

## **Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie**

*Burkhard Peter  
Christina Bose  
Christoph Piesbergen  
Maria Hagl  
Dirk Revenstorf*

### **Einleitung**

Psychotherapieforschung beschäftigt sich in der Regel mit der Effektivität eines bestimmten therapeutischen Verfahrens bzw. einer Methode. Auch die Hypnotherapie hat sich diesem Rigorosum unterworfen (Revenstorf, 2006), denn die wissenschaftliche Anerkennung ist in Deutschland die formale Voraussetzung für die legitimierte Anwendung der Hypnotherapie in der solidarisch gemeinschaftlich finanzierten Krankenbehandlung (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG, 2006). Im Verlauf – und möglicherweise auch im Dienste – dieser Effektivitätsuntersuchungen mit ihrer Bevorzugung von randomisierten kontrollierten Studien ist in den letzten Jahrzehnten eine Tendenz zur Manualisierung von Psychotherapie hauptsächlich aus dem Umfeld der Kognitiven Verhaltenstherapie festzustellen. Die Problematik einer solchen Forschungspraxis wurde mehrfach diskutiert (Kriz, 2004), bezogen auf Hypnose und Hypnotherapie beispielsweise von Tschugguel & Tschugguel (2010). Beutler et al. (2004) sowie Orlinsky & Ronnestad (2005) beklagten auch, dass ein so einseitiger Fokus wenig Raum lässt für die Erforschung anderer Variablen, die in der Psychotherapie ebenfalls eine Rolle spielen, wie z.B. Therapeutenvariablen. Persönlichkeit, Glaubenssystem, kultureller Hintergrund und demographische Besonderheiten der Therapeuten, welche durch Ausbildung nur bedingt beeinflussbar sind, tragen vermutlich auch zum Prozess in einer Psychotherapie bei; sie beeinflussen u.a. die therapeutische Beziehung (Hersoug, Høglend, Monsen, & Havik, 2001; Horvath & Symonds, 1991), auch wenn sich der Effekt der Beziehung auf die Effektivität einer Behandlung in Untersuchungen nur als sehr moderat erwiesen hat (Martin, Garske, & Davis, 2000).

Burkhard Peter, Christina Bose, Christoph Piesbergen, Maria Hagl, und Dirk Revenstorff, Psychologische Institute, Universität München und Tübingen

### **Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie**

**Zweck:** Psychotherapieforschung beschäftigt sich in der Regel mit der Effektivität eines therapeutischen Verfahrens. Selten wurden Therapeutenvariablen untersucht. Zum Persönlichkeitsprofil von Therapeuten liegt noch keine Untersuchung vor. In einer Pilotstudie wurden die Persönlichkeitsprofile von 203 Anwendern von Hypnose und Hypnotherapie aus deutschsprachigen Hypnosegesellschaften untersucht. Es handelte sich dabei hauptsächlich um psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte und Zahnärzte. **Methoden:** Zur Erfassung der Persönlichkeitsstile wurde das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) verwendet, das auf 14 Subskalen die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen bzw. deren nicht-pathologische Ausprägungen erfasst. **Ergebnisse:** Mittlere bis starke, jedoch klinisch nicht auffällige Effekte zeigten sich im Vergleich zu den Werten der Normstichprobe auf neun der 14 Subskalen: unterdurchschnittliche Ausprägungen im eigenwillig-paranoiden (PN), zurückhaltend-schizoiden (SZ), spontan-Borderline (BL), selbstkritisch-selbstunsicheren (SU), loyal-abhängigen (AB), kritisch-negativistischen (NT), still-depressiven (DP) und im hilfsbereit-selbstlosen (SL) Stil sowie überdurchschnittliche Ausprägung im lebenswürdig-histrionischen (HI) Stil. Vergleiche zwischen den Berufsgruppen erbrachten signifikante Unterschiede auf fünf Subskalen: ahnungsvoll-schizotyp (ST), spontan-Borderline (BL), loyal-abhängig (AB), sorgfältig-zwanghaft (ZW) und hilfsbereit-selbstlos (SL), wobei sich vor allem die Zahnärzte und die psychologischen Psychotherapeuten voneinander unterscheiden. Vergleiche von Anwendern direkter und indirekter Hypnose-Techniken erbrachten keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich des Persönlichkeitsstils. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass die Anwender von Hypnose und Hypnotherapie fähig sind, (1) mit Patienten eine wertschätzende und vertrauensvolle therapeutische Beziehung einzugehen und aufrechtzuerhalten; (2) auf den Ressourcen der Patienten aufzubauen; (3) aber auch aktiv lenkend einzugreifen, wenn es therapeutisch geboten ist. Auf Limitationen der Studie wird hingewiesen und weitere Untersuchungen werden nahegelegt.

**Schlüsselworte:** Hypnoseanwender, Hypnotherapeuten, Psychotherapeuten, Ärzte, Zahnärzte, Persönlichkeitsstil, Therapeutenvariablen, PSSI

### **Personality styles of German-speaking practitioners of hypnosis and hypnotherapy**

**Aim:** Psychotherapy research usually focuses on the effectiveness of a therapeutic procedure. However, therapist variables have rarely been examined. So far there are no studies which focus on the personality profiles of therapists. In a pilot study, personality profiles of 203 practitioners of hypnosis and hypnotherapy from German-speaking hypnosis organizations have been examined. The target population was mainly medical and psychological psychotherapists, physicians and dentists. **Methodology:** Personality styles were assessed using the Personality-Styles-and-Disorders-Inventory (PSSI), which measures the relative expression of personality styles and their non-pathological manifestations on 14 subscales. **Results:** Compared to the values of the normative sample, there were moderate to strong, but no clinically remarkable effects on nine of the 14 subscales: below average characteristics in the willful-paranoid (PN), independent-schizoid (SZ), impulsive-borderline (BL), self-critical-avoidant (SU), loyal-dependent (AB), critical-negativistic (NT), calm-depressive (DP) and the helpful-selfless (SL)

personality styles and above average characteristics in the agreeable-histrionic (HI) style. Comparisons between the occupational groups revealed significant differences on five subscales: intuitive-schizotypal (ST), impulsive-borderline (BL), loyal-dependent (AB), conscientious-compulsive (ZW) and helpful-selfless (SL), while mainly dentists and psychological psychotherapists differed from each other. Comparisons of practitioners of direct and indirect hypnosis techniques revealed no significant differences in terms of personality styles. **Conclusions:** The results can be interpreted in the following way: practitioners of hypnosis and hypnotherapy are capable of (1) entering and maintaining a respectful and trusting therapeutic relationship with their patients, (2) building on the resources of the patient, (3) but also intervening actively when therapeutically necessary. Limitations of the study are pointed out and further investigations are suggested.

**Key words:** Practitioners of hypnosis, hypnotherapists, psychotherapists, physicians, dentists, personality style, therapist variables, PSSI

Dr. Burkhard Peter, Dipl.Psych.  
MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München  
Burkhard-Peter@t-online.de

eingereicht: 30.8.2011

akzeptiert: 23.9.2011

Nun ist es nicht so, dass es zu den Therapeutenvariablen überhaupt keine Studien gäbe. Beutler und Kollegen haben schon zweimal versucht, einen Überblick zu geben (Beutler, Machado, & Neufeld, 1994; Beutler et al., 2004). Umfangreichere Studien haben vorgelegt Ackerman und Hilsenroth (2001, 2003) sowie Orlinsky und Ronnestad (2005), ebenso Behrens (2005), Topolinski und Hertel (2007) und kürzlich Augustin (2009). Es überrascht aber festzustellen, dass diese Autoren unter Persönlichkeitseigenschaften (traits) nur folgende verstehen bzw. untersucht haben: persönliche Einstellungen, Glaubenssysteme und emotionales Wohlergehen (Beutler et al. 1994, 2004), Irrationalität, Künstlertum und Pessimismus (Behrens, 2005; Augustin, 2009) sowie Intuition, Erfahrungsoffenheit und das Bedürfnis zu verstehen (Topolinski & Hertel, 2007).

Die klassischen Persönlichkeitsmerkmale sind damit aber bislang kaum abgedeckt, ebenso wenig Persönlichkeitsstile, wie sie in der klinischen Psychologie untersucht werden. Über die Gründe dieser Auslassung kann man nur spekulieren. Man könnte beispielsweise die Nützlichkeit einer solchen Untersuchung bezweifeln; sollte im Extremfall etwa Kandidaten mit einem bestimmten Persönlichkeitsprofil der Zugang zur Ausbildung in Psychotherapie verwehrt werden? Obwohl Persönlichkeitseigenschaften im Allgemeinen als überdauernde stabile Merkmale angesehen werden, lassen sie sich möglicherweise doch durch Eigentherapie und Selbsterfahrung im Verlauf einer Ausbildung dahingehend verändern, dass sie für die therapeutische Interaktion mit Patienten hilfreich sind? Oder spielen solche persönlichen Merkmale für Ausbildung und Anwendung von Psychotherapie überhaupt keine Rolle, kommt es also tatsächlich nur auf erlernbare therapeutische Fertigkeiten (skills) an?

In einer Pilotstudie wollten wir dieser Frage nach den Persönlichkeitsstilen nachgehen (Bose, 2010). Aus pragmatischen und spezifischen Gründen – weil wir entspre-

## *Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

chende Therapeuten leicht kontaktieren konnten und weil uns die Mitglieder gerade dieser Gruppe besonders interessierten –, beschränkten wir uns auf Anwender von Hypnose und Hypnotherapie.

## **Methoden**

### ***Erhebungsinstrument***

Zur Erfassung der Persönlichkeitsstile wurde das Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) von Kuhl und Kazén (2009) verwendet. Es geht von einer dimensional-diagnostischen Diagnostik aus und erfasst die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen, zum Teil im Sinne von nicht-pathologischen Entsprechungen der in DSM-IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen. Der PSSI-Fragebogen umfasst 140 Items, die sich in 14 Skalen (siehe Tabelle 1) à 10 Items einteilen lassen. Die Items sollen vom Probanden mittels einer Ratingskala beurteilt werden („gar nicht“, „etwas“, „überwiegend“ und „ausgesprochen“).

Durch die standardisierte Vorgehensweise in der Durchführung des PSSI kann davon ausgegangen werden, dass die Objektivität gegeben ist. Die Reliabilität liegt zwischen Cronbachs Alpha .73 und .85 (Kuhl & Kazén, 2009). Die Test-Retest-Reliabilität beträgt für eine Stichprobe von 283 Patienten bis zu  $r=.83$ . Durch die klinische Stichprobe ist die Übertragbarkeit dieser Werte auf gesunde Probanden eingeschränkt.

*Tab. 1: Die 14 Skalen des PSSI von Kuhl und Kazén (2009)*

<b>Skala</b>	<b>Persönlichkeitsstil</b>	<b>Persönlichkeitsstörung (bzw. pathologische Ausprägung)</b>
1. PN:	eigenwillig	paranoid
2. SZ:	zurückhaltend	schizoid
3. ST:	ahnungsvoll	schizotypisch
4. BL:	spontan	Borderline
5. HI:	liebenswert	histrionisch
6. NA:	ehrgeizig	narzisstisch
7. SU:	selbstkritisch	selbstunsicher
8. AB:	loyal	abhängig
9. ZW:	sorgfältig	zwanghaft
10. NT:	kritisch	(passiv-aggressiv, negativistisch)
11. DP:	passiv	(depressiv)
12. SL:	hilfsbereit	(selbstlos)
13. RH:	optimistisch	(rhapsodisch)
14. AS:	selbstbehauptend	antisozial

Die Validität wurde mittels verschiedener korrelativer Studien zum Zusammenhang zwischen PSSI-Skalen und verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Merkmalen ermittelt (Kuhl & Kazén, 2009). Inhaltlich hält sich der Test in einigen Skalen eng an die Diagnosekriterien für Persönlichkeitsstörungen, die in den Manualen beschrieben sind. Mit einer Bearbeitungszeit von 20 Minuten und einer Auswertungszeit von max. 15 Minuten ist der Test für einen Persönlichkeitstest ausreichend ökonomisch. Die Normstichprobe ist mit 1943 Probanden befriedigend groß (vgl. Kersting, 2006) und liegt für Personen von 14 bis 82 Jahren vor. Weil standardisierte alters- und geschlechtsbezogene Normen im Sinne von T-Werten und Prozenträngen vorliegen, werden für die vorliegende Studie die spezifisch auf Alter und Geschlecht bezogenen T-Werte verwendet, um den jeweiligen Vergleich mit der Norm zu ermöglichen. Trotz einiger Kritikpunkte ist davon auszugehen, dass der PSSI das Kontinuum von Persönlichkeitsstilen zu -störungen in testtheoretisch befriedigender Weise abbildet (vgl. Mestel, 2009).

### **Stichprobe**

Es handelt sich um dieselbe Stichprobe wie in Teil 1 zum „Arbeitsprofil“ schon beschrieben: mittleres Alter der 203 Teilnehmer: 51.38 Jahre, Altersrange: 28 - 78 Jahre; mehr weibliche (n=114=56%) als männliche (n=89=44%) Teilnehmer. Diese Geschlechterverteilung ist für die beteiligten Hypnosegesellschaften durchaus repräsentativ (Frauenanteil jeweils: DGÄHAT 57%, DGH 54%, DGZH 58%, MEGA 77%, MEG 55%, SMSH 39%), so dass wir davon ausgehen können, dass ein repräsentativer Teil der befragten Hypnoseanwender erfasst wurde.

### **Auswertung**

Zur Auswertung wurden die Skalensummen gebildet. Die Summenwerte bewegen sich zwischen 0 und 30. Den Normtabellen wurde individuell für alle Personen der alters- und geschlechtsspezifische T-Kennwert entnommen. Für Personen mit fehlenden Altersangaben (n=10) wurden die geschlechtsspezifischen Gesamtnormen verwendet. In Anlehnung an das Manual wurden T-Werte im Bereich zwischen 40 und 60, das heißt der Skalennittelwert 50 plus/minus eine Standardabweichung als „unauffällig“ definiert. T-Werte  $\leq 40$  und  $\geq 60$  wurden als außerhalb des in der Normbevölkerung vorliegenden durchschnittlichen Bereichs definiert. Extrem hohe Werte in den einzelnen Skalen des PSSI (T-Wert  $\geq 70$ ) erhöhen den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, es kann jedoch keine Aussage über das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen einer Diagnose getroffen werden (Kuhl & Kazén, 2009). Bei extrem hohen oder niedrigen Werten (Prozentrang 0 oder 100) gibt das PSSI-Manual keinen entsprechenden T-Wert an. Um fehlende Daten zu vermeiden, wurde in solchen Fällen ein T-Wert von 20, bzw. 80 angenommen.

Die Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Version 17.0) ausgewertet. Es sind jeweils nur die T- und nicht die Rohwerte in die Auswertung einbezogen worden, weil der Vergleich mit den Normen im Vordergrund stand und systemati-

### Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern

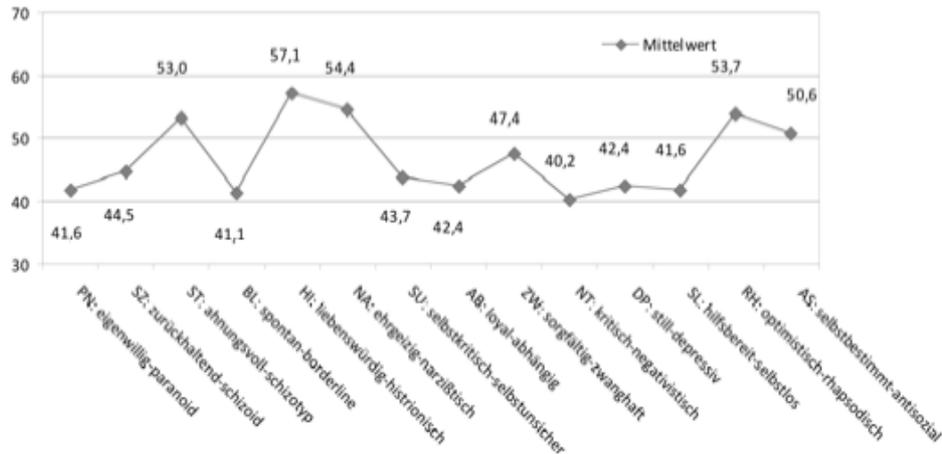


Abb. 1a: Persönlichkeitsprofil aller Anwender von Hypnose

sche Alters- und Geschlechtseffekte ausgeschlossen werden sollten. Als statistisches Verfahren wurde der Ein-Stichproben T-Test gewählt, mit dem geprüft werden kann, ob der Mittelwert einer Stichprobe signifikant von einem vorgegebenen Testwert – im vorliegenden Fall T-Wert=50 – abweicht (Diehl & Staufenbiel, 2002). Um keine Informationen zu verlieren, wurde der Fallausschluss Test für Test gewählt, d.h. Personen, bei denen für eine Skala der Wert fehlt, fließen dennoch in die Berechnung der anderen Skalenmittelwerte ein. Es lag Intervallskalenniveau und Normalverteilung vor: der Kolmogorov-Smirnov-Test zeigte eine Abweichung nur für die BL-Skala ( $p=.043$ ). Zur Vervollständigung der Angaben zur praktischen Bedeutsamkeit wurde per Hand die Effektstärke  $d$  ausgerechnet; dabei wurde die Mittelwertsabweichung an der Standardabweichung der Population standardisiert.

Mögliche Unterschiede zwischen Berufsgruppen in ihren Persönlichkeitsstilen wurden mit einfaktoriellen ANOVAs überprüft. Um ausreichend große Gruppen zu erreichen, wurden die Probanden Hauptberufen zugeteilt, wodurch vier größere Gruppen mit insgesamt 155 (von ursprünglich 203) Teilnehmern entstanden:

1. Psychologische Psychotherapeuten ( $n=76$ )
2. Ärztliche Psychotherapeuten ( $n=25$ )
3. Ärzte ( $n=18$ )
4. Zahnärzte ( $n=36$ )

Die übrigen Berufe (Zahnärzthelfer, Seelsorger etc.) wurden in solchen Fällen wegen zu geringer Nennung nicht berücksichtigt. Es ist zu beachten, dass immer mit ungleichen Gruppengrößen getestet wurde. Zudem wurden aufgrund fehlender Werte im PSSI bei einigen Skalen einzelne Personen von den Berechnungen ausgeschlossen, was ggf. zu leicht abweichenden Stichprobengrößen führte. Für Einzelvergleiche zwischen

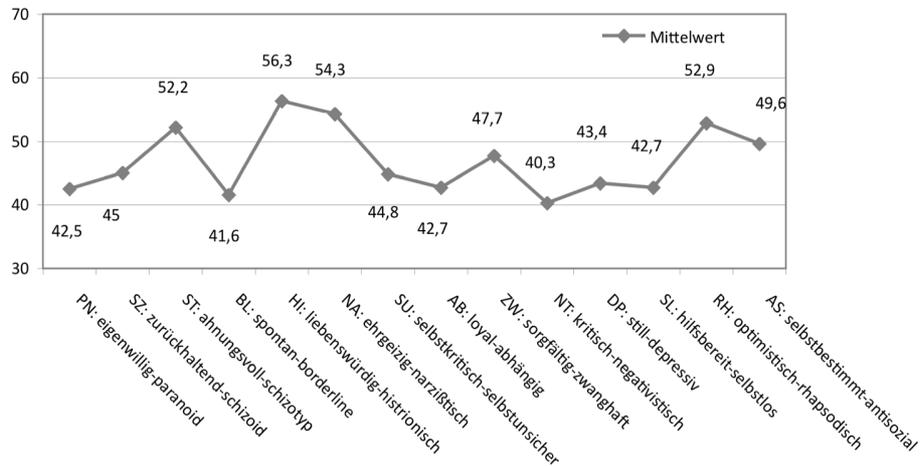


Abb. 1b: Ausprägung der Persönlichkeitsstile für die vier Haupt-Berufsgruppen: psychologische und ärztliche Psychotherapeuten, Ärzte und Zahnärzte

den Gruppen wurde als post-hoc-Testverfahren Tamahane-T2 gewählt, da bei einigen Skalen keine Varianzhomogenität gegeben war. Als Signifikanzniveau für die Einzelvergleiche wurde .05 festgelegt. Da alters- und geschlechtsspezifische T-Werte als Ausgangspunkt der Berechnung benutzt wurden, erübrigte sich die Berechnung der Geschlechtsunterschiede. Für die später ab Pkt. 5 berichteten Korrelationen in weiteren Einzelergebnissen wurde das Signifikanzniveau aufgrund der zahlreichen Einzelvergleiche auf .01 angehoben. Zur besseren Verständlichkeit werden die Standardmittelwerte statt der Ränge berichtet.

## Ergebnisse

### 1. Profil der Gesamtstichprobe

Bezogen auf die Gesamtstichprobe der 203 Teilnehmer ergibt sich das in Abbildung 1a dargestellte Profil. Es zeigt die Standard-T-Werte im Vergleich zum im Manual vorgegebenen Mittelwert von 50 über die verschiedenen Skalen. Der Einstichproben-T-Test zeigt für alle Skalen außer der AS-Skala (selbstbestimmt-antisozial) einen signifikanten Unterschied vom angegebenen Mittelwert von 50.

### 2. Profil in Bezug auf Berufsgruppen

Wenn statt aller Anwender der Gesamtstichprobe wie oben in Abbildung 1a nur die Mittelwerte der vier großen Berufsgruppen der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten sowie der Ärzte und Zahnärzte genommen werden, so zeigt sich im Wesentlichen das gleiche Persönlichkeitsprofil (Abbildung 1b).

*Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

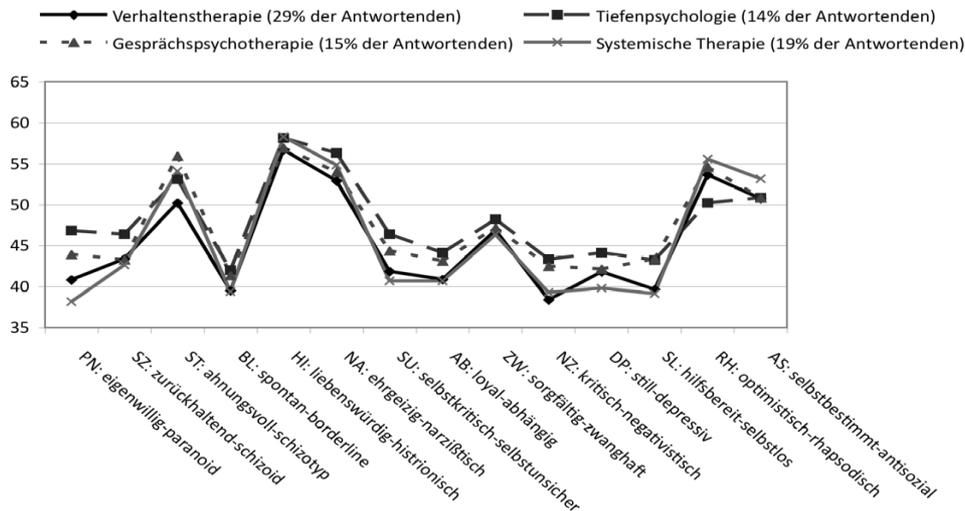


Abb. 1c: Ausprägung der Persönlichkeitsstile pro Therapeutengruppe

**3. Profil in Bezug auf therapeutische Orientierung**

Bezogen auf die *therapeutische Grundorientierung* derjenigen, die Hypnose psychotherapeutisch einsetzen, lässt sich das Gesamtprofil wie in Abbildung 1c gezeigt differenzieren. Wenn man wegen zu geringer Fallzahlen die Werte für Psychoanalyse (n=4=2% der Antwortenden), Gestalttherapie (n=6=3%) und Körpertherapie (n=8=4%) (vgl. Tabelle 2) nicht berücksichtigt, so liegen die Werte der Antwortenden aus den restlichen Therapieverfahren etwa im gleichen Bereich und bilden ein ähnliches Profil. Auffallende Streuungen zeigen sich auf der Skala PN zwischen den systemischen Therapeuten mit 38.1 und den Tiefenpsychologen mit 46.8 (vgl. Tabelle 2). Die anderen Un-

Tab. 2a: Mittlere Ausprägung der Persönlichkeitsstile pro Therapeutengruppe

	n	PN	SZ	ST	BL	HI	NA
Verhaltenstherapie	29%	59	40.9	43.4	50.2	39.5	56.7
Tiefenpsychologie	14%	29	46.8	46.4	53.1	42.0	58.1
Gesprächstherapie	15%	31	44.0	43.3	56.0	41.4	57.0
systemische Therapie	19%	40	38.1	42.65	54.1	39.4	58.3
Psychoanalyse	2%	4	47.8	44.8	60.8	47.3	58.0
Gestalttherapie	3%	6	40.0	39.5	53.2	40.5	57.0
Körpertherapie	4%	8	42.0	49.1	64.1	51.0	57.8

Tab. 2

terschiede zwischen systemischen Therapeuten und Tiefenpsychologen auf den Skalen SU, NT, DP und SL, ebenso die Unterschiede zwischen den Verhaltenstherapeuten und Tiefenpsychologen auf den Skalen NT, DP und SL, wie auch die Unterschiede zwischen den Verhaltenstherapeuten und Gesprächstherapeuten auf den Skalen ST und SL können nicht als bedeutsam angesehen werden. Es ist zu beachten, dass dies nur Tendenzen sind, denn wegen der möglichen Mehrfachnennung im Antwortformat des Items bezüglich der Therapieorientierung konnte kein echter Signifikanztest durchgeführt werden.

#### 4. Einzelergebnisse in Bezug auf die Gesamtstichprobe und die vier Berufsgruppen

Im Folgenden werden die Ergebnisse im Einzelnen berichtet und zwar sowohl in Bezug auf die Gesamtstichprobe (N=203; siehe Abbildung 1a) wie auch in Bezug auf die vier größten Berufsgruppen (n=155; siehe Abbildung 1b), also der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, der Ärzte und Zahnärzte (siehe die Abbildungen 2 bis 7).

1. *Skala PN: Eigenwilliger Stil (paranoide Persönlichkeitsstörung)*. Die Skala PN zeigt für die Gesamtstichprobe signifikant unterdurchschnittliche Werte ( $T=-9.937$ ,  $df=199$ ,  $p=.000$ ;  $MW=41.6$ ,  $SD=11.9$ ). Die Abweichung zeigt sich auch in einem großen Effekt von  $d_{PN}=0.84$ .

Die Berufsgruppen unterscheiden sich aber nur tendenziell:  $F(3, 148)=2.46$ ,  $p=.065$ . Post-hoc-Tests zeigen tendenzielle Unterschiede zwischen Zahnärzten und psychologischen Psychotherapeuten ( $p=.092$ ); Zahnärzte liegen näher am Normmittelwert, die Psychotherapeuten und Ärzte hingegen eher an dessen Rand (Abbildung 2).

2. *Skala SZ: Zurückhaltender Stil (schizoide Persönlichkeitsstörung)*. Auch die Skala SZ weist für die Gesamtstichprobe signifikant unterdurchschnittliche Werte auf ( $T=-7.259$ ,  $df=199$ ,  $p=.000$ ,  $MW=44.54$ ,  $SD=10.6$ ), die laut Manual aber nicht klinisch auffällig sind. Die Abweichungen zeigen eine mittlere Effektstärke ( $d_{SZ}=0.546$ ). Für die vier Berufsgruppen ergibt sich kein signifikanter Unterschied:  $F(3, 149)=1.42$ ,  $p>.05$  ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{AP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=35$ ).

Tab. 2b: Mittlere Ausprägung der Persönlichkeitsstile pro Therapeutengruppe

HI	NA	SU	AB	ZW	NT	DP	SL	RH	AS
56.7	53.0	41.9	40.9	46.9	38.4	41.9	39.7	53.7	50.7
58.1	56.3	46.4	44.1	48.2	43.3	44.1	43.3	50.2	52.1
57.0	54.0	44.4	43.2	47.2	42.5	42.2	43.4	54.6	50.9
58.3	54.9	40.7	40.7	46.3	39.3	39.8	39.1	55.6	53.2
58.0	57.0	48.0	45.0	59.3	47.8	44.5	53.0	55.3	54.5
57.0	52.3	41.0	40.0	39.0	42.8	41.3	37.7	52.5	55.8
57.8	61.0	49.8	43.6	48.5	47.4	50.1	41.7	50.4	56.1

### Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern

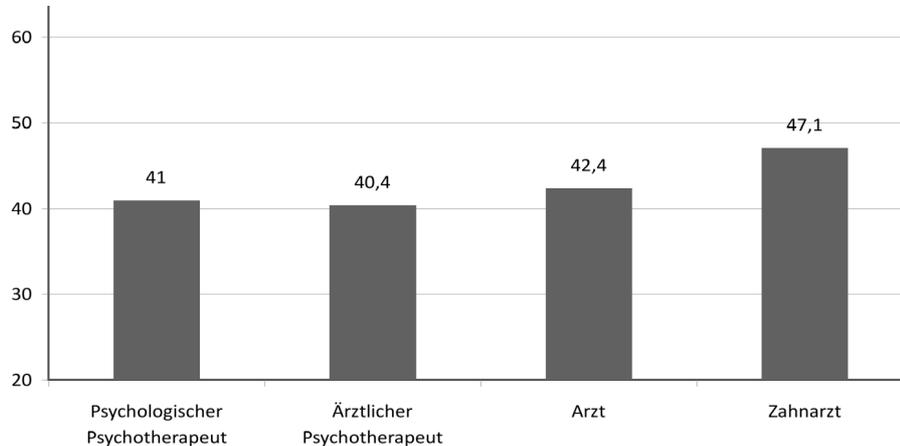


Abb. 2: Mittlere Werte der Skala PN: eigenwilliger Stil ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{\text{ÄP}}=24$ ,  $n_A=17$ ,  $n_Z=36$ )

3. *Skala ST: Ahnungsvoller Stil (schizotypische Persönlichkeitsstörung)*. Die Skala ST fällt für die Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von 53.04 (SD=11.0) zwar signifikant überdurchschnittlich aus ( $T=3.894$ ,  $df=199$ ,  $p=.000$ ); der Effekt ist allerdings eher klein ( $d_{ST}=0.3$ ), was man auch in der nur kleinen Abweichung vom Mittelwert 50 sieht. Die Berufsgruppen unterscheiden sich hier signifikant:  $F(3, 149)=5.26$ ,  $p<.01$ . Die post-hoc-Tests zeigen den signifikanten Unterschied zwischen Zahnärzten und psychologischen Psychotherapeuten ( $p=.005$ ). Die anderen beiden Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant. Abbildung 3 zeigt, dass Ärzte und Zahnärzte eher über dem Durchschnitt liegen, während psychologische und ärztliche Psychotherapeuten hingegen ganz durchschnittlich „ahnungsvoll“ sind.

4. *Skala BL: Spontaner Stil (Borderline-Persönlichkeitsstörung)*. Der spontane Stil ist für die Gesamtstichprobe der Anwender von Hypnose signifikant unterdurchschnittlich ausgeprägt ( $T=-16.195$ ,  $df=198$ ,  $p=.000$ ,  $MW=41.1$ ,  $SD= 7.7$ ), was sich auch am großen Effekt der Abweichung vom Normmittelwert  $d_{BL}=0.89$  zeigt. Es zeigen sich Unterschiede in den Mittelwerten für die vier Berufsgruppen:  $F(3, 150)=4.93$ ,  $p<.01$ . Psychologische Psychotherapeuten unterscheiden sich in den post-hoc-Tests signifikant von den Zahnärzten ( $p=.008$ ); ärztliche Psychotherapeuten unterscheiden sich ebenfalls signifikant von den Zahnärzten ( $p=.041$ ); die anderen Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant ( $p>.05$ ) (Abbildung 4).

5. *Skala HI: Lebenswürdiger Stil (histrionische Persönlichkeitsstörung)*. Für die Skala HI ergibt sich die deutlichste signifikante Abweichung nach oben ( $T=10.251$ ,  $df=201$ ,  $p=.000$ ,  $MW=57.1$ ,  $SD=9.8$ ) mit einem mittleren bis großen Abweichungseffekt ( $d_{HI}=0.71$ ). Die Berufsgruppen unterscheiden sich hier nicht signifikant:  $F(3, 150)=.31$ ,  $p>.05$  ( $n_{PP}=76$ ,  $n_{\text{ÄP}}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=35$ ).

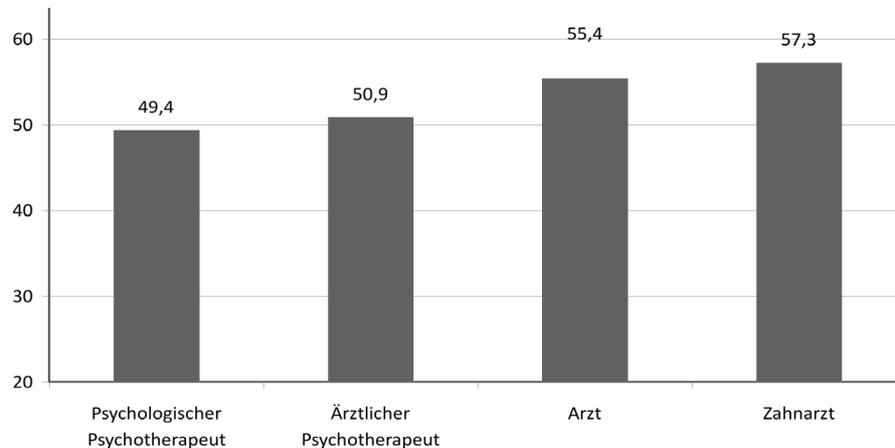


Abb. 3: Mittlere Werte der Skala ST: ahnungsvoller Stil (Schizotypizität) ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{\ddot{A}P}=24$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ )

6. Skala NA: Ehrgeiziger Stil (narzisstische Persönlichkeitsstörung). Auch die Skala NA fällt in Bezug auf alle Anwender signifikant überdurchschnittlich aus ( $T=6.098$ ,  $df=201$ ,  $p=.000$ ,  $MW=54.44$ ,  $SD=10.33$ ), mit einem mittleren Effekt ( $d_{NA}=0.44$ ). Das Manual geht für einen solchen Wert allerdings von keiner auffälligen Abweichung aus. Auf dieser Skala gibt es keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen:  $F(3, 150)=.80$ ,  $p>.05$  ( $n_{PP}=76$ ,  $n_{\ddot{A}P}=24$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ ).

7. Skala SU: Selbstkritischer Stil (selbstunsichere, „vermeidende“ Persönlichkeitsstörung). Die Skala SU weist für die Gesamtstichprobe ähnliche Werte wie die SZ-Skala auf, nämlich signifikant unterdurchschnittlich ( $T=-8.773$ ,  $df=199$ ,  $p=.000$ ,  $MW=43.73$ ,  $SD=10.1$ ), obwohl nicht klinisch auffällig. Die Abweichungen zeigen

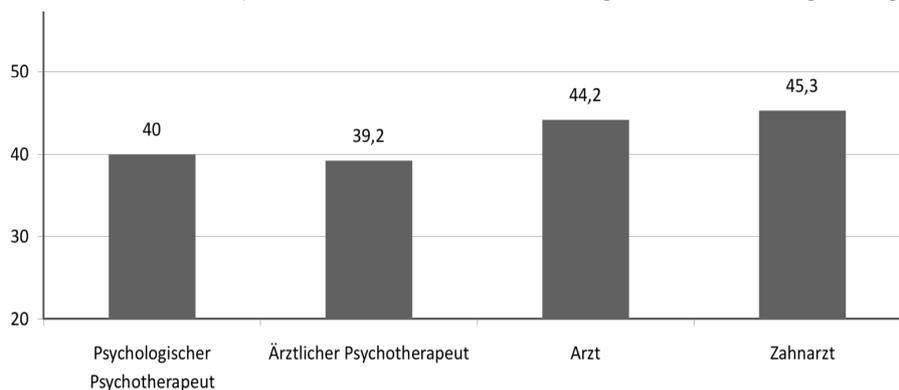


Abb. 4: Mittlere Werte der Skala BL: spontaner Stil (Borderline) ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{\ddot{A}P}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ )

*Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

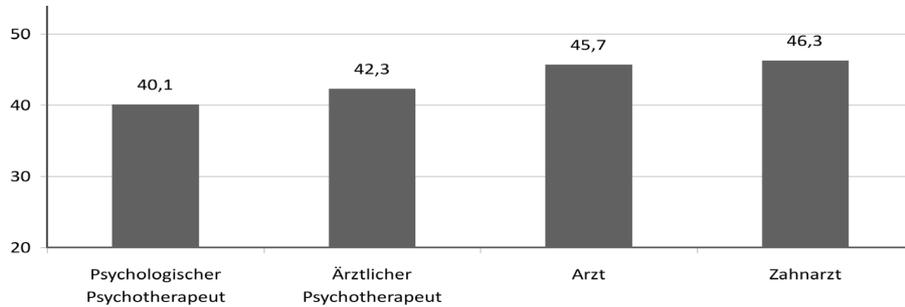


Abb. 5: Mittlere Werte der Skala AB: loyaler Stil (Abhängigkeit) ( $n_{PP}=76$ ,  $n_{AP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ )

eine mittlere Effektstärke ( $d_{SU}=0.63$ ). Für die vier Berufsgruppen ergibt sich kein signifikanter Unterschied:  $F(3, 149)=1.77$ ,  $p >.05$  ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{AP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=35$ ).

8. Skala AB: Loyalster Stil (abhängige Persönlichkeitsstörung). Die Skala AB zeigt für alle Anwender von Hypnose unterdurchschnittliche Werte ( $T=-13.067$ ,  $df=198$ ,  $p=.000$ ,  $MW=42.4$ ,  $SD=8.2$ ). Der Effekt liegt hier bei  $d_{AB}=0.76$ . Auch hier findet sich ein signifikanter Berufsgruppenunterschied:  $F(3, 151)=5.35$ ,  $p<.01$ . Die post-hoc-Tests zeigen, dass sich wieder die psychologischen Psychotherapeuten signifikant von den Zahnärzten im paarweisen Vergleich ( $p=.004$ ) unterscheiden. Für die psychologischen Psychotherapeuten fällt auf, dass sie fast um eine Standardabweichung vom Mittelwert abweichen, Zahnärzte liegen näher am Normmittelwert. Abbildung 5 zeigt, dass für die psychotherapeutisch arbeitenden Berufsgruppen allgemein eine eher unterdurchschnittliche Ausprägung vorliegt.

9. Skala ZW: Sorgfältiger Stil (zwanghafte Persönlichkeitsstörung). Die Werte der Skala ZW liegen für die Gesamtstichprobe zwar signifikant unter dem Normdurchschnitt ( $T=-3.403$ ,  $df=199$ ,  $p=.001$ ,  $MW=47.4$ ,  $SD=10.8$ ), allerdings ist der Unterschied

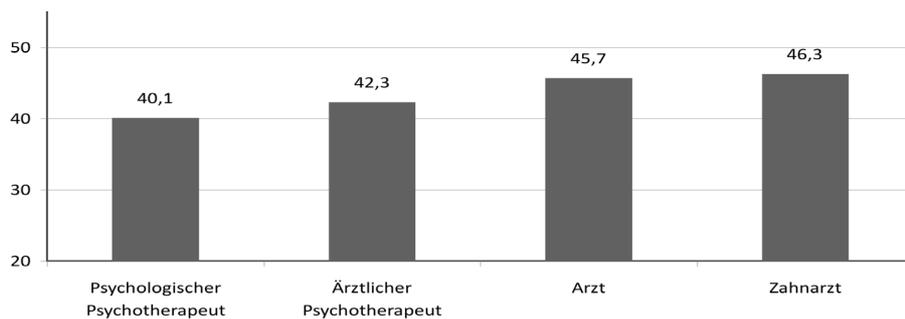


Abb. 6: Mittlere Werte der Skala ZW: sorgfältiger Stil (Zwanghaftigkeit) ( $n_{PP}=74$ ,  $n_{AP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ )

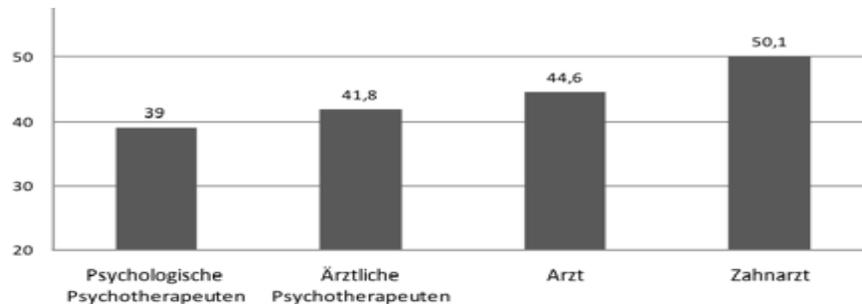


Abb. 7: Mittlere Werte der Skala SL: hilfsbereiter Stil (Selbstlosigkeit) ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{\bar{A}P}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=35$ )

im T-Wert von drei Punkten laut Manual eher klein, was sich auch in der kleinen Effektstärke widerspiegelt ( $d_{ZW}=0.26$ ). Die Berufsgruppen unterscheiden sich signifikant:  $F(3, 149)=7.24$ ,  $p<.001$ . Die post-hoc-Tests zeigen, dass sich die Zahnärzte wieder signifikant von den psychologischen Psychotherapeuten ( $p=.000$ ), von den Ärzten ( $p=.002$ ) und von den ärztlichen Psychotherapeuten ( $p=.046$ ) unterscheiden (Abbildung 6).

10. Skala NT: Kritischer Stil (passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung). Die Werte der Skala NT liegen für alle Hypnoseanwender signifikant unter dem Durchschnitt ( $T=-13.643$ ,  $df=199$ ,  $p=.000$ ,  $MW=40.2$ ,  $SD=10.5$ ), mit einem sehr großen Abweichungseffekt ( $d_{NT}=0.98$ ). Ab dem Wert von 40 geht das Manual von einer auffallend unterdurchschnittlichen Ausbildung des Persönlichkeitsstils aus. Es liegt kein signifikanter Unterschied zwischen den Berufsgruppen vor:  $F(3, 151)=1.09$ ,  $p > .05$  ( $n_{PP}=76$ ,  $n_{\bar{A}P}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ ).

11. Skala DP: Passiver „stiller“ Stil (depressive Persönlichkeitsstörung). Die Werte der Skala DP fallen signifikant unterdurchschnittlich aus ( $T=-10.643$ ,  $df=198$ ,  $p=.000$ ,  $MW=42.36$ ,  $SD=10.1$ ). Der Effekt ist groß ( $d_{DP}=0.76$ ). Die Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant:  $F(3, 149)=1.12$ ,  $p > .05$  ( $n_{PP}=75$ ,  $n_{\bar{A}P}=24$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ ).

12. Skala SL: Hilfsbereiter Stil (selbstlose Persönlichkeitsstörung). Die Skala SL liegt signifikant unter dem durchschnittlichen Niveau ( $T=-11.424$ ,  $df=197$ ,  $p=.000$ ,  $MW=41.62$ ,  $SD=10.3$ ) mit einem großen Effekt von  $d_{SL}=0.84$ . Die Berufsgruppen unterscheiden sich für die SL-Skala signifikant:  $F(3, 149)=11.38$ ,  $p<.001$ ). Die mittels post-hoc-Tests gerechneten Vergleiche zeigen hochsignifikante Unterschiede zwischen Zahnärzten und den psychologischen Psychotherapeuten ( $p=.000$ ), signifikante Unterschiede zwischen Zahnärzten und ärztlichen Psychotherapeuten ( $p=.032$ ) sowie zwischen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten ( $p=.034$ ) und außerdem tendenzielle Unterschiede zwischen Ärzten und Zahnärzten ( $p=.094$ ) (Abbildung 7). Laut Manual liegt für den Mittelwert der psychologischen Psychotherapeuten eine auffallende Abweichung ( $>10$  Standardwerte) vom Mittelwert vor.

*Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

Tab. 3: Übersicht zu den Unterschieden zwischen psychologischen Psychotherapeuten und den anderen Berufsgruppen.

Skala	signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (ANOVA)	signifikante Einzelvergleiche (post-hoc-Test Tamahane-T2)
PN: eigenwilliger Stil	[F(3, 148)=2.46, p=.065]	<b>[Z &gt; PP, p=.092]</b>
SZ: zurückhaltender Stil	n.s.	
ST: ahnungsvoller Stil	F(3, 149)=5.26, p < .01	<b>Z &gt; PP, p=.005</b>
BL: spontaner Stil	F(3, 150)=4.93, p < .01	<b>Z &gt; PP, p=.008</b> Z > ÄP, p=.041
HI: liebenswürdiger Stil	n.s.	
NA: ehrgeiziger Stil	n.s.	
SU: selbstkritischer Stil	n.s.	
AB: loyaler Stil	F(3, 151)=5.35, p < .01	<b>Z &gt; PP, p=.004</b>
ZW: sorgfältiger Stil	F(3, 149)=7.24, p < .001	<b>Z &gt; PP, p=.000</b> Z > A, p=.002 Z > ÄP, p=.046
NT: kritischer Stil	n.s.	
DP: passiver „stillere“ Stil	n.s.	
SL: hilfsbereiter Stil	F(3, 149)=11.38, p < .001	<b>Z &gt; PP, p=.000</b> Z > ÄP, p=.032 A > PP, p=.034 [Z > A, p=.094]
RH: optimistischer Stil	F(3, 151)=2.74, p < .05	<b>[Z &gt; PP, p=.098]</b>
AS: selbstbehauptender Stil	n.s.	

Anm.: n.s.= nicht signifikant; in eckigen Klammern = tendenzielle Unterschiede; Z = Zahnärzte; PP = psychologische Psychotherapeuten; ÄP = ärztliche Psychotherapeuten, A = Ärzte

13. Skala RH: *optimistischer Stil (rhapsodische Persönlichkeitsstörung)*. Für die Skala RH ergibt sich eine signifikant überdurchschnittliche Ausprägung (T=5.085, df=202, p=.000, MW= 53.7, SD=10.3). Es zeigt sich nur eine kleine Abweichung vom Mittelwert des Manuals, was sich an einem kleinen bis mittleren Effekt erkennen lässt:  $d_{RH}=0.37$ . Die Berufsgruppen unterscheiden sich insgesamt nur knapp signifikant: F(3, 151)=2.74, p=.045 ( $n_{PP}=76$ ,  $n_{ÄP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ ), und es wird keiner der Einzelvergleiche signifikant: Gemäß den post-hoc-Tests haben Zahnärzte allerdings zumindest tendenziell höhere Werte als psychologische Psychotherapeuten (p=.098).

14. Skala AS: *selbstbehauptender Stil (antisoziale Persönlichkeitsstörung)*. Für die Skala AS ergibt sich keine signifikante Abweichung vom Populationsmittelwert (T=.939,

df=198,  $p=.349$ , MW=50.64, SD=9.7). Die Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant:  $F(3, 148)=.42$ ,  $p>.05$  ( $n_{PP}=73$ ,  $n_{AP}=25$ ,  $n_A=18$ ,  $n_Z=36$ ).

Tabelle 3 vermittelt einen abschließenden Überblick über die Ergebnisse der Berufsgruppen-Vergleiche. Hier wird deutlich, dass die gefundenen Unterschiede hauptsächlich zwischen den psychologischen Psychotherapeuten und den Zahnärzten liegen.

### **5. Weitere Einzelergebnisse in Bezug auf die Gesamtstichprobe**

Wie oben erwähnt, haben wir im Folgenden aufgrund der vielen Korrelationen das Signifikanzniveau von .05 auf .01 erhöht. Bonferroni-Korrekturen waren nach Bortz (2005, S. 129f) nicht angezeigt, weil mehrere unterschiedliche Hypothesen getestet werden und diese nicht zu einer globalen Hypothese zusammenfassbar sind.

#### *5.1 Zeitpunkt der Ausbildung und Anwendungshäufigkeit hypnotischer Techniken*

Im Fragebogenteil 1 über das „Arbeitsprofil“ wurde danach gefragt, wie lange die Ausbildung in Hypnose schon zurückliegt. Die ordinale Regression des Zeitpunktes der Ausbildung mit der Anwendungshäufigkeit war nicht signifikant ( $p=.767$ ,  $\chi^2=2.562$ ,  $df=5$ ). So konnte kein Zusammenhang zwischen der Anwendungshäufigkeit von hypnotischen Techniken und der Zeitspanne, die seit Absolvierung der Ausbildung vergangen ist, festgestellt werden.

#### *5.2 Zeitpunkt der Ausbildung und Persönlichkeitsstil*

Zwischen dem Zeitpunkt der Absolvierung der Ausbildung und den Persönlichkeitsstilen zeigt sich nur eine Tendenz für die Skala AS (Kendall-Tau-B,  $r=-.129$ ;  $p=.02$ ): je länger die Ausbildung zurück liegt, desto weniger müssen sich die Anwender offenbar selbst behaupten.

#### *5.3 Persönlichkeitsstil und Anwendungshäufigkeit hypnotischer Techniken*

Um einen Zusammenhang von Persönlichkeitsstilen mit der prozentualen Anwendungshäufigkeit von Hypnotherapie insgesamt zu untersuchen, wurde eine Korrelation mittels Spearman-Rho berechnet. Eine signifikante Korrelationen zeigte sich nur für die Skala RH ( $r=.212$ ,  $p=.003$ ) und eine Tendenz für die Skala ST ( $r=.174$ ,  $p=.015$ ). Häufigere Anwendung geht also einher mit einem ausgeprägteren optimistisch-rhapsodischen Stil (RH) und tendenziell auch mit einem ahnungsvoll-schizotypischen Stil (ST).

#### *5.4 Hypnotisierbarkeit und Anwendungshäufigkeit hypnotischer Techniken*

Bongartz und Bongartz (1988/99) erwähnen den positiven Einfluss der eigenen Hypnotisierbarkeit auf den Erfolg der Anwendung. Im vorliegenden Datensatz spiegelt sich dies nur bedingt wider. Eine mittels Kendall-Tau-B berechnete Korrelation zwischen eigener Hypnotisierbarkeit und der prozentualen Anwendungshäufigkeit ergab nur eine Tendenz ( $r=.138$ ;  $p=.017$ ): je hypnotisierbarer die Therapeuten sich selbst einschätzen, desto häufiger verwenden sie Hypnose.

## Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern

Tab. 4: Signifikante Mittelwertsunterschiede bei Experten und Amateuren in Hypnose

Skala	Experten		Amateure		sign. zweiseitig	T	df
	MW	SD	MW	SD			
AS	52.8	9.6	45.2	11.2	.025	2.26	196
RH	56.4	8.5	47.7	8.6	.016	2.44	200
DP	39.7	9.6	47.8	12.8	.019	3.37	196
BL	41.4	7.7	46.7	9.3	<b>.005</b>	-2.80	196

Tab. 5: Partialkorrelation der Anwendungshäufigkeit der indirekten Techniken (kontrolliert über die Anwendungshäufigkeit von direkten Techniken) und Persönlichkeitsstil

	HI	SU	AB	NT	RH
Partialkorrelation r	.162	-.216	-.214	-.221	.182
signifikant zweiseitig	.032	<b>.004</b>	<b>.004</b>	<b>.003</b>	.016

Kontrollvariable: direkte Technik

### 5.5 Persönlichkeitsstil der Extremgruppen „Experten“ und „Amateure“

Um zu sehen, ob bzw. wie sich „Experten“ auf dem Gebiet der Hypnose von „Amateuren“ in ihren Persönlichkeitsstilen unterscheiden, wurde die Möglichkeit des Extremgruppenvergleichs gewählt. Die eine Extremgruppe „Experten“ (n=46) bestand aus Personen, die Hypnose in einer Ausbildung mit mindestens 200 Stunden gelernt hatten und bei mindestens 90% der Patienten anwandten. Die andere Gruppe „Amateure“ (n=10) bestand aus Personen, die Hypnose in einer Ausbildung mit weniger als 200 Stunden erlernt hatten und Hypnose bei weniger als 40% der Patienten anwendeten. Mit diesen Extremgruppen wurden T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Da der Levene-Test nicht signifikant ausfiel, konnte Varianzgleichheit angenommen werden. Der T-Test ergab für vier Skalen signifikante Mittelwertsunterschiede. Aus Tabelle 4 ist ersichtlich, dass die sehr gut ausgebildeten und hochfrequenten Anwender von Hypnose sich von den weniger gut ausgebildeten und niederfrequenten Anwendern unterscheiden: die „Experten“ sind signifikant emotional stabiler (BL) als die „Amateure“ sowie tendenziell selbstbehauptend-antisozialer (AS), optimistisch-rhapsodischer (RH) und weniger passiv-depressiv (DP).

## 6. Ergebnisse bezüglich indirekter und direkter Techniken

### 6.1 Persönlichkeitsstil und Anwendungshäufigkeit direkter und indirekter Techniken

Eine tiefer gehende Analyse der Anwendungshäufigkeit der direkten vs. indirekten Techniken brachte folgende Ergebnisse. Nachdem die beiden Anwendungsarten signifikant nach Spearman miteinander korrelieren ( $r=.409$ ,  $p=.000$ ; vgl. Teil 1 zu „Arbeitsprofil“), wurde zur Auswertung eine Partialkorrelation gewählt, die den jeweiligen Zusammen-

Tab. 6: Beherrschen der direkten Techniken und Persönlichkeitsstil

	HI	SU	DP	RH	AS
Partialkorrelation r	.176	-.152	-.175	.157	.196
signifikant zweiseitig	.013	.034	.015	.028	<b>.006</b>

hang mit der anderen Technik kontrolliert. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Partialkorrelationen der Anwendungshäufigkeit indirekter Techniken mit den Persönlichkeitsstilen, korrigiert um den Einfluss der Anwendungshäufigkeit direkter Techniken. Hier zeigt sich, dass indirekte Techniken umso häufiger verwendet werden, je weniger selbstkritisch-selbstunsicher (SU), loyal-abhängig (AB) und kritisch-negativistisch (NT) die Hypnotherapeuten sind, sowie in der Tendenz je lebenswürdig-histrionischer (HI) und optimistisch-rhapsodischer (RH) sie sind.

Für die analoge Partialkorrelation der Anwendungshäufigkeit von direkten Techniken bei Kontrolle der indirekten Techniken ergibt sich keine signifikante Korrelation mit den Persönlichkeitsstilen (alle  $p > .05$ ).

### 6.2 Persönlichkeitsstil und Beherrschen direkter Techniken

In Bezug auf das Beherrschen direkter Techniken („Ich beherrsche die direkten, formalen Techniken gut“) ergab sich nur eine signifikante Korrelation für die Skala AS; ansonsten zeichnen sich nur Tendenzen ab (Tab. 6): Direkte Techniken werden besser beherrscht, wenn die Hypnotherapeuten selbstbehauptend-antisozial (AS) sind; in der Tendenz auch je lebenswürdig-histrionischer (HI) und optimistisch-rhapsodischer (RH) so wie je weniger selbstkritisch-selbstunsicher (SU) und passiv-depressiv (DP) sie sind.

### 6.3 Persönlichkeitsstile der „Experten“ in indirekten und direkten Techniken

Zum Vergleich der „Experten“ in der Anwendung von direkten und indirekten Techniken wurden zwei Gruppen gebildet. Die Experten für indirekte Techniken waren Personen, welche die indirekten Techniken durchschnittlich „sehr oft, fast immer“ verwenden. Weil alle Anwender von direkten Techniken auch indirekte Techniken verwenden (s. Abb. 8 im „Arbeitsprofil“, Bose et al., 2012), gab es keine Gruppe von Anwendern, die ausschließlich direkte Techniken verwenden. Um trotzdem einigermaßen sicherzustellen, dass zwei unabhängige Stichproben, also verschiedene Personen miteinander verglichen werden, wurden für die Experten in direkten Techniken andere Richtlinien festgelegt; hier war nur maßgeblich, dass sie die direkten Techniken häufiger verwenden als die indirekten. Trotz dieser verschiedenen strengen Auswahlkriterien fallen die Gruppen sehr unterschiedlich groß aus und es ließ sich nur eine nicht signifikante Tendenz im T-Test für die ahnungsvoll-schizotype (ST) Skala feststellen (Tabelle 7). Diese Tendenz besagt: Experten für direkte Techniken sind etwas ahnungsvoll-schizotyper als die Experten für indirekte Techniken.

### *Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

Tab. 7: *Persönlichkeitsstil ST von „Experten“ in indirekten und direkten Techniken*

Skala	Experten indirekt			Experten direkt			sign. zweiseitig	T	df
	N	MW	SD	N	MW	SD			
ST	15	41.87	8.684	6	45.17	12.024	.086	1.911	19

Tab. 8: *Persönlichkeitsstile von Experten und Amateuren in direkten Techniken*

Skala	Experten		Amateure		sign. zweiseitig	U
	MW	SD	MW	SD		
ST	55.1	7.6	50.2	11.8	.061	321.0
HI	58.5	5.7	53.9	9.8	.027	298.0
NA	58.1	10.0	51.7	10.3	.056	302.0
RH	58.7	8.6	50.0	8.1	<b>.001</b>	210.0

### **6.4 Persönlichkeitsstile im Vergleich von „Experten“ mit „Amateuren“ in direkten Techniken**

Als Kriterium für „Experten“ in der Anwendung direkter Techniken wurde eine durchschnittliche Anwendung öfter als einmal pro Woche festgelegt; als „Amateur“ wurde definiert, wer direkte Techniken seltener als ein- bis zweimal pro Monat anwandte. So zeigte sich mittels Mann-Whitney-U-Test das in Tabelle 8 angeführte Profil für 22 Experten und 41 Amateure: hochfrequente Anwender von formalen Techniken sind tendenziell schizotyp-ahnungsvoller, signifikant histrionisch-liebenswürdiger, tendenziell narzisstisch-ehrgeiziger sowie signifikant rhapsodisch-optimistischer.

## **Diskussion**

In einer Pilotstudie wurden 203 Anwender von Hypnose und Hypnotherapie aus deutschsprachigen Hypnosegesellschaften auf ihre Persönlichkeitsprofile hin untersucht. Als Erhebungsinstrument diente der PSSI von Kuhl & Kazén (2009), dessen Vorteil darin besteht, dass er verschiedene Persönlichkeitseigenschaften auf einem Kontinuum von Ausprägungsgraden erhebt. Der Vergleich mit der Normstichprobe weist im Mittelbereich zwischen größer 40 und kleiner 60 auf einen durchschnittlichen, also unpathologischen Persönlichkeitsstil hin, während Werte, die darüber liegen, auf eine mehr oder weniger pathologische Ausprägung bzw. Persönlichkeitsstörung hinweisen können, wie sie z.T. auch in den diagnostischen Kategorien von DSM-IV-TR und ICD-10 abgebildet sind.

In diesem Sinne liegen alle Mittelwerte der in dieser Studie befragten Hypnoseanwender zwar noch im Normbereich, bezogen auf acht der 14 Skalen allerdings deutlich am unteren Rand bzw. im Falle der liebenswürdig-histrionischen Skala (HI) deutlich am oberen Rand des Normbereiches.

Für das Persönlichkeitsprofil der Gesamtstichprobe zeigen sich in diesen neun Skalen große Unterschiede mit auffälligen Persönlichkeitsaspekten der Hypnoseanwender, in vier weiteren Skalen geringe und in einer Skala, der antisozialen (AS), überhaupt keine Unterschiede zu den Werten der Normstichprobe. Diese Unterschiede sollen zunächst im Einzelnen mit evtl. vorhandenen Untergruppenunterschieden hinsichtlich Beruf und therapeutischer Orientierung aufgezeigt werden; eine kurze Beschreibung der jeweiligen Skalen wird zur Verdeutlichung vorangestellt. Danach folgt der Versuch einer zusammenfassenden Beschreibung des Persönlichkeitsprofils der befragten Hypnoseanwender; ferner werden noch einige spezielle Ergebnisse aufgeführt u.a. hinsichtlich Anwendung direkter und indirekter Techniken.

### ***1. Auffällige Persönlichkeitsaspekte von Hypnoseanwendern mit deutlichen Unterschieden im Vergleich zur Normstichprobe***

*PN: Eigenwilliger Stil und paranoide Persönlichkeitsstörung*

*Die Skala PN beschreibt die Neigung, eigene Absichten sehr deutlich zu erleben und sich gegen fremde Absichten abzugrenzen. Solche Menschen vertrauen nur zögerlich, bezweifeln die Loyalität anderer. Sie können kaum vergeben, sind nachtragend, fühlen sich ausgenutzt oder benachteiligt. Fremdes Verhalten wird absichtlich als bedrohlich, herablassend und abwertend interpretiert.*

Alle Teilnehmer der Studie zeichnen sich hier – bei großem Effekt – durch signifikant unterdurchschnittliche Werte aus, d.h. sie müssen sich nicht von ihren Patienten abgrenzen, vertrauen ihnen, fühlen sich durch sie nicht ausgenutzt, nicht abgewertet oder gar bedroht. Man könnte das als die Grundvoraussetzung ansehen, eine therapeutische Beziehung herzustellen und aufrecht zu erhalten.

Im Einzelnen könnte man sagen, dass dieser Stil bei den Ärzten und Psychotherapeuten im Unterschied zu den Zahnärzten stärker ausgeprägt ist, ebenso bei den Hypnotherapeuten mit verhaltenstherapeutischem und systemischem Hintergrund im Vergleich etwa zu denen mit tiefenpsychologischem Hintergrund. Wegen der nicht möglichen Signifikanzberechnungen bei den Therapeutengruppen ist diese letzte Aussage allerdings rein deskriptiv und deshalb sehr vorsichtig zu beurteilen; das gilt auch für alle folgenden Aussagen bezüglich der therapeutischen Orientierung.

*SZ: Zurückhaltender Stil und schizoide Persönlichkeitsstörung*

*Die Skala SZ beschreibt einen Persönlichkeitsstil, der sich durch Sachlichkeit, eingeschränktes emotionales Erleben und Gleichgültigkeit gegenüber sozialen Beziehungen auszeichnet. Diese Personen sind Einzelgänger, haben wenig enge Vertraute und sind unverletzlich gegenüber Kritik.*

Alle Hypnoseanwender zeigen signifikant unterdurchschnittliche Werte – mit mittlerer Effektstärke –, d.h. sie sind emotional zugewandt, kritikfähig und sozial kompetent, alles Basisfähigkeiten zur Herstellung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung. Die vier Hauptberufsgruppen unterscheiden sich hier nicht, ebenso wenig

### *Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

die Vertreter der unterschiedlichen therapeutischen Orientierungen.

#### *BL: Spontaner Stil und Borderline-Persönlichkeitsstörung*

*Die Skala BL beschreibt einen Persönlichkeitsstil, der sich durch intensive Emotionalität (Erleben von spontaner Begeisterung wie impulsiver Ablehnung) bei gleichzeitig schnellem Vergessen der Emotion auszeichnet. Pathologisch zeigt sich eine Instabilität im Selbstbild und sozialen Beziehungen bis hin zu Selbstverletzung.*

Die Teilnehmer insgesamt zeigen auf dieser Skala wiederum signifikant unterdurchschnittliche Werte im Vergleich zum Mittelwert der Normstichprobe, die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten liegen sogar am Grenzbereich bzw. unterschreiten diesen sogar; das trifft insbesondere wieder auf die systemischen und Verhaltenstherapeuten zu. Aber auch Zahnärzte und Ärzte sind noch deutlich unter dem Normmittelwert. Ähnlich wie sich oben auf der Skala PN schon keine paranoiden Tendenzen zeigen, so ergeben sich auch auf dieser Skala bei den Hypnoseanwendern unserer Studie keinerlei Borderline-Tendenzen; d.h. sie verfügen über konstante Selbstachtung, unterliegen keinen extremen Stimmungsschwankungen, haben eine gute Balance zwischen positiven und negativen Gefühlen und erleben in Beziehungen Sicherheit. Auch dieser Aspekt kann als notwendige Voraussetzung für eine gute therapeutische Beziehung gedeutet werden. Gleiches gilt für die folgende Skala.

#### *HI: Liebenswürdiger Stil und histrionische Persönlichkeitsstörung*

*Dieser Persönlichkeitsstil zeichnet sich durch warmherziges, sozial-orientiertes Verhalten und intuitiven, spontanen Ausdruck aus im Gegensatz zu Planung und Zielorientierung. Ein gesteigertes Verlangen nach Aufmerksamkeit könnte pathologische Werte annehmen.*

HI ist jene Skala, auf der unterschiedslos alle Hypnoseanwender unserer Studie, d.h. ohne bedeutsame Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und den Therapieschulen mit einem großen Effekt signifikant überdurchschnittlich abschneiden; das bedeutet, sie sind überdurchschnittlich warmherzig und liebenswürdig, Eigenschaften, die ebenfalls wichtig sind für Aufbau und Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung, aber auch zur Motivierung der Patienten. Diese Skala zeigt aber auch erhöhtes Verlangen nach Aufmerksamkeit und positive Emotionalität; die Teilnehmer sind von der eigenen Attraktivität also durchaus überzeugt, halten sich nicht passiv und bedeckt im Hintergrund. Es wäre interessant festzustellen, ob es auf dieser Skala generelle Unterschiede zu jenen Therapeuten gibt, die keine Hypnose anwenden.

#### *SU: Selbstkritischer Stil und selbstunsichere („vermeidende“) Persönlichkeitsstörung*

*Diese Skala SU beschreibt Personen, die sich selbst infrage stellen, zurückhaltend sind aus Angst, etwas Dummes zu sagen, sensibel für Kritik und leicht Verlegenheit zeigen.*

Ohne Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zeigen sich bei allen Teilnehmern hier signifikant unterdurchschnittliche Werte, am deutlichsten bei den systemischen und

Verhaltenstherapeuten, am wenigsten ausgeprägt bei den Tiefenpsychologen: Die Hypnoseanwender sind also nicht schüchtern, sie sind sich selbst wichtig, haben wenig Angst vor sozialen Anforderungen, sind selbstsicher, sagen ihre Meinung und nehmen aktiv am Leben teil. Man könnte das dahingehend interpretieren, dass die Hypnoseanwender von ihrem Persönlichkeitsstil her durchaus in der Lage sind, aktiv Einfluss auf ihre Patienten zu nehmen.

*AB: Loyalster Stil und abhängige Persönlichkeitsstörung*

*Personen auf dieser Skala AB zeichnen sich dadurch aus, dass sie eigene Wünsche zugunsten anderer zurückstellen. Übersteigert führt das zu Unterwürfigkeit, Unfähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen, und Angst davor, verlassen zu werden.*

Alle Teilnehmer zeigen auf dieser Skala signifikant unterdurchschnittliche Werte, wobei die psychologischen Psychotherapeuten am Grenzbereich liegen und sich wiederum signifikant von den Zahnärzten unterscheiden; in der Tendenz unterscheiden sich hier ganz allgemein die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten von den Ärzten und Zahnärzten, letztere liegen näher am Normmittelwert. Das heißt, psychologische und ärztliche Hypnotherapeuten stellen eigene Wünsche nicht zurück, zeigen ein selbstsicheres und selbsteffizientes Auftreten, können sich gegen andere und deren Bedürfnisse abgrenzen. Auch das zeigt wieder das Bild des aktiven Therapeuten, der auf den Patienten Einfluss nehmen will.

*NT: Kritischer Stil und passiv-aggressive bzw. negativistische Persönlichkeitsstörung*  
*Ruhiges Temperament, Gelassenheit und Skepsis gegenüber Anregungen von anderen zeichnen diesen Persönlichkeitsstil aus. In der Übersteigerung finden sich Widerstand gegenüber Leistungsanforderung, die ständige Annahme, ungerecht behandelt zu werden und Trödelei.*

Ohne Unterschied zwischen den Berufsgruppen zeigt sich hier wieder eine signifikant unterdurchschnittliche Ausprägung bei Hypnoseanwendern mit sehr großem Effekt wiederum an der unteren Grenze des Normbereiches, wobei die systemischen und Verhaltenstherapeuten diese Grenze sogar unterschreiten. Damit zeigt sich zunächst allgemein das Bild einer in sich ruhenden Persönlichkeit, die gegenüber fremden Äußerungen aufgeschlossen ist und fremde Anforderungen nicht abwertet, was dem Ideal des wertfreien Psychotherapeuten entspricht. Im Besonderen könnte hierin aber auch die spezifische Ressourcenorientierung sowie der sog. Utilisationsansatz moderner Hypnoseanwender zum Ausdruck kommen: Was immer der Patient an offenen und verdeckten, „unbewussten“ Ressourcen zeigt, kann zielorientiert genutzt werden.

*DP: Passiver (stiller) Stil und depressive Persönlichkeitsstörung*

*Passive Grundhaltung, vertieftes Erleben eigener und fremder Gefühle und eine kontemplative Grundeinstellung machen diesen Stil aus. Pathologisch sind eine ständige Niedergeschlagenheit, das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und Pessimismus.*

### *Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

Wiederum ohne Unterschied zwischen den Berufsgruppen sind alle Hypnoseanwender unserer Studie mit großem Effekt signifikant unterdurchschnittlich passiv bzw. depressiv, am wenigsten die systemischen Therapeuten. Sie zeichnet eine aktive Grundhaltung aus, positive Anreize werden als solche empfunden; Selbstwirksamkeit im Gegensatz zu Unzulänglichkeit und ein angemessener Selbstwert sowie Selbstsicherheit werden erlebt; positive Emotionen können empfunden werden, die Lebenseinstellung ist optimistisch. Damit bieten die Hypnoseanwender dem Patienten das gute Modell eines optimistischen, zielorientierten und selbstwirksamen Menschen.

#### *SL: Hilfsbereiter Stil und selbstlose Persönlichkeitsstörung*

*Der Stil der Skala SL zeichnet sich durch Hilfsbereitschaft, Empathie und soziales Engagement bis hin zu Aufopferung und Unterordnung eigener Bedürfnisse aus.*

Mit großem Effekt liegen die Werte dieser Skala SL in Bezug auf alle Hypnoseanwender signifikant unter denen der Normstichprobe, was auf den ersten Blick sehr überrascht, denn es würde in naiver Sicht ja besagen: Hypnotherapeuten sind nicht hilfsbereit! Akzentuiert wird dieses Ergebnis noch hinsichtlich der Berufsgruppen und der therapeutischen Orientierung: Außerhalb des Normbereiches liegen mit 39 die psychologischen Psychotherapeuten und unterscheiden sich damit signifikant von den Zahnärzten, die genau auf dem Normmittelwert von 50 liegen; und unter den Hypnotherapeuten sind es wieder die systemischen und Verhaltenstherapeuten, deren Werte unter 40 liegen. Anwender von Hypnose und Hypnotherapie leiden also offensichtlich nicht unter dem „Helfer-Syndrom“. Dieses überraschende Ergebnis bedarf besonderer Interpretation, die weiter unten folgt.

#### **2. Persönlichkeitsaspekte von Hypnoseanwendern mit geringen oder keinen Unterschieden im Vergleich zur Normstichprobe**

Auf den folgenden vier Skalen zeigen die Teilnehmer unserer Studie zwar signifikant abweichende Werte, die jedoch nicht so aussagekräftig sind wie die eben dargestellten, denn der Effekt ist meist nur klein oder mittel groß. Auf der AS-Skala zeigt sich überhaupt kein Unterschied zur Normstichprobe.

#### *ST: Ahnungsvoller Stil und schizotypische Persönlichkeitsstörung*

*Diese Skala ST besagt: Weder Logik noch Erfahrung begründen die Ahnungen, die diese Menschen über Ereignisse haben. Vieles erhält eine emotionale Bedeutung und wird intuitiv gelöst. In der Übersteigerung zeigen sich seltsame Glaubensinhalte, diese Menschen wirken dann seltsam und exzentrisch.*

Auch wenn alle Hypnoseanwender sich auf dieser Skala als signifikant überdurchschnittlich zeigen, ist der Effekt eher klein, d.h. sie sind in ihren Durchschnittswerten nicht wesentlich intuitiv-ahnungsvoller als der Bevölkerungsdurchschnitt. Interessanterweise zeigt sich bei den vier Hauptberufsgruppen ein signifikanter Unterschied: während die psychologischen Psychotherapeuten mit 49.4 und die ärztlichen Psychothe-

rapeuten mit 50.9 fast perfekt den Durchschnitt der Bevölkerung abbilden, sind die Zahnärzte mit 57.3 schon deutlich ahnungsvoller; d.h. der überdurchschnittliche Gesamtwert kommt allein durch die nicht psychotherapeutisch Arbeitenden zustande. In Bezug auf die Therapeutengruppe zeigen nur die Gesprächspsychotherapeuten mit 56.0 eine fast ähnlich hohe Ausprägung, beispielsweise im Vergleich zu den Verhaltenstherapeuten mit 50.2, aber das ist eine rein deskriptive Aussage (s.o.).

*NA: ehrgeiziger Stil und narzisstische Persönlichkeitsstörung*

*Die Skala NA beschreibt einen Persönlichkeitsstil, der sich durch Sinn für das Besondere auszeichnet beispielsweise in Kleidung, Umgangsformen oder Lebensweise. Ein Muster von erlebter Großartigkeit, Mangel an Einfühlungsvermögen und Selbstüberschätzung zieht sich durch diese Persönlichkeit, wenn die Ausprägung ins Pathologische geht.*

Auch auf der NA-Skala schneiden alle Hypnoseanwender ohne bedeutsame Unterschiede zwischen den Berufsgruppen signifikant überdurchschnittlich ab, allerdings geringer als auf der HI-Skala; das heißt, die Hypnotherapeuten unserer Studie haben durchaus Sinn für das Besondere, der sich zwar vom Normmittelwert deutlich abhebt, sich aber nicht in pathologischer Weise unterscheidet.

*ZW: Sorgfältiger Stil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung*

*Gründlichkeit, Genauigkeit bis hin zu Starrheit und Perfektionismus prägen diesen Stil. Diese Menschen beschäftigen sich mit Regeln, Details, Ordnung und Sauberkeit.*

Interessant auf dieser Skala ist, dass die Zahnärzte um den gleichen Wert von 5 Punkten über dem Normdurchschnitt von 50 liegen, um den die Psychotherapeuten und Ärzte darunter liegen. Der Gesamtmittelwert über alle Hypnoseanwender liegt dennoch immer noch signifikant unter dem Normdurchschnitt. Die Zahnärzte in unserer Studie sind also durchaus gründlich und genau in der Ausübung ihres Berufes, während die Psychotherapeuten erwartungsgemäß eine Tendenz zu weniger routinierten Verhaltensweisen zeigen.

*RH: optimistischer Stil und rhapsodische Persönlichkeitsstörung*

*Eine positive Lebenseinstellung kennzeichnet diesen Stil. Übersteigert führt dieser Stil zu Schwärmerei und Unfähigkeit, negative Seiten zu sehen und Konflikte zu lösen.*

Hier zeigt sich bei allen eine zwar signifikant überdurchschnittliche Ausprägung, allerdings mit geringem Effekt. Die Hypnoseanwender in unserer Untersuchung haben also eine eher optimistische Lebenssicht, was gut mit den unterdurchschnittlichen Werten auf der Depressionsskala korrespondiert.

*AS: Selbstbehauptender Stil und antisoziale Persönlichkeitsstörung*

*Diese Menschen setzen eigene Ziele durch, treten selbstsicher auf. Pathologisch wäre rücksichtsloses, verantwortungsloses, unsoziales Verhalten mit fehlenden Schuldgefühlen.*

### *Persönlichkeitsprofile von Hypnoseanwendern*

Die Werte auf dieser Skala AS liegen genau im Normmittelwert von 50, die Teilnehmer an unserer Studie unterscheiden sich hier also in keiner Weise vom Durchschnitt der Bevölkerung.

### **3. Versuch einer Gesamtwertung des Persönlichkeitsprofils deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie**

Moderne, auf Erickson aufbauende Anwendung von Hypnose und Hypnotherapie ist durch drei Prinzipien gekennzeichnet: Folgen (Pacing), Führen (Leading) und Ressourcenorientierung (vgl. Revenstorf & Peter, 2009). Die Daten zum Persönlichkeitsprofil der Hypnotherapeuten können in dieser Beziehung etwa wie folgt interpretiert werden:

Das Prinzip des „*Folgens*“ ist wichtig für Aufbau und Aufrechterhaltung des hypnotischen Rapports, bzw. allgemein der therapeutischen Beziehung. *Sensibilität und emotionale Ausgewogenheit* sind Voraussetzungen dafür. Die niedrigen Werte der *zurückhaltend-schizoiden (SZ)* und die hohen Werte der *liebenswertig-histrionischen (HI)* Skala ergänzen sich und zeichnen das Bild eines Therapeuten, der emotionale Nähe, Warmherzigkeit, emotionalen Ausdruck, Sensibilität für andere und das einfühlsame Verstehen der fremden Situation zulässt. Dies sind alles Qualitäten, die in den 1970er Jahren durch die humanistischen Therapieverfahren, insbesondere durch die Gesprächspsychotherapie nach Rogers (vgl. z.B. Tausch, 1968), populär geworden sind, heute aber als Voraussetzung für jede hilfreiche Beziehung gelten. Diese Ergebnisse zur Sensibilität werden ergänzt durch die niedrigen Werte der *eigenwillig-paranoiden (PN)* Skala, die eine unterdurchschnittliche Ausprägung v.a. für die psychotherapeutischen Berufsgruppen (die Zahnärzte bewegen sich hier im normalen Bereich) zeigt: Fremde Absichten werden nicht fehl interpretiert und eigene Absichten im Vergleich zu anderen nicht überbewertet; die Therapeuten zeigen sich sensibel sowohl für fremde als auch eigene Intentionen. Auch die ausgesprochen niedrigen Werte auf der *spontan-Borderline (BL)* und *kritisch-negativistischen (NT)* Skala vor allem bei den Psychotherapeuten ergeben das Bild des ruhigen, beständigen Therapeuten, der sich nicht durch Launen lenken lässt, aber aktiv handelt, wenn es notwendig ist. Das ist Voraussetzung sowohl für konstante Wertschätzung des Patienten als auch für eine evtl. notwendige Lenkung und Führung in der Hypnotherapie.

Das Prinzip des „*Führens*“ ist gerade für Anwender von hypnotischen Techniken ganz wesentlich. Die niedrigen Werte auf der *selbstkritisch-selbstunsicheren (SU)* und *abhängig-loyalen (AB)* Skala zeichnen das Bild eines aktiven, selbstsicheren Menschen, der gezielt Einfluss nehmen kann und will, wenn er es für richtig hält. Dieses Bild entspricht auch dem der Verhaltenstherapie und strategischen Therapie, die den Therapeuten als selbstbestimmten, aktiven Trainer (Revenstorf, 1988) oder strategischen Berater verstehen. Weil diese beiden therapeutischen Orientierungen die Hauptgruppen unserer psychotherapeutischen Hypnoseanwender stellen (vgl. vorausgehenden Teil 1 zum Arbeitsprofil), mag dieses Ergebnis nicht sehr überraschen. Dennoch sind es gerade auch die strategischen Aspekte der Ericksonschen Hypnotherapie sowie die sehr

gezielten Interventionen, die beispielsweise bei hypnotherapeutischer Altersregression (Peter, 2009a) und Schmerztherapie (Meiss, 2009; Peter, 2010) oder Traumabearbeitung (Peter, 2006) nötig sind, welche einen solchermaßen selbstbestimmten, aktiven Therapeuten erfordern, der ganz gezielt und überlegt sich therapeutische Schritte für seinen Patienten ausdenkt und deren Wirkung überwacht (vgl. Haley, 1978). Auch bei Strauss (1993) findet sich die Annahme, dass Hypnotherapeuten aktiver sein müssen als andere Psychotherapeuten, die keine Hypnose nutzen.

Anhand des Prinzips „*Ressourcenorientierung*“ lässt sich die „alte“ Suggestionshypnose wohl am deutlichsten von moderner Hypnoseanwendung unterscheiden. Die relevanten therapeutischen Inhalte werden dem Patienten nicht mehr in Form heilsamer Fremd-Suggestionen durch den Hypnotiseur „untergeschoben“ (suggerieren = lat. subgerere = unterschieben), sondern sie werden – von bestimmten Ausnahmen abgesehen, in denen eine klare pädagogische Führung des Patienten nötig ist – als im Patienten selbst beheimatet angesehen, allerdings in Form unter- oder unbewusster Erfahrungen, zu denen noch kein Kontakt und keine Kommunikation möglich ist. Über die Metapher des „Unbewussten“ (Peter, 2009c) können diese unbewussten Ressourcen aktiviert und verfügbar gemacht werden. Die auf den ersten Blick überraschend unterdurchschnittlichen Werte auf der *selbstlos-hilfsbereiten (SL)* Skala deuten wir genau in diese Richtung. Sie sind natürlich auch Ausdruck der allgemeinen professionellen Sozialisation, denn Psychotherapie ist grundsätzlich Hilfe zur Selbsthilfe und diese Einstellung wird heute in allen professionellen Psychotherapieausbildungen sowohl explizit als Lehrinhalt wie auch implizit durch Selbsterfahrung und Eigentherapie vermittelt. Dass dieser stark von der Norm abweichende Wert auf der SL-Skala gerade für Zahnärzte nicht zutrifft, spricht auch für diese Sozialisationsthese. Im Rahmen der Ericksonschen Hypnotherapie ist Ressourcenorientierung aber einer der wesentlichen Grundpfeiler; er fordert vom Therapeuten, sich dann jeglicher aktiver Eingriffe zu enthalten, wenn der Kontakt und die Kommunikation mit dem „Unbewussten“ hergestellt ist: unbewusste Ressourcen und Lerninhalte können per definitionem nur dann überzeugend und wirksam genutzt werden, wenn der Therapeut darauf vertraut, dass sie nach einer Tranceinduktion mit Hilfe hypnotischer Phänomene autonom evozierbar sind. Und gerade auch dann, wenn Hypnose keine explizite Rolle spielt, wenn also „nur“ oder hauptsächlich indirekte Techniken oder sog. Ericksonsche Prinzipien angewandt werden, spielt die Aktivierung des Patienten zur Eigeninitiative eine große Rolle, denn nicht nur in Seminaren werden die vielen Beispiele berichtet, wie Erickson von manchen seiner Patienten spezielle Ordeal-Aufgaben verlangte; viele Veröffentlichungen machen dies auch deutlich (z.B. Haley, 1978, 1984, 1989; Peter, 1991, 1992).

Die sehr niedrigen Werte auf der *still-depressiven (DP)* und die tendenziell überdurchschnittlichen Werte auf der *optimistisch-rhapsodischen (RH)* Skala sprechen allgemein für die optimistische Einstellung der Anwender von Hypnose und Hypnotherapie, die sowohl bei sich selbst als auch bei ihren Patienten von einer hohen Änderungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit ausgehen bzw. diese zu vermitteln verstehen.

#### **4. Spezielle Ergebnisse**

Eher unerwartet sind die normalen Werte auf der *ahnungsvoll-schizotypischen (ST)* Skala allgemein und besonders die unterdurchschnittlichen Werte für die Mitglieder der Psychotherapeutengruppe, die – im Vergleich zu den Zahnärzten – am wenigsten ahnungsvoll sind. Das ist insofern interessant, als man davon hätte ausgehen können, dass speziell diese Berufsgruppe schizotyper wäre. Instinkt (Mesmer, 1812), das hellseherische Sehen mit der Herzgrube (Kerner, 1824) (vgl. Peter, 2009b) oder andere „intuitive“ Fähigkeiten sind bei den Teilnehmern unserer Studie aber nicht besonders bzw. gar nicht ausgeprägt. Dennoch kann man aus den Ergebnissen in den anderen Skalen, wie z.B. der histrionischen und schizoiden, schließen, dass in der Therapie ganz und gar nicht bloß reine Vernunft vorherrscht. Allerdings zeigt sich in der Detailbetrachtung, dass Therapeuten, die generell *häufig mit Hypnose arbeiten*, doch etwas schizotypisch-ahnungsvoller (ST) sind. Solche Vielanwender von Hypnose sind auch optimistischer (RH) als Hypnotherapeuten, die wenig mit Hypnose arbeiten; sie sind also tendenziell eher positiv gestimmt.

Eine der Fragestellungen, die wir mit dieser Studie beantworten wollten, war: Unterscheiden sich die Anwender direkter, formaler Hypnosetechniken von denen, die bevorzugt oder ausschließlich indirekte Techniken einsetzen? Diese Frage kann mit den Daten der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden, weil sich, wie im ersten Teil über das Arbeitsprofil schon berichtet, zeigte, dass zwischen diesen beiden Gruppen ein positiver Zusammenhang besteht von der Art: alle Anwender direkter Techniken wenden auch indirekte Techniken an (was im umgekehrten Fall jedoch nicht gilt). So ist es nicht erstaunlich, dass sich kaum Unterschiede in Persönlichkeitsstilen bezüglich der Anwendung indirekter und direkter Techniken zeigen: Je lebenswürdiger (HI), optimistischer (RH) und selbstsicherer (SU), je weniger abhängig (AB) und negativistisch (NT) die Hypnoseanwender sind, desto tendenziell häufiger verwenden sie *indirekte Techniken*. Ein ähnliches Profil ergibt sich aber auch für jene, welche *direkte Techniken gut beherrschen*: auch sie sind tendenziell lebenswürdiger (HI), optimistischer (RH), selbstsicherer (SU) und selbstbehauptender (AS) sowie weniger depressiv (DP). Die Anwender direkter und indirekter Techniken unterscheiden sich hinsichtlich ihres Persönlichkeitsstils also nicht.

Vernachlässigt man diese ähnlichen Skalenwerte der Anwender direkter und indirekter Techniken und betrachtet nur die Werte der „Experten“ in *direkten, formalen Techniken*, so zeigt sich, dass sie tendenziell ahnungsvoller (ST) und ehrgeiziger (NA) sind. Das könnte man überspitzt in Richtung des Klischees vom schizotyp-narzisstischen Hypnotiseur interpretieren, den Lindner (1960) beschrieben hat, nämlich dass jene Personen sich eher zu den direkten Techniken hingezogen fühlen, die von ihrem machtvollen Einfluss auf andere überzeugt sind. Diese Tendenzen sind aber sehr schwach und sollten daher nicht überinterpretiert werden.

### 5. Limitationen

Diese Studie weist erhebliche Einschränkungen auf. Im Teil 1 zum Arbeitsprofil wurde schon darauf hingewiesen, dass der Rücklauf von nicht ganz 12% zwar für solche Befragungen im üblichen Bereich liegt; er ist dennoch nicht sehr hoch und über die Selbstselektionskriterien kann man nur spekulieren: vermutlich haben nur jene geantwortet, die an Hypnose und Hypnotherapie aus welchen Gründen auch immer persönlich interessiert sind. Problematisch ist, dass vor allem Viel-Anwender den Fragebogen beantwortet haben und die nur kurz ausgebildeten Wenig-Anwender (die „Amateure“, s.o. Pkt. 5.5) mit einem n von 10 zu sehr unterrepräsentiert sind, um aussagekräftige Vergleiche vorzunehmen. Auch für Experten und Amateure in den formalen Techniken trifft dieses Problem zu; die eine Gruppe ist fast doppelt so groß wie die andere.

Für Auswertung und Interpretation ist auch zu beachten, dass der Einstichproben-T-Test, mit dem Unterschiede zwischen dem im Manual angegebenen Mittelwert und den Mittelwerten in der Stichprobe berechnet wurden, Signifikanzen für Differenzen ausgibt, die nicht immer bedeutsam sind; alle berichteten Unterschiede im Vergleich mit der Normstichprobe sind also auch dann, wenn sie signifikant sind, mit großer Vorsicht zu betrachten. Das gilt insbesondere für die oben berichteten „geringen Unterschiede“, die nur kleine Effekte zeigen.

Im Ergebnisteil ist auch auffallend, dass alle Korrelationen eher klein ausfallen. Es ist eine häufig schiefe Verteilung der Variablen zu beobachten, wie beispielsweise der Anwendungshäufigkeit für direkte und indirekte Techniken, welche die Höhe des Korrelationskoeffizienten beeinflusst. Auch wenn wir das Signifikanzniveau speziell für diese Korrelationsberechnungen auf .01 hoch gesetzt haben, dürfen die Koeffizienten nicht überinterpretiert werden, da der Anteil der tatsächlich aufgeklärten Varianz eher gering ist (Weitkunat, 2003). Überflüssig zu sagen, dass sich Korrelationskoeffizienten nicht kausal interpretieren lassen.

Eine ganz wesentliche Einschränkung dieser Studie besteht darin, dass kein Vergleich mit Vertretern anderer Therapieorientierungen und v. a. nicht mit solchen Vertretern von Heilberufen vorliegt, welche keine Hypnose anwenden. Dieser Umstand wiegt umso schwerer, als die von den beteiligten Hypnosegesellschaften angebotenen Ausbildungen in Hypnose keine Grundausbildungen im strengen Sinne sind, sondern als Fort- oder bestenfalls Weiterbildungen zu verstehen sind. Die Hypnoseanwender in dieser Studie setzen sich also zusammen aus Vertretern unterschiedlichster Heilberufe und therapeutischer Orientierungen (Näheres kann dem vorausgehenden Beitrag über das Arbeitsprofil entnommen werden) und sind mit deren Persönlichkeitsstilen grundsätzlich konfundiert. Weitere Forschungen in dieser Richtung sind also zu empfehlen.

Und schließlich muss grundsätzlich bedacht werden, dass in dieser Studie Aussagen erhoben wurden, welche die Teilnehmer über sich selbst gemacht haben. Zu einem gewissen, nicht abschätzbaren Teil spielen dabei die Idealvorstellungen der Teilnehmer von sich selbst eine Rolle. Das betrifft jedoch alle Persönlichkeitsfragebögen, die auf Selbstaussagen beruhen.

## Literatur

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*(2), 171-185.
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(2), 1-33.
- Augustin, S. (2009). *Unterschiede von Eigenschaften und Haltungen bei Psychotherapeuten. Ein Vergleich von drei Therapierichtungen*. Technische Universität, München.
- Behrens, A. (2005). *Unterschiede von Eigenschaften und Haltungen bei Psychotherapeuten. Ein Vergleich von zwei Münchener Ausbildungsinstituten*. Technische Universität, München.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeld, S. (1994). Therapist variables. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed., pp. 259-269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Nobel, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: Wiley.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (1988/1999). *Hypnose: Wie sie wirkt und wem sie hilft*. Reinbeck: Rowohlt.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bose, C. A. (2010). *Persönlichkeitsstile bei Anwendern von Hypnose. Eine Studie zur Therapeutenvariable*. Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Bose, C., Peter, B., Piesbergen, C., Staudacher, M. & Hagl, M. (2012). Arbeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH, 7*(1+2, in diesem Heft), 7-30.
- Diehl, J. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS Version 10 + 11*. Eschborn: Dietmar Klotz.
- Haley, J. (1978). *Die Psychotherapie Milton H. Ericksons*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1984). *Ordeal Therapie*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1989). *Ordeal Therapie: Ungewöhnliche Wege der Verhaltensänderung*. Hamburg: Isko-Press.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T. & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*(4), 205-216.
- Horvath, A. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Kerner, J. (1824). *Geschichte zweyer Somnambülen nebst einigen anderen Denkwürdigkeiten aus dem Gebiete der magischen Heilkunde und der Psychologie*. Karlsruhe: Gottlieb Braun.
- Kersting, M. (2006). Zur Beurteilung der Qualität von Tests: Resümee und Neubeginn. *Psychologische Rundschau, 57*(4), 243-253.
- Kriz, J. (2004). Methodische Aspekte von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft, 6*, 6-31.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (2009). *Persönlichkeits-Stil- und -Störungs-Inventar (PSSI). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Lindner, H. (1960). The shared neurosis: Hypnotist and subject. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 8*(1), 61-70.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Meiss, O. (2009). Psychosomatische Störungen. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 547-557). Heidelberg: Springer.
- Mesmer, F. A. (1812). *Allgemeine Erläuterungen über den Magnetismus und den Somnambulismus. Als vorläufige Einleitung in das Natursystem*. Halle und Berlin: Hallisches Waisenhaus.

- Mestel, R. (2009). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In H. Haltenhof, G. Schmitt-Ott & U. Schneider (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen im therapeutischen Alltag*. (S.74-102). Lengerich: Pabst Science.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American Psychological Association.
- Peter, B. (1991). Hypnose und Verhaltenstherapie: Was Hypnotherapeuten von der Verhaltenstherapie lernen können. In B. Peter, C. Kraiker & D. Revenstorf (Eds.), *Hypnose und Verhaltenstherapie* (pp. 143-187). Bern: Huber.
- Peter, B. (1992). Hypnose und Verhaltenstherapie am Beispiel einer Falldarstellung von Milton H. Erickson. In B. Peter & G. Schmidt (Eds.), *Erickson in Europa* (pp. 186-192). Heidelberg: Carl Auer.
- Peter, B. (2006). Hypnotherapie bei der Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Maercker & R. Rosner (Eds.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (pp. 141-155). Stuttgart: Thieme.
- Peter, B. (2009a). Altersregression. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 287-299). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009b). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 821-856). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2009c). Therapeutisches Tertium und hypnotische Rituale. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 69-77). Heidelberg: Springer.
- Peter, B. (2010). Konstruktion von Symptomgestalt und Symptomträger. Zwei hypnotherapeutische Strategien bei chronischen Schmerzpatienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 163-178.
- Revenstorf, D. (1988). *Psychotherapeutische Verfahren. Band 2: Verhaltenstherapie* (2. Auflage ed.). Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer Verlag.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Eds.). (2009). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis* (2 ed.). Heidelberg: Springer.
- Strauss, B. S. (1993). Operator variables in hypnotherapy. In J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 55-72). Washington DC: American Psychological Association.
- Tausch, R. (1968). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Topolinski, S. & Hertel, G. (2007). The role of personality in psychotherapists' careers: Relationships between personality traits, therapeutic schools, and job satisfaction. *Psychotherapy Research*, 17(3), 365-376.
- Tschugguel, W. & Tschugguel, S. (2010). Die Problematik des Wirksamkeits- und Effektivitätsnachweises der Hypnotherapie in Studien - Eine Anregung. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 253-270.
- Weitkunat, R. (2003). Korrelation, Kausalität und Persönlichkeit: Fakten und Trugschlüsse der Ätiologieforschung. *Psychologische Rundschau*, 54(3), 191-193.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 165-172.

## **Adressen deutschsprachiger Hypnosegesellschaften**

*Deutsche Gesellschaft für Ärztliche Hypnose und Autogenes Training (DGÄHAT)*  
Sekretariat: Postfach 1365, 41436 Neuss, Tel.: +49/2131/463370, Fax: 02131/463371,  
www.dgaehat.de, gegründet 1955 in Lindau am Bodensee von J. H. Schultz

*Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie (DGH)*  
Druffelsweg 3, D-48653 Coesfeld, Tel: +49/2541/70007, Fax: +49/2541/880670,  
www.hypnose-dgh.de, gegründet 1982, Gründungspräsident: Thomas Svoboda

*Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)*  
Esslinger Str. 40, D-70182 Stuttgart, Tel: +49/711/2360618, Fax: +49/711/244032,  
mail@dgzh.de, www.dgzh.de, gegründet 1994, Gründungspräsident: Albrecht Schmierer

*Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.)*  
Waisenhausstr. 55, 80637 München, Tel: +49/89/34029720, Fax: +49/89/34029719,  
www.MEG-Hypnose.de, gegründet 1978, Gründungsvorsitzender: Burkhard Peter

*Schweizer Gesellschaft für medizinische Hypnose (SMSH)*  
Dorfhaldenstr. 5, CH-6052 Hergiswil, Tel: +41/41/2811745, Fax: +41/41/2803036,  
www.smsh.ch, gegründet 1981, Gründungspräsident: Konrad Wolff

*Gesellschaft für klinische Hypnose Schweiz (ghyps)*  
c/o Frau Daniela Bossard, Bellevuestr. 9, CH-3052 Zollikofen, Tel: +41/31/9114710  
www.hypnos.ch, gegründet 1985, Gründungspräsidentin: Susy Signer-Fischer

*Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie  
und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)*  
Kaiserstr. 14/13, A-1070 Wien, Tel: +43/1/5233839 Fax: +43/1/5233839-10,  
www.oegatap.at, gegründet 1969, Gründungspräsident: Heinrich Wallnöfer

*Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche Hypnose (ÖGWH)*  
c/o Prof. Dr. H. Walter, Univ. Klinik f. Psychiatrie, Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien

*Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose und Kurzzeittherapie, Austria (MEGA)*  
Löwengasse 3/Top 2, A-1030 Wien, +43 (0)660 4895798, office@hypno-mega.at  
gegründet 1989, Gründungspräsident: Wolfgang Ladenbauer