zwischen Experiment und klinischer Praxis unterschieden, indem das Experiment ideale, kontrollierte Bedingungen zu schaffen habe, durch welche quantitative Aussagen möglich würden, also naturgemäß Aussagen, die nicht auf klinische Alltagssituationen übertragbar sind. Paradoxerweise wird die Legitimität der Hypnose aber dann doch mittels mehr oder weniger gut kontrollierter Studien argumentiert und beworben, deren optimales Design vorwiegend dem Design pharmazeutischer Studien zu entsprechen haben, wodurch die breite Anerkennung bei näherer Betrachtung ausbleiben muss. Hierzu resümierte Revenstorf: „die traditionelle Therapieforschung [hat] methodisch als inadäquat betrachtet [zu] werden, sodass man zu dem paradoxen Ergebnis kommt: die mit den falschen Mitteln untersuchte Hypothese von der spezifischen Wirksamkeit der einzelnen Therapieverfahren erweist sich als falsch“ (Revenstorf 2003, S. 15).

Walter und Sabine Tschugguel

Wie also könnte diesem Problem offen begegnet werden? Ein erster zunächst sicher ausreichender Schritt wäre die schlichte, offene Benennung der eben beschriebenen Paradoxien zwischen Experiment und klinischem Praxisalltag, was - wie zu hoffen wäre - einen vielleicht deutlich offeneren, weniger voreingenommenen wissenschaftlichen Weg aufzeigen könnte. Dieser Weg könnte durch konsequente Abkehr von Standardisierungsbestrebungen mittels „unvernünftigen, unsinnigen, unmethodischen Vorspiels“ (Feyerabend, 1976, S. 28) eine der Grundbedingungen zukünftigen empirischen Erfolgs sein.

Unterschiede zwischen pharmakologischer und psychotherapeutischer Forschung

Nun hat sich die gegenwärtige Psychotherapieforschung bereits mit der Problematik des Anwendens pharmazeutischer Forschungsmaßstäbe auf mentale Therapieverfahren auseinandergesetzt und ist bereits dabei, völlig andere methodische Forschungskonzeptionen zu entwickeln, die dem natürlichen Kontext mentaler Therapieverfahren entsprechen. So beschrieb beispielsweise Kriz (2004, S. 14 ff) die methodischen Spannungsfelder „Innenwelt – Außenwelt“, „Natur – Kultur“ sowie „mechanistisch – organismisch – potenziell selbstreflexiv“. Demzufolge wäre, so Kriz, „die Aussage eines Patienten selten als Naturvorgang aufzufassen, den es objektiv nomothetisch (gesetzmäßig) zu erklären gilt, sondern als Kulturvorgang, der subjektiv und kommunikativ idiographisch (Eigentümliches, Einmaliges beschreibend) verstanden werden muss. Denn die Lebenswelt des Menschen ist stets erfüllt von Sinn und Bedeutungen. Bei diesen kann man nicht nach den Ursachen fragen, die etwas erklären könnten, sondern nur nach den Gründen, die verstanden werden könnten. Im Sinne des Existentialismus unterscheidet sich der Mensch durch diese selbst bestimmte Definition seines Daseins in der Welt wesentlich von allen anderen Entitäten dieser Welt, die durch Angabe ihrer Kategorien definiert sind“ (ebd., S. 15). Darüber hinaus betonte Kriz, dass Prozessforschung beim Ergründen menschlicher Abläufe wesentlich fruchtbarer wäre als Effektivitätsforschung, indem so der Einfluss von für den Therapieerfolg wesentlichen Kriterien, wie z.B. der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, untersucht werden könnte (ebd., S. 18). Ähnlich plädierte beispielsweise auch Hutterer (1984, S. 35), ein Proponent der Personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers, dafür, der Prozesshaftigkeit wissenschaftlichen Forschens zu vertrauen, wobei sich dieses Vertrauen in einer gewährenden Haltung gegenüber dem Forschungsfeld und in einer Offenheit für neu sich entwickelnde Fragen und Problemstellungen ausdrücke.

Nun wurde aber durch die gegenwärtige Wissenschafts- und Forschungspolitik - unserer Ansicht nach willkürlich und ohne wissenschaftliche Legitimation - die Vorherrschaft einer reduktionistischen, auf den mechanistischen Wissenschaftsvorstellungen des 19. Jahrhunderts fußenden Sichtweise von Wissenschaft begründet. Dabei werde, laut Tschuschke (2005, S. 107), analog dem Medizinmodell von isolierbaren Störungen ausgegangen statt von behandlungsbedürftigen Patienten. Aus dieser Strömung könnte sich, wie wir vermuten, gerade auch in der Hypnoseforschung ein For-

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

schungs-„Standard“ mittels RCTs etabliert haben. Dieser RCT-Standard in der Psychotherapieforschung sei, so Tschuschke weiter, „für den Patienten schädlich, weil vom Ansatz her grundsätzlich falsch für die Psychotherapieforschung“ (ebd., S. 108).

Gefahren, die mit RCTs in Medizin und Psychotherapie verbunden sind

Die von der Gesundheitspolitik gegenwärtig anerkannten wissenschaftlichen Instrumente, um medizinische und psychotherapeutische Verfahren zu validieren, sind RCTs und auf RCTs basierende Metaanalysen. Daher ist in Zeiten zunehmend knapper werdender Ressourcen anzunehmen, dass auch in absehbarer Zukunft RCT-Effektgrößen immer mehr als einzig relevantes Refundierungskriterium für von der Gesellschaft zu erbringende Leistungen am Patienten/Klienten herangezogen werden. Dadurch werden zukünftigen Patienten systematisch Therapien vorenthalten, die möglicherweise viel wirksamer wären. Gleichermaßen betonte Tschuschke (2005), dass das Paradigma des RCT als Basis-Element der Evidence-based Medicine/Empirically-supported-treatment originär aus der pharmakologischen Forschung stamme, wo es angemessen erscheine. In der Psychotherapie sei das RCT-Paradigma ganz im Gegenteil nicht nur unfruchtbar, sondern sogar schädlich, weil vom Ansatz her grundsätzlich falsch für die Psychotherapieforschung. So verwies Tschuschke in diesem Zusammenhang neuerlich auf Revenstorfs Auffassung, dass mit der Durchführung von RCTs in der Forschung die Evaluation der psychotherapeutischen Praxis geradezu vermieden werde (ebd., S. 110).

Patienten- statt Symptombehandlung

Wie sollen Aussagen von Patienten eingeschätzt werden, um optimale Voraussetzungen für eine Persönlichkeitsveränderung dieses Patienten herzustellen? Diese Problematik wurde bereits im vorangegangenen Absatz bei der Erörterung der Kriz'schen Ansichten (vgl. Kriz, 2004) andiskutiert und sei hier hervorgehoben.

Die Medizinforschung spricht von kurierbaren Symptomen und Diagnosen, die zum Zwecke pharmakologischer Forschung - sozusagen ex post - dazu dienen sollen, Patienten zu finden, auf welche diese Kriterien anwendbar sind, um die Überprüfung und schließlich den späteren Einsatz des jeweiligen Pharmakons in der ärztlichen Praxis zu rechtfertigen. Innerhalb dieses Modells wird also ein biochemischer Wirkmechanismus postuliert oder verworfen. Das Medizin-Modell ist fragwürdig, sobald wir den „Ding“-haften Charakter der Nomenklatur von Symptomen und Diagnosen aufgeben, indem wir uns Patienten zuwenden, die eben nicht auf mögliche Rollen als Träger von Symptomen reduziert, sondern als Personen wahrgenommen werden möchten. Sobald eine solche Perspektive eingenommen wird, ist jeglicher - auf statistischer Vernachlässigung von beeinflussenden variablen Kontext-Faktoren begründete - Versuch eines Vergleichs zwischen Gruppen, wie dieser ja innerhalb des RCTs ge-

Walter und Sabine Tschugguel

fordert wird, problematisch. Diese Ansicht bestätigt auch D.N. Elkins, der die Ansicht vertrat, dass gerade diese *variablen, kontextuellen Faktoren* wesentlich für die Neuorientierung der Person verantwortlich sein dürften (vgl. Elkins, D.N., 2007). Würden wir also den Kontext sozusagen statistisch bereinigen, wäre die ganze Untersuchung in Frage zu stellen.

Kritik an der Methodenwahl gegenwärtiger Hypnoseforschung

Nun mag man also hinterfragen, warum gerade die Hypnoseforschung dermaßen in den Sog der vom Medizinmodell gespeisten RCT-Forschungsparadigmatik geraten ist. Hier könnte eine Antwort sein, dass Hypnose nicht nur ein psychotherapeutisches, sondern auch ein medizinisches Verfahren ist und demgemäß von Psychotherapeuten und Medizinern gleichermaßen angewendet wird. Interessanterweise – und das ist nur ein persönlicher Eindruck der Autoren dieser Zeilen – tendieren, wie aus Workshop-gestaltungen und persönlichen Gesprächen hervorgeht, gerade viele Seminaranbieter eher zu einer mechanistischen, angeleiteten Vorgangsweise. D.h. die Themen von Fortbildungs-Workshops lauten beispielsweise „Hypnose bei Phobien“ oder „Hypnose bei PTSD“, „Hypnose bei Depressionen“, „Hypnose bei psychosomatischen Erkrankungen“, „Hypnose bei Schmerzen“, „Hypnose in der Anästhesie“, „Hypnose in der Chirurgie“, „Hypnose in der Frauenheilkunde“, etc., und könnten demgemäß aus manualisierten Anleitungen zur Therapie definierter Störungsbilder bestehen, weil – wie gesagt wird – nur dann die Workshops von vielen Teilnehmern besucht würden. Mit anderen Worten sind Workshops, die regelgeleitete Vorgangsweisen bei definierten Störungsbildern zum Thema haben, für eine große Teilnehmerzahl gerade dadurch interessant, weil damit bessere steuerliche Begründbarkeit gegeben sei. Der Steuerprüfer würde ICD-10 oder DSM IV Kategorien vorfinden, die für ihn, als Medizin- und Psychotherapeuten, harten Kriterien steuerlicher Absetzbarkeit entsprechen.

Dieses Argument dürfte nicht einziger Beweggrund sein. Wäre nicht auch denkbar, dass die Seminarkonsumenten zwar ihre expliziten professionellen Äußerungen darauf richten, dass innerhalb des Patienten Selbstentwicklung erfolgen solle, während ihre implizit wirksamen, dem mechanistischen Störungsmodell entstammenden Vorannahmen dazu führen, ihr praktiziertes Hauptaugenmerk auf korrigierbare Störungsbilder zu lenken?

Aufgrund des eben Diskutierten könnte nun folgende Frage gestellt werden: Ist das, was hier im Behandler wirken mag, nicht unterlegt vom gängigen mechanistischen Paradigma, so wie es bereits in Kinderkrippe, Schule und Universität gelehrt und gelebt wird? Und wenn, was passiert in den Menschen aufgrund dieser Diskrepanz? An dieser Stelle seien die persönlichen Erfahrungen des Erst-Autors mit jener Problematik kurz dargestellt. Über mehrere Jahre stellte er sich die Frage, *wie* das optimale Kontrollgruppendesign für Hypnose-Wirksamkeitsstudien gestaltet werden sollte, statt zu fragen, *ob* ein Kontrollgruppendesign zur Messung von Wirksamkeiten überhaupt zielführend sei. Hier bemerkte er die extreme Anziehungskraft er-

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

lernter, methodischer Vorannahmen sozusagen am eigenen Leib. Erst die Einladung, die in diesem Heft publizierte Übersichtsarbeit (Tschugguel & Tschugguel, 2010) zu verfassen und entsprechende Gespräche und lange Erörterungen mit der in qualitativen Methoden geschulten Zweit-Autorin eröffneten dem Erst-Autor gleichsam neues „Methodenland“.

Zusammengefasst kann Forschung, die ein therapeutisches Verfahren wie Hypnose untersucht, das auf Beziehung, persönlicher Entwicklung und Kontext aufbaut, keinesfalls diese ihre wesentlichen Kriterien vernachlässigen und sich darauf beschränken, Effektstärken zu messen. Solche aus der mechanistischen Forschung gespeisten Methoden sind der Hypnose unangemessen und untergraben daher, zunächst aufgrund allgemeiner Unkenntnis unerschwinglich, aber auf lange Sicht hin sicher auch explizit, die gesellschaftspolitische Rechtfertigung ihres Einsatzes.

Hier sei daher dafür plädiert, Forschungsmethoden anzuwenden, die der Hypnose/Hypnotherapie angemessen sind und der modernen Psychotherapieforschung entsprechen. Einige Möglichkeiten sind im Folgenden erwähnt.

Mögliche Wege zukünftiger Hypnose-Forschung

Die so genannte „Narrative-based Medicine (NbM)“ stütze sich nach Tschuschke (2005, S. 112) nicht nur auf Naturwissenschaft sondern auch auf Phänomenologie und Hermeneutik (Verstehen), indem darunter Studien verstanden würden, die in naturalistischen Settings mit hohem methodischen Aufwand durchgeführt werden und einem Level I Niveau der EBM durchaus entsprächen. Diese Studien würden als „Effectiveness“-Trials bezeichnet, und untersuchten die Effektivität unter wirklichkeitsgetreuen, offenen Bedingungen. Zurhorst (2003, S. 103) empfahl als Grundlage dialogischer Forschung beispielweise die Prinzipien der „Grounded Theory“, die in den 60er Jahren von den Soziologen Glaser und Strauss entwickelt wurde. Grounded Theory sei keine Einzelmethode, sondern ein wissenschaftstheoretisch in der Hermeneutik begründeter Forschungsstil. Gleichzeitig umfasse sie ein abgestimmtes Arsenal von Einzeltechniken, mit deren Hilfe aus Interviews, Feldbeobachtungen, Dokumenten und Statistiken schrittweise eine in Daten begründete („grounded“) Theorie entwickelt werden könne.

Sehr interessant ist auch die von Helmut Kiene (2001) entwickelte „Cognition-based Medicine (CbM)“-Methodenlehre. Damit könne eine Wirksamkeitsbeurteilung am individuellen Patienten vorgenommen werden. An die Stelle der Grundpfeiler konventioneller Methodenlehre – Experiment, wiederholende Beobachtung, Vergleichskontrolle und Randomisierung – setze Kiene Gestaltaspekte, abbildende Korrespondenz sowie funktionelle und pathogenetische bzw. therapeutische Kausalgestalt, wie Kriz (2004, S. 21) zusammenfasste. Die Domäne sieht Kiene in den Bereichen der Physiotherapie, Psychotherapie, Chirurgie und der komplementären Medizin, da hier die therapeutischen Konzeptionen sich meist nicht auf partikuläre (zelluläre, molekulare), sondern auf ganzheitliche Strukturen (organismische Gestaltzusammenhänge)

Walter und Sabine Tschugguel

beziehen würden. Die Gesamtstrategie klinischer Forschung im Sinne der komplementären Methodenlehre laute: „Die Wirksamkeit wird am Einzelpatienten bestimmt, die Effektivität am Patientenkollektiv und der vergleichsweise Stellenwert der Therapie auf der Basis eines nicht randomisierten, aber dafür möglichst großen und verständnisvollen Überblicks über die Datenlandschaft,“ so Kiene (2001, S. 69) wörtlich.

Die personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers plädiere, wie das Hutterer (1984) schon darstellte, für eine phänomenologische Vorgangsweise psychotherapeutischer Forschung. Die Voraussetzung dafür, so zitierte Hutterer Rogers, sei „die Bereitschaft des Forschers, sich in das Phänomen von Interesse zu versenken, sich darauf einzulassen, und es mit dem gesamten Organismus zu erfassen, sodass die gesamte Komplexität eines Phänomens aufgenommen werden kann“ (Hutterer, 1984, S. 37). „Aus dieser Versenkung heraus werden dem Forscher verschiedene Muster, Regelmäßigkeiten oder Beziehungen klar, die gepflegt werden müssen, egal wie absurd sie auch erscheinen, wenn sie durch bewusstes Denken überprüft werden. Zunächst ist das Wissen um ein Phänomen oder eine Aufgabe undifferenziert, global und unpräzise. Dann beginnt der Forscher Muster zu erahnen: Gewisse Ereignisse oder Fakten scheinen zusammenzugehen und zusammenzugehören, andere Ereignisse oder Fakten werden bedeutungsloser, während sie an der Oberfläche von großer Bedeutung erscheinen“, so Rogers wörtlich nach Hutterer. Diese phänomenologische Vorgangsweise war für Rogers die grundlegendste Art der Einsichtsgewinnung und sei unersetzbare Basis für die empirische Überprüfung theoretischer Konzepte gewesen.

Wichtig dafür ist auch die Bewusstheit des Forschers um seine eigene Person, wie dies der Ethnopsychanalytiker Georges Devereux (1973) bereits früh formulierte: „Der Verhaltensforscher kann die Interaktion zwischen Objekt und Beobachter nicht in der Hoffnung ignorieren, sie werde sich schon allmählich verflüchtigen, wenn er nur lange genug so täte, als existiere sie nicht. Der Wissenschaftler sollte deshalb aufhören, ausschließlich seine Manipulationen am Objekt zu betonen, und stattdessen gleichzeitig – bisweilen ausschließlich – sich selbst qua Beobachter zu verstehen suchen“ (Devereux 1973, S. 19f). Dieses Verstehen der eigenen Person als Wissenschaftler beinhaltet nicht nur die Blickrichtung wissenschaftlicher Aufmerksamkeit auf die Bedeutung menschlicher Subjektivität, sondern auch, wie bereits erwähnt, auf die „Mechanismen der Akademisierung“ (Reichmayr 2003, S. 235).

Beispiele für eine Studie nach RCT-Paradigmatik, die fraglichen Aussagewert hat, und für eine Studie mit alternativem Design

Folgende Problematik ergab sich bei der Suche nach einer sinnvollen Studie hypnotischer Interventionen innerhalb eines klinischen Settings:

Zunächst waren die meisten klinischen Hypnosestudien quantitative Studien, welche die RCT-Regeln mehr oder wenig gut befolgten. Eine solche Studie mit limitierter Aussagekraft ist die bereits an anderer Stelle in diesem Heft von uns kritisierte

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

Publikation von G. Elkins et al. (2008), wobei der Effekt von Hypnose bei Patientinnen mit Schweißausbrüchen und Hitzewallungen gegenüber einer Kontrollgruppe ohne Therapie überprüft worden war (vgl. Tschugguel & Tschugguel, 2010). Kurz sei hier nochmals zusammengefasst, dass die Qualität dieser Studie aus zweierlei Gründen gering ist. Erstens intendierten die Autoren, ihre Studie gemäß dem RCT-Design zu gestalten, wobei aber zweitens die zahlreichen RCT-CONSORT Richtlinien (vgl. Begg et al., 1996) gar nicht befolgt wurden.

Zahlreiche Publikationen setzten sich mit dem Problem der Methodenwahl psychotherapeutischer Effektivitäts- und Wirksamkeitsforschung auseinander (Henry 1998, D.N. Elkins 2007, 2008, 2009, Schmitt 2006). All diesen Untersuchungen ist gemein, dass sie sich im Wesentlichen aus den bereits von uns weiter oben dargelegten Argumenten für einen Aufbruch aus der Wissenschaft nach dem empirizistischen *Medizin-Modell* als Forschungs-Stil hin zu einer Wissenschaft nach einem von D.N. Elkins (2007) [nicht zu verwechseln mit G. Elkins s. oben] als *Kontext-Modell* bezeichneten Forschungs-Stil aussprechen. Gemäß D.N. Elkins wären die therapeutische Beziehung, die Person des Therapeuten, die Erwartungen des Patienten, der Ablauf der Therapie und gegenseitiges Vertrauen Kontextfaktoren. Interessanterweise existieren zu diesem Modell aber kaum passende Studien. Viele Studien, die sich als „qualitative“ Studien bezeichnen, mischen häufig qualitative mit quantitativen Variablen mittels statistischer Verfahren, um damit Korrelationen herzustellen, die eine Mechanismusbeschreibung erlauben, ohne die Zulässigkeit eines solchen methodischen „Mischverfahrens“, auch Triangulation genannt, voraussetzen zu können.

Als Beispiel einer solchen Triangulation sei eine experimentelle Untersuchung an zwölf freiwilligen Versuchspersonen mit früheren Ecstasy Drogen-Erfahrungen erwähnt (Hastings 2006). Ziel der Studie war zu überprüfen, ob hypnotische Suggestionen subjektive Erfahrungen auszulösen imstande seien, die den Erfahrungen durch Drogeneinnahme ähnelten. U.a. waren die Teilnehmer ersucht worden, nach Aufwecken aus der Hypnose aus einer Liste 30 vorgegebener phänomenologischer Ecstasy-Effekt-Beschreibungen ihre eigenen subjektiven Effektstärken auf einer 7-teiligen Likert-Skala einzuschätzen. Aus den statistisch signifikanten Korrelationen wurde gefolgert, dass mittels Hypnose Erfahrungen erlebt wurden, die den Erfahrungen nach einer Ecstasy-Einnahme entsprächen.

Allerdings zeigten sich hier die für diesen Typus triangulierter Studien so charakteristischen Probleme. Eine Erfahrungsqualität, wie ein *Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit* kann nicht auf einer 7-teiligen Skala quantifiziert werden, weil jede subjektive Beschreibung eben nur Qualitäten erfassen kann, keinesfalls aber quantitative Unterschiede, die mittels Messung, aber nicht mittels Beschreibung formalisiert werden. Sobald die Versuchsperson den Versuch anstellt, subjektiv und also aus ihrem Gedächtnis heraus zu quantifizieren, interpretiert sie bereits willkürlich aus ihrer Erinnerung. Das könnte, wie wir aus eigenen Erfahrungen vermuten, auch der Grund dafür sein, warum Patientinnen zögerten, sobald sie ersucht worden waren, ihre subjektive

Schmerzerfahrung auf einer 10-teiligen Visuellen Analogie Skala (VAS) anzugeben. Sofern sie aus ihrer Erinnerung befragt worden waren, gaben sie vollkommen unterschiedliche Werte für ein und dieselbe Erinnerung an, wobei die unterschiedlichen Angaben auch davon abhingen, ob sie Fragebögen selbst ausfüllten oder ob jemand behilflich war, oder ob ein Behandler nach den Werten fragte, wie das bereits Flick (1995) beschrieb. Diese Diskrepanzen könnten unserer Ansicht nach darin begründet sein, dass das Erleben einer Erfahrung spontan, also unbewusst erfolgt, während das Quantifizieren dieser Erfahrung ex post eine reflektierende Denkleistung darstellt, deren Umsetzung ganz andere Qualitäten als das Erleben selbst voraussetzt.

Ein weiteres Problem gemischter quantitativer und qualitativer Untersuchungen könnte darin bestehen, dass Versuchspersonen bereits befragt sind, sobald sie gemeinsam mit dem primären Auftrag, Fragebögen auszufüllen, auch subjektive Selbstbeschreibungen vornehmen sollen. Diese Beschreibungen werden unter dem Eindruck vordefinierter, quantitativer Variablen gemacht und sind damit bereits Ausdruck vorgegebener Inhalte. Es wäre daher denkbar, dass ein systematischer Fehler dadurch entstehen könnte, dass die Ähnlichkeit der Daten, die der Bestätigung einer bestimmten inhaltlichen Richtung – in der Regel der Forschungsabsicht der jeweiligen Experimentatoren – dienen sollen, dazu einladen könnte, Konvergenzen zwischen den qualitativen und quantitativen Daten zu beschreiben. Solche verschmolzenen Daten müssen nicht notwendigerweise das Erfahrungserleben der Versuchspersonen korrekt abbilden. Die quantitative Berechnung könnte also unserer Ansicht nach aufgrund der Fragwürdigkeit ihrer Methode die Darstellung der Erfahrungsqualität abschwächen, weshalb die Ergebnisse weniger glaubwürdig wären, sobald zusätzlich quantifiziert wird.

In einer rein qualitativen, narrativen Studie berichteten Morone et al. (2008) über den Effekt von Achtsamkeitsmeditation an 27 älteren Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Nach Holroyd (2003) würden Meditation und tiefe Hypnose ähnliche mentale Veränderungen wie Verminderung der Gedanken, emotionale Reaktivität, Körpersensationen, Gefühle von Gleichmut, Friedlichkeit und Fokussierung auf ein bestimmtes Thema, sowie ein Gefühl von Verbindung hervorrufen. Gleichermaßen ähnelten auch die neurophysiologischen Veränderungen in beiden Zuständen einander. Aufgrund dieser phänomenologischen und neurophysiologischen Übereinstimmungen betrachten wir, die Autoren dieser Anregung, die Studie von Morone et al. (2008) über Meditationseffekte als einen gangbaren Weg zukünftiger Hypnoseforschung. Morone et al. untersuchten 27 über 65 Jahre alte, kognitiv kompetente Patienten mit moderaten chronischen, mindestens einmal täglich über die letzten drei Monate auftretenden Rückenschmerzen. Die Personen hatten an einmal wöchentlich 90 Minuten dauernden Gruppenmeditationen teilgenommen, welche definierte Aktivitäten wie Atmen, Sitzen, Liegen und Gehen beinhaltet hatten. Zusätzlich hatten sie täglich 50 Minuten lang das in der Gruppe Gelernte durchgeführt. Tonträger des Übungstextes, Tagebücher für die persönlichen Aufzeichnungen und Lesestoff zur Thematik waren zur Verfügung gestellt worden. In die Tagebücher hatten die Teilnehmer die

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

täglichen Meditationszeiten sowie Kommentare über die Meditationspraxis eingetragen. Vorgegebene Tagebuch-Überschriften waren die Begriffe „Meditationszeit“, „Vorteile oder Probleme mit der Meditation“ und „Kommentare“.

Die täglichen Aufzeichnungen waren wöchentlich eingesammelt worden. Gemäß des „Grounded Theory“-Auswerteverfahrens waren die Aufzeichnungen der Patienten mittels Inhaltsanalyse auf sich wiederholende Worte, Phrasen oder Konzepte untersucht worden. Die wiederkehrenden Inhalte hatten Codes erhalten. Auf Basis dieser Codes waren Schlüsselthemen zugeordnet worden. Um diesen Kodierungsprozess zu unterstützen, war das Softwareprogramm ATLAS.ti 5.0 (Atlas.ti Scientific Software Development, Berlin, Deutschland) zur elektronischen Erfassung der Tagebucheintragen herangezogen worden. Zwei der Studienautoren hatten unabhängig voneinander Worte, Phrasen oder Konzepte mit ähnlicher Bedeutung identifiziert, dann Codes zugeordnet und aus diesen Kategorien geformt. Nach mehrmaligem Überprüfen der Daten und der generierten Codes hatte eine Schlussbesprechung stattgefunden, bei der die beiden codierenden Personen Unterschiede diskutiert hatten, worauf ein Codierungsschema entworfen worden war. Dieses Schema war auf alle Tagebucheintragen der Patienten angewendet worden, um Gemeinsamkeiten v.a. hinsichtlich der Effekte der Meditation aufdecken zu können. Um die interne Validität der Studie zu erhöhen, waren die Daten mit drei weiteren Studienautoren gemeinsam durchgesehen worden, um Konsensus-Codes und –Themen beschreiben zu können, wodurch Diskrepanzen bei der Interpretation der Daten aufgelöst worden waren.

Sechs Themenbereiche waren aus diesen „Erste Person“-Erfahrungsberichten identifiziert worden. So hatte das Meditieren die Rückenschmerzen reduziert, die Achtsamkeit erhöht, die Schlafqualität verbessert und größeres Wohlbefinden vermittelt. Weiters waren Hürden beim Meditieren und der Prozess der Meditation selbst untersucht worden, wobei Morone et al. aufgrund der klinischen Relevanz und aus Platzgründen auf eine Darstellung der Resultate dieser beiden letztgenannten Ergebnisse verzichtet hatten. Die Autoren führten zu den jeweiligen untersuchten Erfahrungs-Qualitäten direkte Patientenreden in wörtlicher Form an. Beispielhaft seien an dieser Stelle bei der Qualität „Rückenschmerz“ zwei direkte Patientenreden aus einer längeren Liste erwähnt: „Bei den ersten Schmerzsignalen bleibe ich stehen, meditiere und manchmal hilft das“, oder „Ich hörte ein weit entferntes Geräusch und fühlte, es nahm meinen Schmerz mit und ersetzte ihn durch ein herrliches Erheben meines Geistes.“ Die Sammlung jener Erfahrungsberichte ließ die Autoren schlussfolgern, dass Achtsamkeitsmeditation bei älteren Patienten mit chronischen Rückenschmerzen die oben genannten wünschenswerten Effekte vermittelt. Diese Effekte würden u.a. durch das Lenken der Aufmerksamkeit auf die Schmerzen sowie auf begleitende emotionale Reaktionen hervorgerufen.

Die Qualität dieser Studie ist hinsichtlich der untersuchten Fragestellung als relativ hoch einzustufen, da die subjektiven Erfahrungsberichte selbst Gegenstand der weiteren Dokumentation waren. Erweiternd hätten die Gesprächszusammenfassungen

Walter und Sabine Tschugguel

von den Patienten auf deren Gütigkeit hin überprüft werden können. Dieses letztgenannte – aber hier nicht erfüllte – Kriterium könnte der kommunikativen Validierung der Dokumentation (vgl. Langer, S. 455) dienen.

Ausblick auf zukünftige mögliche Wege klinischer Hypnoseforschung

Natürgemäß sind „Erste Person“-Erfahrungsberichte qualitative Angaben über eine vorangegangene Erfahrung und daher Interpretationen aus der Erinnerung. Um diese Interpretationen vorzunehmen, verwendet der Interpretant erlernte und also nützliche Begriffe, was bereits ein kognitiver Akt ist. Das bedeutet, selbst die qualitative Forschung kann die *Erfahrung* des anderen nicht beschreiben. Der britische Psychiater Ronald D. Laing hat diese Zusammenhänge unserer Ansicht nach treffend mit folgenden Worten beschrieben: „Ich kann deine Erfahrung nicht erfahren. Du kannst meine Erfahrung nicht erfahren. Wir sind beide als Menschen unsichtbar. Jeder ist für den anderen unsichtbar. Erfahrung ist die Unsichtbarkeit des Menschen für den Menschen. Erfahrung nannte man früher ‚Seele‘. Erfahrung als Unsichtbarkeit für den Menschen ist gleichzeitig evidenter als irgendetwas sonst. Einzig Erfahrung ist evident. Erfahrung ist die einzige Evidenz“ (Laing 1967, S. 12).

Mittels qualitativer Forschung erhalten wir keinen unmittelbaren Zugang zu Erfahrungen des anderen, sondern immer nur Berichte *über* die Erfahrungen des anderen. Diese Berichte verwenden allerdings nützliche Begriffe, mittels derer wir lernen, uns in der Welt zu orientieren und also zu verhalten, wie bereits Schmidt (1987, S. 32ff) zusammenfasste. Im Lesen dieser Erfahrungsberichte kann im Einzelnen so etwas wie ein deiktisches¹⁾ Verständnis für die Erfahrungsdimensionen der beschriebenen Personen entstehen.

Fazit

Mittels des RCTs zur Messung von Hypnose-Effekten erhält man Messergebnisse über quantitative Variablen, ohne den für die Hypnose relevanten Faktoren Beziehung, persönliche Entwicklung und Kontext in geeigneter Form Rechnung zu tragen. Ein Plädoyer für RCTs in der Hypnoseforschung wäre unserer Ansicht nach vergleichbar mit dem Versuch, beispielsweise durch Messung von Hautwiderstand auf den Wunsch nach Berührung oder durch Messung des Blutdrucks auf das Bedürfnis nach sportlicher Aktivität zu schließen. Mit jeder weiteren solchen Studie würde somit der Widerspruch zwischen Erfahrungen in der Hypnosepraxis einerseits und der geübten wissenschaftlichen Verfahrensweise andererseits fixiert.

Demgegenüber könnten mittels qualitativer Untersuchungen Patientenerfahrungen adäquat dokumentiert werden, wodurch dem Forschungsgegenstand klinischer Hypnose in angemessener Weise Rechnung getragen würde, als mittels quantitativer Designs nach der RCT-Paradigmatik.

Die Problematik des Wirksamkeitsnachweises

Danksagungen

An dieser Stelle bedanken sich die Autoren für wertvolle Diskussionsbeiträge, die den Charakter dieser Diskussion wesentlich geprägt haben, bei Bernhard Trenkle und Robert Hutterer.

Literatur

- Adler, R.H., Uexküll, T.v. & Herrmann J.M. (2002). The two faces of medical evidence. *Swiss Medicine Weekly*, 132, 397-400.
- Begg, C., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Olkin, I. et al. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. The CONSORT statement. *Journal of the American Medical Association*, 276, 637-639.
- Devereux, G. (1973). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. München: Hanser.
- Elkins, D.N. (2007). Empirically supported treatments: the deconstruction of a myth. *Journal of Humanistic Psychology*, 47, 474-500.
- Elkins, D.N. (2008). Short-term, linear approaches to psychotherapy: what we now know. *Journal of Humanistic Psychology*, 48, 413-431.
- Elkins, D.N. (2009). The medical model in psychotherapy: its limitations and failures. *Journal of Humanistic Psychology*, 49, 66-84.
- Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., Perfect, M., Rajab, M.H., Ruud, C., Palamara, L. & Keith, T. (2008). Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 5022-2026.
- Erickson, M.H. (1944). *Hypnosis in Medicine*. Reprinted with permission from *The Medical Clinics of North America*, 1944, in Milton H. Erickson, M.D., *Complete Works*; CD-ROM; Milton H. Erickson Foundation Press, Phoenix, AZ.
- Feyerabend, P.K. (1976). *Wider den Methodenzwang*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Rowohlt's Enzyklopädie.
- Glaserfeld, E. (1996). *Radikaler Konstruktivismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hastings, A. (2006). An extended non-drug MDMA-like experience evoked through posthypnotic suggestion. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38, 273-283.
- Henry, W. (1998). Science, Politics, and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. 8(2), 126-140. Abstract.
- Holroyd, J. (2003). The science of meditation and the state of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 109-128.
- Hutterer, R. (1984). Authentische Wissenschaft. Auf der Suche nach einem personenzentrierten, humanistischen Verständnis von Wissenschaft und Forschung. In „Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung“ (Hrsg.), *Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft* (pp. 27-51). Wien: Österreichischer Bundesverlag.
- Kiene, H. (2001). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kriz, J. (2004). Methodische Aspekte von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 6-31.
- Laing, R.D. (1969). *Phänomenologie der Erfahrung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Langer, I. (1985). Das persönliche Gespräch als Weg in der psychologischen Forschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 447-457.

Walter und Sabine Tschugguel

- Moher, D., Schulz, K.F., Altman, D.G. für die CONSORT Gruppe (2004). Das CONSORT Statement: Überarbeitete Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Reports randomisierter Studien im Parallel-Design. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129, T 16-T20.
- Morone, N., Lynch, C.S., Greco, C.M., Tindle, H.A., Weiner, D.K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *Journal of Pain*, 9, 841-848.
- Reichmayr, J. (2003). *Ethnospsychoanalyse. Geschichte, Konzepte, Anwendungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Revenstorf, D. (2003). Das Kuckucksei – Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforschung. *Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren* 12.12.2003, Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin, S.10-14; wiederveröffentlicht: Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das Pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 9, 1-10.
- Roberts, L.M. (2005). Trial design in hypnotherapy – does the RCT have a place? *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 16-19.
- Schmidt, S.J. (1987). *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmitt, F.E. (2006). Randomized controlled trial in psychotherapy research: an epistemological controversy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 323-335.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin; Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Varela, F., Maturana, H., & Uribe, R. (1974). Autopoiesis, the organization of living systems: its characterization and a model. *Biosystems*, 5, 187.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 97-104.

Univ. Prof. Dr. med. Walter Tschugguel
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 Medizinische Universität Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 A-1090 Wien
 walter.tschugguel@meduniwien.ac.at

Univ. Lektorin Mag. phil. Sabine Tschugguel
 Institut für Bildungswissenschaften der Universität Wien
 Garnisongasse 3
 A-1090 Wien
 sabine.tschugguel@univie.ac.at

erhalten: 30.7.2009

revidierte Version akzeptiert: 7.3.2010

1) Deiktisch stammt vom griechischen Wort "deiktikos", was "hinweisend" bedeutet und hier "durch Beispiele lehrend" meint.

Buchbesprechung

*Fortsetzung von S. 236 über **Sánchez Mendioroz, Angel E. (2009). Das Selbst ...***

Das Buch halte ich für eine im besten Sinne des Wortes schriftliche Ausarbeitung, die alle Zeichen einer wissenschaftlichen Praxis trägt: Zwischen den Zeilen offenbart sich der Autor als ein erfahrener hypnotherapeutischer Praktiker. Das, was man liest, ist Ausdruck gründlicher Reflexionen unter Zuhilfenahme von Hypothesen und Theorien, die in der Psychologie gut bekannt, aber hier auf hypnotherapeutische Betrachtungen übertragen worden sind. Nur schade, daß die meisten der gebrauchten theoretischen Konstrukte wiederum einer präzisen Beschreibung bedürfen. Geisteswissenschaftliche Psychologie und Hypnose - wie paßt das zusammen angesichts dessen, daß Hypnotherapie als Heilkunde gilt? Wahrscheinlich führen aber die vom Autor vorgelegten Betrachtungen weiter als hypnotherapeutische Anschauungen, die weitgehend auf narrativen Erfahrungen beruhen und sich letztendlich selbst bestätigen, ohne sich weiter zu entwickeln. Insofern kann das vorliegende Bändchen der Lektüre warm empfohlen werden.

O. Berndt Scholz (Bonn)

Hinweise zum Verfassen von Buchbesprechungen

Alle Leserinnen und Leser unserer Zeitschrift sind eingeladen, Buchbesprechungen zu verfassen: über Bücher, die Sie gerade gelesen haben, oder die Sie beim Herausgeber dieser Rubrik, Prof. Dr. O.B. Scholz, zur Rezension anfordern können. An ihn schicken Sie bitte auch Ihre Texte:

obscholz@uni-bonn.de.

Natürlich sollten diese Bücher in einem engeren Zusammenhang zu Titel und Thema unserer Zeitschrift stehen: *Hypnose und Hypnotherapie*; und sie müssen die folgenden formalen bibliographischen Angaben enthalten:

Autor/en (Jahr). Titel. Ort: Verlag. ISBN. Seiten. Preis, zum Beispiel:

Seemann, Hanne (2008, sechste Auflage). *Freundschaft mit dem eigenen Körper schließen - Über den Umgang mit psychosomatischen Schmerzen*. Stuttgart: Klett-Cotta, ISBN 978-3-608-89069-3. 208 Seiten. Preis: 21,90 €.

Verlage, die ihre Bücher besprechen lassen möchten, schicken 2 Exemplare an:

Prof. Dr. O. Berndt Scholz, Eisenstraße 39, 50825 Köln

Eine Garantie, dass eingesandte Bücher besprochen und dass diese Besprechung dann veröffentlicht wird, können wir allerdings nicht geben.