

Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahr 2013

Maria Hagl

Hintergrund

Anlass dieses Artikels ist ein Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose zur systematischen Erfassung und qualitativen Übersicht der jeweils neu publizierten randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trials* – RCTs) eines Jahres. Die bisherige Sichtung der RCTs ab 2010 (Hagl, 2013) ergab ein deutliches Überwiegen der Forschung im medizinischen Bereich, also zur hypnotherapeutischen Behandlung von somatischen Beschwerden oder zu Hypnose als unterstützende Maßnahme bei medizinischen Eingriffen: Von den insgesamt 20 randomisierten oder quasi-randomisierten kontrollierten Studien, die von 2010 bis 2012 veröffentlicht wurden, befassten sich 15 mit medizinischen Indikationen (vier davon zahnmedizinisch). Gerade bei medizinischen Eingriffen hat sich Hypnose als wirksame zusätzliche Maßnahme zur Reduktion von emotionaler Belastung und Schmerzen erwiesen, wie auch Meta-Analysen belegen (Schnur, Kafer, Marcus & Montgomery, 2008; Tefikow, Barth, Maichrowitz, Beelmann, Strauss & Rosendahl, 2013) und die Datenbasis ist einigermaßen breit: Tefikow et al. analysierten insgesamt 34 Studien aus den Jahren 1974 bis 2011. Als weiterer Schwerpunkt der jüngeren Interventionsforschung zeichneten sich chronische Schmerz- und funktionelle Störungen im weiteren Sinne ab, z. B. Studien zur Behandlung des Reizdarmsyndroms oder der Fibromyalgie. Hier sind die Ergebnisse gemischt und Meta-Analysen sind in der Bewertung der Wirksamkeit bisher noch zurückhaltend (Bernardy, Füber, Klose & Häuser, 2011; Webb, Kukuruzovic, Catto-Smith & Sawyer, 2007). Nur vier RCTs, die in der Recherche für die Jahre 2010 bis 2012 gefunden wurden, befassten sich mit genuin psychischen Beschwerdebildern. Tatsächlich fand eine zusätzliche Recherche nur insgesamt

Maria Hagl, München

Studien zur Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie im Jahr 2013

Im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose erfolgte eine systematische Literatursuche zu im Jahr 2013 publizierten randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials; RCTs), die sich mit der Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie befassen. Es werden 15 RCTs vorgestellt, von denen sich alle außer drei auf medizinische Indikationen bezogen. Dabei handelte es sich in fünf Fällen um gynäkologische Indikationen und weitere fünf befassten sich mit Magen-Darm-Beschwerden. Hinsichtlich der Interventionsdosis handelte es sich meist um kurze Trainings zur Selbsthypnose, unterstützt durch Audio-CDs zum Üben zu Hause. Auch in den nicht-gynäkologischen Studien war der Frauenanteil insgesamt höher. Die Qualität der Darstellung war in den meisten Studien ausreichend, um die Methodik und damit die Relevanz der Ergebnisse beurteilen zu können. In zukünftigen Studien sollten potentielle Moderatorvariablen stärker berücksichtigt werden, ebenso sollte der Wirkanteil des Übens zu Hause erfasst werden.

Schlüsselwörter: Hypnose, Hypnotherapie, Wirksamkeit, Psychotherapieforschung, randomisierte kontrollierte Studien, RCT.

Efficacy research in the field of clinical hypnosis in the year 2013

A systematic literature search for the year 2013 yielded 15 randomized or quasi-randomized trials where clinical hypnosis was evaluated either as a stand-alone method or as an adjunct. Most trials dealt with somatic complaints or indications; only three trials evaluated treatment for psychological complaints. Five trials were from the field of gynaecology, and five trials dealt with the treatment of gastrointestinal disorders. Most trials evaluated short self-hypnosis trainings with additional audio recordings for practising at home. Even aside from gynaecological studies participants were predominately female. Reporting quality was adequate in most trials, so that methods and the relevance of results could be evaluated. Future studies should consider possible moderator variables more often, as well as the role of practicing at home for treatment efficacy. Research was funded by the Milton Erickson Society of Clinical Hypnosis, Germany.

Keywords: Hypnosis, hypnotherapy, efficacy, effectiveness, psychotherapy research, randomized controlled trials, RCT.

Dr. Maria Hagl, Dipl.Psych.
Augsburgerstr. 12
80337 München
maria.hagl@gmx.net

erhalten: 30.5.2014

akzeptiert: 6.6.2014

15 RCTs zur hypnotherapeutischen Behandlung von nach DSM-IV klassifizierten psychischen Störungen in deutschen oder englischsprachigen Zeitschriften, die seit dem Erscheinen der umfassenden Meta-Analyse von Flammer und Bongartz (2003) veröffentlicht worden waren. Flammer und Bongartz wiederum hatten bei den von ihnen bis zum Publikationsjahr 2002 untersuchten 57 RCTs überhaupt nur 14 zu psychischen Beschwerdebildern gefunden und dies praktisch nur zu Prüfungsängsten und Raucherentwöhnung. Hier herrscht also noch erheblicher Forschungsbedarf. Ähnlich verhält es sich grundsätzlich mit Hypnose bei Kindern. Zwischen 2010 und 2012 wurde nur ein einziger RCT veröffentlicht und auch für die Jahre davor gibt es kaum Studien (siehe Gold, Kant, Belmont & Butler, 2007; Huynh, Vandvik & Diseth, 2008). Nur wiederum zu schmerzhaften medizinischen Eingriffen (Schnur et al., 2008) und hier speziell zu schmerzhaften Punktionen (Uman, Birnie, Noel et al., 2013) können Meta-Analysen auf Basis von ausreichend Studien die Wirksamkeit belegen.

Im Folgenden werden die im Laufe des Jahres 2013 erschienenen RCTs zusammenfassend und im Überblick (siehe Tabelle am Schluss) dargestellt. Nach einem Ausblick auf die derzeit laufende Forschung erfolgt ein Fazit zu den neu in 2013 gewonnenen Erkenntnissen hinsichtlich der Wirksamkeit von klinischer Hypnose und Hypnotherapie.

Methoden

Eine gezielte Suche nach randomisierten und/oder kontrollierten Studien fand in der ersten Maiwoche dieses Jahres statt. Dazu wurde in den Datenbanken PsycINFO, Medline und Academic Search Complete kombiniert über den Provider EBSCO mit dem Term „(hypnosis OR hypnotherap*) AND (random* OR control*)“ und eingeschränkt auf das Jahr 2013 gesucht (193 Treffer). In der Datenbank Embase wurde über den Provider OvidSP mit dem gleichen Term gesucht und anschließend noch mit „limit to human“ eingegrenzt (169 Treffer). Sämtliche Treffer wurden in eine Endnote-Datei geladen und nach Aussortieren der Doppelmeldungen blieben 232 Treffer übrig. Zusätzlich wurde die deutschsprachige Datenbank PSYINDEXplus über EBSCO pauschal mit „hypnose OR hypnotherap*“ durchsucht (32 Treffer) und drei so identifizierte relevante Treffer wurden in die gemeinsame Endnote-Datei überführt. Anhand der Abstracts der knapp 250 Treffer wurde über eine Beschaffung der Artikel entschieden. Im Falle von Dissertationen, Konferenzberichten und bereits bekannten Autorengruppen wurde jeweils mit gezielter Autorensuche weiter nach zugänglichen Veröffentlichungen gesucht. Ergänzend wurden die Datenbanken der *Cochrane Collaboration* zur evidenzbasierten Medizin (www.thecochranelibrary.com) mit dem Term “hypnosis or hypnotherapy” (im Feld “Title, Abstract or Keyword”) durchsucht (40 Treffer). Sämtliche in der *Cochrane Library* enthaltenen echten Treffer waren bereits über die oben genannten Literaturdatenbanken identifiziert worden. Und schließlich wurde das Metaregister der Datenbank *Current Clinical Trials* (www.controlled-trials.com) mit dem Term „hypnosis OR hypnotherapy“ durchsucht (81 Treffer).

Alle Artikel zu kontrollierten Studien wurden beschafft und gelesen.

Ergebnisse

Randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien im Jahr 2013

Insgesamt gab es 23 echte Treffer zu kontrollierten Studien mit Hypnose als Intervention, die eine randomisierte Zuteilung zu den Behandlungsarmen vornahmen (bzw. in einem Fall war die Zuteilung quasi-randomisiert). Zwei davon waren Folgepublikationen zu in den Vorjahren publizierten RCTs: Baad-Hansen, Abrahamson, Zachariae, List und Svensson (2013) berichten zu möglichen Wirkmechanismen aus ihrem im Jahr 2008 veröffentlichten RCT zur Behandlung von Schmerzen im Kaugelenk (Craniomandibulärer Dysfunktion; Abrahamson, Baad-Hansen & Svensson, 2008); Reinhard, Sänger, Hanker et al. (2013) berichten zur Sicherheit der Methode der sogenannten äußeren Wendung bei Beckenendlage des Babys aus ihrem im letzten Jahr veröffentlichten RCT (Reinhard, Peiffer, Sänger et al., 2012), allerdings ohne neue Informationen zu den Effekten der Hypnose als begleitender Maßnahme. Erwähnt sei außerdem noch die (unkontrollierte) zusätzliche Auswertung von Lindfors, Ljótsson, Björnsson, Abrahamsson und Simrén (2013), in der sie Behandlungs- und die anschließend behandelte Wartelistenkontrollgruppe aus dem RCT zur hypnotherapeutischen Behandlung des Reizdarmsyndroms (Lindfors, Unge, Arvidsson et al., 2012; Studie 1) zusammen befragten. Rund 70% der Behandelten gaben auf einer fünfstufigen Zufriedenheitsskala eine 4 oder 5 als Bewertung der Therapie an. Die Bewertung korrelierte insgesamt mit weniger Symptomen und erhöhter Lebensqualität zu Behandlungsende. Wurden die Non-Responder als Gruppe betrachtet, war immer noch ein Drittel mit der Hypnotherapie sehr zufrieden (gegenüber der Hälfte bei den Respondern).

Vier weitere Treffer bezogen sich auf eindeutig nicht-klinische, eher experimentelle RCTs, bei denen gesunde Stichproben untersucht wurden. Und schließlich wurden zwei RCTs mit zwar wahrscheinlich eher nicht-klinischen (studentischen) Stichproben durchgeführt (Cardaña, Svensson & Hejdström, 2013; Dundas, Hagtvét, Wormnes & Hauge, 2013), die sich aber mit psychischen Problemen (Stress und Prüfungsangst) befassen und deshalb im Folgenden zusammen mit 13 weiteren klinischen RCTs dargestellt werden. Zwei dieser Studien kombinierten dabei Hypnose mit anderen Verfahren, so dass deren eigener Wirkanteil nicht im Einzelnen erfasst wurde (Catoire, Delaunay, Dannappel et al., 2013; Gulewitsch, Müller, Hautzinger & Schlarb, 2013), auch sie werden aufgrund ihres klinischen Bezugs trotzdem berichtet; die Studie von Gulewitsch et al. ist außerdem die einzige mit Kindern. Damit sind insgesamt 15 RCTs in der Tabelle am Ende dieses Artikels aufgelistet. Dort finden sich auf einen Blick die wichtigsten Eckdaten für jede Studie: Stichprobengröße und Indikation, Interventionsdosis in den jeweiligen Behandlungsarmen, abhängige Variablen und die wichtigsten Ergebnisse im Überblick.

Nur drei der RCTs befassen sich mit *psychischen Beschwerden*, dabei wurde bei keinem eine Diagnose nach ICD-10 oder DSM-V erhoben. In der Studie von Dickson-Spillmann, Haug und Schaub (2013) mit über 200 aufhörwilligen *Rauchern* kann aber wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass bei den meisten zumindest eine leichte Nikotinabhängigkeit vorlag, die mit einem in diesem Feld üblichen, kurzen Screening erhoben wurde. Evaluiert wurde eine einmalige Gruppenintervention von ca. 40-minütiger Dauer: Dazu wurden in dem einen Behandlungsarm Suggestionen im Kontext einer hypnotischen Trance gegeben, in dem anderen im Rahmen einer Entspannungsinstruktion, beides jeweils eingebettet in einen ebenso langen psychoedukativen Teil zu Anfang und ein abschließendes Debriefing, in dem über die Natur der experimentellen Intervention aufgeklärt wurde. Die Teilnehmer bekamen außerdem eine CD zum Üben für zu Hause mit. Primäre Ergebnisvariable war 30-tägige Rauchfreiheit nach sechs Monaten, und die beiden Bedingungen unterschieden sich darin nicht (15% Abstinenz bei Hypnose vs. 18% bei Entspannung). Theoretisch könnte der Behandlungserfolg allerdings allein schon auf den psychoedukativen Teil zurückgeführt werden. Die schon erwähnte Studie von Cardeña et al. (2013) zur *Stressreduktion* ist insofern nicht klinisch, als überwiegend Studierende teilnahmen und Personen ausgeschlossen wurden, die sich in Psychotherapie befanden oder in den letzten drei Jahren in stationärer psychiatrischer Behandlung (was nicht bedeuten muss, dass die Studienteilnehmer keine klinisch relevanten Beschwerden hatten). Außerdem gab es keinen direkten Therapeutenkontakt: Tägliches Üben mit einem kurzen Audio erbrachte signifikante Verbesserung hinsichtlich Stresserleben und in der allgemeinen psychischen Gesundheit im Vergleich zur Wartelistenkontrolle nach zwei Wochen. Leider wurde nicht untersucht, ob dieser Erfolg über die Postmessung hinaus anhielt und auch angesichts einer relativ hohen Abbrecherquote ist die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt. Dundas et al. (2013) untersuchten eine Gruppenintervention bei Studierenden, die sich im Laufe von insgesamt sieben Semestern wegen *Prüfungsangst* in einer Studierendenberatungsstelle gemeldet hatten. Ob das Ausmaß der Ängste einer klinisch relevanten phobischen Störung entsprach, wurde für die Studie nicht geprüft. Die Intervention bestand in einer dreistündigen kognitiv-behavioralen Gruppensitzung, mit anschließender Randomisierung in zwei Behandlungsarme: entweder weitere zwei Sitzungen Kognitive Verhaltenstherapie beim gleichen Therapeuten oder Anleitung zur Selbsthypnose in zwei Sitzungen bei einem Hypnotherapeuten. Hier war also nicht nur, wie in so vielen Studien, der Effekt der experimentellen Intervention mit der Person und Kompetenz eines einzigen Behandlers konfundiert, sondern es kam zusätzlich nur in dieser Gruppe zum Therapeutenwechsel, der sich möglicherweise ungünstig auf die Motivation der Teilnehmer ausgewirkt hat. Tatsächlich brachte das Hypnosetraining keinen zusätzlichen Effekt, sondern im Gegenteil, die rein kognitiv-behaviorale Behandlungsgruppe hatte signifikant bessere Werte bei Testangst, Zustandsangst und Selbstwert, gemessen drei Tage vor einer wichtigen Klausur.

Die zwölf weiteren gefundenen RCTs befassen sich mit *medizinischen Indikationen*, davon allein fünf mit chronischen Magen-Darm-Beschwerden. In der bereits erwähnten Studie von Gulewitsch et al. (2013) wurden *Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen bzw. Reizdarmsyndrom* behandelt, aber hier wurde neben zwei Sitzungen kognitiv-behavioraler Hypnotherapie mit den Kindern zusätzlich auf Eltern-ebene in ebenfalls zwei Sitzungen rein kognitiv-behavioral interveniert (z. B. Psychoedukation zum Erziehungsverhalten). Die guten Ergebnisse im Vergleich zu einer Warteliste erlauben deshalb keine Aussagen über den Wirkanteil speziell des hypnotherapeutischen Parts. Die Ergebnisse zweier weiteren Studien mit ausschließlich *Frauen mit Reizdarmsyndrom* lassen sich ebenfalls nur mit Einschränkung interpretieren, wenn auch aus anderen Gründen. Bei Dobbin, Dobbin, Ross, Graham und Ford (2013) ist die Beschreibung der Studie nicht in allen Teilen genau genug (es fehlen z. B. die Mittelwerte und Standardabweichungen zur Baseline). Hier ergaben sich kaum Unterschiede zwischen den beiden verglichenen Interventionen (drei Sitzungen Hypnotherapie vs. Biofeedback), tatsächlich fanden die Autoren eine leichte Überlegenheit des Biofeedbacks. Ob die Verbesserungen in beiden Gruppen klinisch relevant waren, lässt sich anhand der Angaben nur schwer beurteilen. In der Studie von Lowén, Mayer, Sjöberg et al. (2013) lag der Fokus auf einem experimentellen Vergleich der Therapie-Responder mittels funktioneller Bildgebung. Den Autoren ging es um die Frage, ob eine Symptomverbesserung durch Hypnose möglicherweise auf anderen Wirkmechanismen im Gehirn beruht als nach rein kognitiver Intervention und tatsächlich fanden sie leichte Unterschiede zwischen den Gruppen und außerdem, dass sich in beiden Gruppen bei den Respondern die Verarbeitung viszeraler Reize im Gehirn an die gesunder Kontrollpersonen angeglichen hatte. Die Zuteilung zu den beiden Untersuchungsgruppen erfolgte nur quasi-randomisiert, nach Verfügbarkeit der Hypnotherapie; die Ergebnisse zum kontrollierten Vergleich lassen sich deshalb nur mit Einschränkung interpretieren, aber immerhin unterschieden sich die beiden Gruppen nicht signifikant hinsichtlich der Ausgangswerte des primären Ergebnismaßes. Sieben Sitzungen Hypnotherapie zeigten nicht mehr Wirksamkeit als sieben rein edukative Sitzungen mit Informationen durch wechselnde Spezialisten, und beide Gruppen verbesserten sich signifikant. Im RCT von Moser, Trägner, Gajowniczek et al. (2013) ergaben sich dagegen sehr deutliche Unterschiede zwischen zehn hypnotherapeutischen Gruppensitzungen im Vergleich zu unterstützenden Einzelgesprächen mit einer Ärztin in gleicher Dosis und Frequenz, und zwar noch im Zwölf-Monats-Follow-up. Als wichtigste Limitation ist allerdings anzuführen, dass die Aufmerksamkeitskontrollbedingung den möglichen Effekt der sozialen Unterstützung in einer Gruppe mit Leidensgenossen nicht kontrollieren konnte. Schließlich sind noch Keefer, Taft, Kiebles, Martinovich, Barret und Palsson (2013) zu nennen, mit der Hauptveröffentlichung des schon im Jahr davor in Teilergebnissen berichteten RCTs zur Behandlung von in Remission befindlicher *Colitis Ulcerosa* (Keefer, Kiebles, Kwiatek et al., 2012). Verglichen wurden sieben Sitzungen Hypnotherapie mit einer zeitlich äquivalenten Kon-

trollbedingung, in der allgemein über die „Verbindung zwischen Körper und Geist“ bei Colitis ulcerosa gesprochen wurde. Primäres Ergebnismaß war hier das Ausbleiben eines akuten Krankheitsschubes im folgenden Jahr, was bei signifikant mehr Patienten in der Hypnose-Bedingung (68%) als in der Kontrollbedingung (40%) der Fall war. In der Beurteilung der Symptomatik per Fragebögen ergaben sich jedoch keine Unterschiede nach einem Jahr.

Gleich fünf RCTs befassen sich mit *gynäkologischen Indikationen*. Zwei davon sind groß angelegte Studien zur (Selbst-)Hypnose in der *Geburtsvorbereitung*, mit sehr ähnlichem Designs: Bei Cyna, Crowther, Robinson, Andrew, Antoniou und Baghurst (2013) wurde ein Hypnose-Training in drei Sitzungen durch einen in Hypnose qualifizierten Arzt mit einem Training, das nur per CD durch eine nicht hypnotherapeutisch ausgebildete Pflegekraft geleitet wurde, verglichen. Bei Werner, Ulbjerg, Zachariae, Rosen und Nohr (2013) führten in Hypnose geschulte Hebammen entweder einen Hypnosekurs oder einen Kurs mit Entspannungs- und Achtsamkeitstraining durch. In beiden Studien gab es eine dritte Gruppe mit „usual care“, also dem normalen Betreuungsstandard der Entbindungsstationen. Die Trainings konnten im Vergleich zur Standardbehandlung weder die Zahl der in Anspruch genommenen Epiduralanästhesien signifikant senken, noch andere Variablen zum Geburtsverlauf positiv beeinflussen. Lediglich retrospektiv sechs Wochen nach der Geburt bewerteten die Frauen in der Hypnosegruppe die Geburtserfahrung besser (Werner, Ulbjerg, Zachariae, Wu & Nohr, 2013); in der Studie von Cyna et al. war dies jedoch nicht der Fall. In beiden Studien kam es zu mehr Komplikationen in den Hypnosebedingungen, aber in unterschiedlicher Hinsicht und beide Autorengruppen gehen davon aus, dass es sich um Zufallsergebnisse handelt: Bei Cyna et al. musste die Geburt in einer der Hypnosebedingungen öfter mit Prostaglandinen eingeleitet werden und in der Studie von Werner und Kollegen kam es zu mehr ungeplanten Kaiserschnitten (und weniger geplanten). Zwei weitere RCTs befassen sich mit *Hitzewallungen*: Elkins, Fisher, Johnson, Carpenter und Keith (2013) verglichen fünf Sitzungen Hypnotherapie mit einer zeitlich äquivalenten Aufmerksamkeitskontrollbedingung bei Frauen nach der Menopause (mit mehr als sieben Hitzewallungen pro Tag) und fanden Verbesserungen in allen Maßen, die zum Follow-up sechs Wochen nach Behandlungsende noch anhielten. Bemerkenswert ist, dass auch die mit einer 24-Stunden-Messung physiologisch erfasste Zahl der Hitzewallungen zurückging, allerdings war das Drop-out in der Hypnosebedingung fast doppelt so hoch wie in der Kontrollbedingung, so dass hier eine konservativere Intention-to-treat-Analyse wünschenswert gewesen wäre. MacLaughlan, Salzillo, Bowe et al. (2013) führten einen kleinen Pilot-RCT bei Frauen durch, die entweder nach Brustkrebs oder bei erhöhtem Brustkrebsrisiko mindestens eine Hitzewallung pro Tag hatten. Dabei wurden drei Sitzungen Hypnotherapie mit einem bereits als wirksam evaluierten Medikament verglichen. Möglicherweise wegen der kleinen Fallzahlen wurde die deutlichere Reduktion der Zahl von Hitzewallungen in der Hypnosegruppe nicht signifikant, allerdings gab es auch praktisch

Wirksamkeitsstudien 2013

keine Unterschiede in der per Fragebogen gemessenen Beeinträchtigung. Der letzte RCT zu einer gynäkologischen Fragestellung ist Catoire et al. (2013) zur Hypnose als begleitende Maßnahme beim *Embryonentransfer*. In dieser Studie wurden jedoch jeweils gleich zwei Interventionen gegeneinander getestet, nämlich ein gängiges Beruhigungsmittel mit Entspannungsinstruktion gegen ein Placebo-Medikament mit Hypnose. Weil sich keine Unterschiede in den Gruppen hinsichtlich Ängstlichkeit und erfolgreicher Schwangerschaften ergaben, folgern die Autoren, dass Hypnose eine mögliche Alternative für die Beruhigungsmittelgabe sein könnte. Allerdings diskutieren sie nicht die Bedeutung des Placebo-Medikaments und unklar bleibt außerdem, ob die Stichprobe für eine solche Äquivalenzaussage groß genug war.

Ein weiterer RCT wurde mit einer rein weiblichen Stichprobe durchgeführt: Picard, Jusseume, Boutet, Dualé, Mulliez und Aublet-Cuvellier (2013) verglichen fünf Sitzungen Hypnotherapie in der Behandlung von *Fibromyalgie* mit einer Warteliste, mit eher enttäuschenden Ergebnissen, weil sich die Patientinnen im primären Ergebnismaß gar nicht unterschieden, weder zum Behandlungsende nach drei Monaten noch beim Follow-up nach weiteren drei Monaten. Die Patientinnen hatten aber insgesamt durchaus den Eindruck einer Verbesserung und verbesserten sich zum Follow-up hinsichtlich ihres Schlafs und in der Tendenz auch in anderen Maßen. Möglicherweise wäre bei dieser chronischen Störung ein weiteres Follow-up interessant. Schließlich gab es noch einen RCT zu Hypnose bei einem *medizinischen Eingriff*, nämlich Shenefelt (2013) bei ambulanten dermatologischen Eingriffen. Es fanden sich keine Unterschiede im Schmerzerleben; weil die Studie aber unvollständig berichtet ist, lassen sich die Ergebnisse ohnehin nur schwer interpretieren.

Auswahl weiterer Interventionsstudien im Jahr 2013

Weil gezielt nach RCTs gesucht wurde, erfolgte keine vollständige Erhebung aller weiteren Interventionsstudien zu Hypnose, die 2013 erschienen sind. Auf drei kontrollierte (nicht randomisierte) Studien soll trotzdem eingegangen werden, weil sie sich mit den psychischen Diagnosen befassen, die derzeit hinsichtlich der Wirksamkeit von Hypnose am meisten beforscht werden. Das ist zum einen die Nikotinabhängigkeit, bzw. das „Beschwerdebild“ des *Rauchens*. Bei Riegel (2013) konnten aufhörwillige Raucher selbst zwischen Hypnotherapie in drei Einzelsitzungen oder vier Gruppensitzungen wählen. Die beiden Formate unterschieden sich nicht signifikant in ihrer Wirksamkeit, insgesamt waren 11% der Gesamtstichprobe nach drei Monaten kontinuierlich rauchfrei geblieben. Die Mehrheit (66%) hatte sich für Gruppentherapie entschieden und es gab auch keine höhere Abbruchquote in der Gruppentherapiebedingung. Zwei Studien untersuchten den geblockten Einsatz der Ego State Therapie (EST) bei der *posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*: In beiden Studien wurde eine fünf- bis sechsstündige auf Abreaktion abzielende Sitzung zur Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung eingesetzt. Bei Barabasz, Barabasz, Christensen, French und Watkins (2013) ist das Vorgehen der Studie allerdings nicht ausreichend beschrieben,

so wird zum Beispiel nicht angegeben, worin die Placebo-Kontrollbehandlung bestand. In der Studie von Christensen, Barabasz und Barabasz (2013) bestand die Kontrolle aus einem psychoedukativen Video mit einer Zählmethode, die eine Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen auf einem niedrigen emotionalen Erregungslevel ermöglichen sollte. EST schnitt signifikant besser ab und zeigte bis zum Drei-Monats-Follow-up anhaltende, gute Erfolge bei den meisten Teilnehmern. Etwas problematisch war, dass die Behandlungsgruppe zum Großteil aus Frauen bestand, während das Geschlechterverhältnis in der Kontrollgruppe ausgewogen war. Zusammen können die beiden Studien als erste Hinweise zur Wirksamkeit speziell der EST gesehen werden, die jedoch erst von einer anderen Forschergruppe bestätigt werden sollten. Insgesamt gab es in den letzten Jahren damit einige Studien zum Einsatz von Hypnose bei PTBS, die die Durchführung von methodisch strenger angelegten RCTs durchaus rechtfertigen würden.

Eine weitere Studie ist vor allem auch im Hinblick auf den im letzten Jahr veröffentlichten RCT von Reinhard et al. (2012) interessant: Guittier, Guillemin, Brandao et al. (2013) verglichen die Daten von 63 Schwangeren, bei denen Hypnose zur Begleitung der Maßnahme der *äußeren Wendung bei Beckenendlage* durchgeführt wurde, mit 122 früheren Fällen unter Standardbehandlung. Die Gruppen unterschieden sich weder im berichteten Schmerz noch in der Erfolgsrate der Wendung. Aus Sicht der durchführenden Ärzte schien Hypnose aber die Maßnahme zu erleichtern.

Ausblick auf die laufende Forschung

Bei der Literatursuche wurden auch Konferenzberichte berücksichtigt, für einen Ausblick auf kommende Publikationen. Außerdem wurde gezielt das Metaregister der Datenbank *Current Controlled Trials* nach relevanten RCTs durchsucht. Nach Ausschluss der doppelten und „falsch positiven“ (das sind z. B. Studien, die sich mit Narkosetiefe befassen), blieben 52 Meldungen, von denen es sich in 22 Fällen um bereits abgeschlossene und publizierte Studien handelte. Bei weiteren sieben lag das angegebene Studienende vor 2010. Damit dürfte es mindestens 23 derzeit noch laufende oder erst kürzlich abgeschlossene RCTs geben, die in einem Behandlungsarm Hypnose allein oder als Adjunkt untersuchen. (Tatsächlich dürften es mehr sein, weil die Suche im Metaregister einerseits nicht komplett alle diesbezüglichen Datenbanken einschließt und andererseits immer noch nicht alle Forschergruppen ihre Studien dort anmelden.) Bei den meisten gefundenen RCTs handelte es sich wiederum um Studien zu medizinischen Indikationen, einige davon mit Kindern. Es stehen außerdem noch die Ergebnisse eines weiteren groß angelegten RCTs zu Hypnose in der Geburtsvorbereitung aus („SHIP“ in Großbritannien) und von zwei großen (zusammen über 600 Probanden) RCTs zum Reizdarmsyndrom, nämlich aus einer niederländischen Studie (Flik, van Rood, Laan et al., 2011) und aus einer britischen Studie der Gruppe aus Manchester, die die Entwicklung der sogenannten *gut-directed hypnotherapy* wesentlich vorangetrieben hat. Zu psychischen Störungen gab es im Jahr 2013 keine neuen

Ankündigungen; Publikationen zu den schon im Bericht vom letzten Jahr erwähnten Studien, d.h. Ergebnisse zur Hypnose als Adjunkt zur KVT in der Behandlung von Schlafstörungen und PTBS (Tara Galovski, USA) und aus dem Tübinger RCT zur Raucherentwöhnung (Anil Batra) liegen noch nicht vor. Es wurde aber aktuell in diesem Jahr bereits ein anderer RCT zur Raucherentwöhnung veröffentlicht, nämlich ein Vergleich von einer Sitzung Hypnose mit und ohne Nikotinpflaster mit alleiniger Anwendung von Nikotinplaster, mit positiven Ergebnissen für Hypnose (Hasan, Zagarins, Pischke et al., 2014).

Diskussion

Fazit aus der im Jahr 2013 publizierten Interventionsforschung

Betrachtet man die 15 hier beschriebenen Studien fällt zunächst auf, dass praktisch in allen RCTs die Teilnehmer zur regelmäßigen Selbsthypnose angeleitet wurden, in der Regel mit Unterstützung durch CDs. Dabei reicht der Therapeutenkontakt von gar keinem (bei Cardeña et al., 2013, wird nur per Audio geübt), über kurze Gruppentrainings mit bis zu drei Terminen bis hin zu drei bis sieben Einzelsitzungen Hypnotherapie. Die Studie von Moser et al. (2013) mit zehn Sitzungen Gruppentherapie ist dabei eine „großzügige“ Ausnahme. Die implizite Annahme hinter solchen Formaten ist, dass (Selbst-)Hypnose sich schnell erlernen lässt und geringe Dosen Therapeutenkontakt zusammen mit standardisierten Suggestionen eine ausreichende Therapie darstellen. Der explizite Grund für den möglichst geringen Aufwand wird z. B. von Werner, Uldbjerg, Zachariae, Rosen und Nohr (2013) formuliert: Präventive Programme wie Hypnose in der Geburtshilfe müssten möglichst kostengünstig sein. Auch bei so häufigen somatischen Beschwerden wie dem Reizdarmsyndrom spielen Behandlungskosten eine wachsende Rolle. Die volle Breite hypnotherapeutischer Methoden kann bei Kurzinterventionen jedoch kaum genutzt werden. Nur in der Studie von Picard et al. (2013) wird explizit betont, dass die hypnotherapeutischen Interventionen individuell angepasst wurden. In den Studien, in denen *gut-directed hypnotherapy* angewendet wurde, liegt in der Regel das Manchester-Protokoll zu Grunde, in dem wiederum das individuelle Anpassen von Suggestionen und Bildern empfohlen wird (Gonsalkorale, 2006). Wie das in der Gruppentherapie bei Moser et al. (2013) gehandhabt wurde, wird in der Publikation nicht beschrieben. Keefer et al. (2013) hingegen schreiben, dass es sich in ihrer Studie um eine standardisierte Intervention handelt. Inwiefern kurze Anleitungen zur Selbsthypnose zusammen mit vorgefertigten CDs jedoch geeignet sind, die Behandlungskosten ohne Wirkungsverlust zu senken, ist noch offen: In den meisten Studien wurde gar nicht erfasst, ob, wie viel und wie erfolgreich die Teilnehmer tatsächlich zu Hause übten. Bei Dickson-Spillmann et al. (2013) gaben die Teilnehmer des Raucherentwöhnungstrainings in der Hypnosebedingung im Mittel an, in den letzten 30 Tagen einmal (SD=4.3) geübt zu haben – und nur 0.3 mal (SD=1.5) im Falle der Entspannungsbedingung. Bei Keefer et al. (2013) übte zum

Ein-Jahres-Follow-up immerhin noch etwa die Hälfte der Teilnehmer in der Hypnosebedingung einmal wöchentlich. Dundas et al. (2013) unternahmen eine qualitative Nachbefragung und manche der prüfungsängstlichen Studierenden gaben an, dass sie den Einsatz von Selbsthypnose schwierig fanden. Nur zwei Studien setzten die Compliance in Bezug zum primären Outcome: Bei Cyna et al. (2013; siehe Cyna, 2011) gab nur ein gutes Viertel bzw. ein knappes Drittel aus den beiden Hypnosebedingungen an, wirklich an allen drei Terminen teilgenommen zu haben und jede CD mindestens einmal gehört zu haben. Es ließ sich aber kein Zusammenhang mit dem Gebrauch von Schmerzmedikation während der Geburt feststellen. Moser et al. fanden nur geringe Korrelationen zwischen dem Ausmaß des häuslichen Übens in Bezug zum Behandlungserfolg zu drei und sechs Monaten und keinerlei Zusammenhang im Ein-Jahres-Follow-up. Inwiefern also regelmäßige Selbsthypnose ein relevanter Wirkfaktor im Rahmen von Hypnotherapien sein kann, sollte eingehender geprüft werden.

Hinsichtlich der erzielten Effekte in den hier berichteten RCTs ist das Bild naturgemäß sehr unterschiedlich je nach Design und behandelter Symptomatik. Durch die Forschung des Jahres 2013 wurden einige Ergebnisse aus den Vorjahren empirisch bestätigt. Das gilt vor allem für die Wirksamkeit der *gut-directed hypnotherapy*, also einer symptombezogenen hypnotherapeutischen Kurzzeittherapie bei chronischen, therapierefraktären Magen-Darm-Beschwerden, die oft eine unklare Genese aufweisen (Reizdarmsyndrom). Für ihre Meta-Analyse hatten Webb et al. (2007) nur vier RCTs gefunden, deren Designs zu unterschiedlich waren für eine gemeinsame Analyse. Anhand der qualitativen Auswertung kamen Webb et al. zum Schluss, dass die Ergebnisse allenfalls eine Empfehlung für Personen nahe legen, bei denen medizinische Therapien nicht anschlugen. Und zwar einerseits, weil die Studien methodische Schwächen aufwiesen und andererseits die Erfolge nicht in allen Studien überzeugten, vor allem angesichts von Befunden, dass Patienten mit Reizdarmsyndrom gut, aber nicht anhaltend, auf Placebos ansprechen (Jones, Boorman, Cann et al., 2000). Für die weitere Forschung stellten Webb et al. einige methodische Forderungen auf, denen die neu erschienenen Studien besser gerecht werden. Zum Beispiel orientierten sich sowohl die beiden Studien von Lindfors et al. (2012) und die drei im Jahr 2013 erschienenen Studien an den Konsensuskriterien zur Diagnose des Reizdarmsyndroms. Außerdem konnten Lindfors et al. und Moser et al. (2013) zeigen, dass die Verbesserungen langfristig anhielten, Moser et al. sogar im kontrollierten Vergleich. Trotzdem waren gerade die Effekte in den Studien der Gruppe um Lindfors eher gering, vor allem angesichts der Tatsache, dass mit Warteliste, bzw. minimaler Aufmerksamkeitskontrolle verglichen wurde. Den positiven Ergebnissen von Moser et al. im Vergleich zu einer in der Dosis gleichen Aufmerksamkeitskontrollbedingung stehen die nicht-signifikanten Unterschiede in den Studien von Lowén et al. (2013) und Dobbin et al. (2013) gegenüber. Bisher fehlt eine größer angelegte Studie, die mit einer Kontrollbedingung vergleicht, die von den Teilnehmern keinesfalls als weniger engagiert oder wirksam empfunden wird, z. B. mit einem kognitiv-behavioralen Programm

zur Krankheitsbewältigung. In jedem Fall sollten vor einer erneuten Bewertung die Ergebnisse der beiden weiter oben im Forschungsausblick erwähnten neuen Studien abgewartet werden, vor allem weil Flik et al. (2011) im Studienprotokoll ein relativ aktives (psychoedukatives) Treatment als Kontrollbedingung beschreiben.

Fast ernüchternd wirken die Ergebnisse der beiden im Jahr 2013 publizierten RCTs zum Erlernen der Selbsthypnose als Methode in der Geburtsvorbereitung. In qualitativen Reviews war Hypnose in der Geburtshilfe als viel versprechend bewertet worden (Brown & Hammond, 2007; Landolt & Milling, 2011), allerdings zum Teil auf der Basis von unkontrollierten Studien. Die Meta-Analyse von Madden, Middleton, Cyna, Matthewson und Jones (2012) berücksichtigte auch die Daten des RCTs von Cyna et al. (2013), der 2011 als Dissertation vorlag, und fand auf einer Datenbasis von damit insgesamt sieben Studien (N=1213) aber nicht die erhofften Effekte: Nur in der Tendenz konnte Hypnose vor oder auch während der Geburt die Wahrscheinlichkeit des Gebrauchs von Schmerzmedikation bzw. Narkose senken, im Mittel um den Faktor 0.63 (95%-Konfidenzintervall: 0.39, 1.01; $p=.06$; $n=1032$) im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Hinsichtlich einer Vielzahl weiterer Ergebnisvariablen, z. B. ob die Geburt eingeleitet werden musste, zum subjektiven Schmerzerleben oder zur Zufriedenheit hinsichtlich des Verlaufs fanden sich keine signifikanten Effekte, auch nicht hinsichtlich postpartaler depressiver Symptomatik. Insgesamt waren die Ergebnisse in den Studien sehr unterschiedlich, d.h. für die gefundenen Effekte ergab sich jeweils signifikante Heterogenität, die sich nicht durch Moderatoranalysen aufklären ließ, so dass Madden et al. auf weitere Forschung drängen. Die neuen Ergebnisse von Werner et al. (2013) scheinen zu bestätigen, dass ein kurzes Hypnosetraining in drei Terminen mit Übungs-CDs für viele Frauen nicht ausreichend ist, um im Mittel einen spür- oder messbaren Effekt auf Geburtsschmerz oder andere Variablen zum Geburtsverlauf zu erzielen. Die positiven Ergebnisse in den früheren Studien könnten zum Teil durch Selektionseffekte erklärbar sein, insofern vielleicht besonders solche Frauen an Hypnosekursen teilnehmen wollten, die sich für eine möglichst natürliche Geburt interessierten (vgl. Cyna, Andrew & McAuliffe, 2006). Werner et al. diskutieren als weitere Gründe für ihre Ergebnisse einen möglichen Deckeneffekt, weil es sich um eine sehr funktionale und gut versorgte Stichprobe handelte, die außerdem zu 59% zusätzlich an privaten Geburtsvorbereitungskursen teilgenommen hatte. Gleichzeitig war die Interventionsdosis eher gering, während Studien mit besseren Ergebnissen zeitaufwendiger intervenierten und zum Teil auch früher in der Schwangerschaft. Möglicherweise könnte Hypnose lohnender sein bei intensiverer Anwendung mit Risikostichproben, wie das Beispiel einer Studie mit jugendlichen Müttern zeigt (Martin, Schauble, Rai & Curry, 2001). Es geht also um Moderatorvariablen, die die Wirksamkeit einer Intervention beeinflussen und es wäre zu früh, im Zuge der beiden RCTs von Werner et al. und Cyna et al. ein negatives Fazit zu ziehen. Ein nahe liegender Moderator wäre natürlich die Hypnotisierbarkeit der Frauen, aber in beiden Studien fand sich kein diesbezüglicher Zusammenhang. Es ist zu hoffen, dass die noch ausstehen-

den Ergebnisse des britischen RCTs Moderatoren der Wirksamkeit identifizieren können.

Eine Gemeinsamkeit der hier vorgestellten RCTs soll noch kurz erwähnt werden: Nur vier Stichproben hatten eine halbwegs ausgewogene Geschlechterverteilung – und erlauben damit überhaupt die Generalisierbarkeit auf männliche Patienten. Das liegt nicht allein an den gynäkologischen Studien, deren Anteil im Jahr 2013 zufällig besonders hoch lag, sondern auch daran, dass sich vier Studien mit Beschwerdebildern befassen, die ohnehin mehr Frauen als Männer betreffen (Fibromyalgie und Reizdarmsyndrom). Tatsächlich sollte Geschlecht in Interventionsstudien grundsätzlich als potentieller (und möglicherweise störungsspezifischer) Moderator miteinbezogen werden. Für Raucherentwöhnung ist aus der Literatur bekannt, dass Frauen seltener erfolgreich sind als Männer, was sich in einer Meta-Analyse von 24 Studien mit Hypnose als Behandlung mit kleinem Effekt bestätigen ließ (Green, Lynn & Montgomery, 2008). In den zehn RCTs aus 2013 mit geschlechtsgemischten Stichproben prüften aber nur zwei überhaupt Geschlecht als Prädiktor, beide mit einem Frauenanteil von etwa 80%: Bei Dundas et al. (2013) profitierten männliche Studierende grundsätzlich mehr, unabhängig von der Intervention. Moser et al. (2013) fanden keinen Zusammenhang zwischen Geschlecht und Behandlungserfolg im primären Outcome. Riegel (2013) fand in seiner Studie zur Raucherentwöhnung ebenfalls keinen Geschlechtseffekt.

Limitationen der Literatursuche und hinsichtlich der methodischen Qualität der durchgeführten Studien

Für diesen Bericht zur Studienlage im Jahr 2013 wurde gezielt nach Studien mit randomisierten kontrollierten Designs gesucht, weitere Interventionsstudien und Fallberichte wurden allenfalls registriert. RCTs sind zu Recht der Goldstandard der Psychotherapieforschung, weil nur sie die halbwegs verlässliche Rückführung eines Effekts (die abhängige Variable) auf die untersuchte Behandlung (die unabhängige Variable) erlauben, bei gleichzeitiger Kontrolle möglicher konfundierender Drittvariablen durch die Randomisierung (vgl. Chambless & Hollon, 1998; Comer & Kendall, 2013). Trotzdem ist die Sichtung von weiteren Interventionsstudien zur umfassenden Beurteilung der Brauchbarkeit einer Methode unabdingbar, denn es geht nicht nur um die Wirksamkeit unter methodisch mehr oder weniger streng kontrollierten Bedingungen (*efficacy*), sondern auch um das erfolgreiche Implementieren unter Praxisbedingungen (*effectiveness*; siehe z.B. Dozois, 2013). Praxisnahe, nicht-experimentelle Studien sind also ebenso wichtig, ein Beispiel ist die weiter oben erwähnte Studie von Guittier et al. (2013). Auch die quasi-experimentelle Studie von Riegel (2013) liefert gerade durch die Selbstselektion der Patienten wertvolle Hinweise auf deren Präferenzen.

Bei der Beurteilung der Effektivität einer Intervention ist außerdem die Qualität der vorliegenden Studien zu beachten, d.h., auch wenn RCTs dafür theoretisch das

Wirksamkeitsstudien 2013

bestmögliche Design aufweisen, gibt es bei Planung, Durchführung und Interpretation mögliche Fehlerquellen, die das Ergebnis verzerren könnten (*bias risks*), indem sie die interne oder externe Validität einer Studie beeinflussen und damit die Gültigkeit und Relevanz der Ergebnisse. Wichtig ist deshalb auch die möglichst transparente Darstellung gemäß der heute gültigen Standards zur Berichterstattung (*Consolidated Standards of Reporting Trials Statement*, CONSORT; Boutron, Moher, Altman, Schulz & Ravaud, 2008). Für die Jahre 2000 bis 2008 hatten Marc, Pelland-Marcotte und Ernst (2011) die Berichtsqualität von 30 Hypnose-RCTs systematisch untersucht und dabei deutliche Schwächen gefunden. Dieser Eindruck entstand auch beim Erstellen des von der M.E.G. in Auftrag gegebenen Berichts für die RCTs der Jahre 2010 bis 2012 (siehe Hagl, 2013). Hinsichtlich der im Jahr 2013 publizierten Studien ergibt sich ein gemischtes Bild. Die meisten Studien enthalten eine Übersicht zu den Teilnehmerzahlen je nach Behandlungsarm und Messzeitpunkt, allerdings sind die Angaben in den Flow-Charts nicht immer vollständig. Intention-to-treat-Analysen wurden nicht in allen Fällen, in denen sie sinnvoll gewesen wären, durchgeführt oder nur in „modifizierter“ Form; oft fehlen außerdem Analysen, ob es zu einem systematischen Dropout kam. Nur in vier Studien werden Effektstärken angegeben und Angaben zur klinischen Relevanz sind selten. Trotzdem entsteht insgesamt der Eindruck eines positiven Trends hin zu einer genaueren Darstellung und stringenteren Methode: Immerhin acht Studien hatten ihr Design in einem entsprechenden Register für RCTs angemeldet und sich damit (mit einer Ausnahme) vorab auf ein primäres Ergebnismaß festgelegt. Nur in drei Studien wurde das Vorgehen bei der Randomisierung und Zuteilung nicht beschrieben und in den meisten Studien waren die Angaben zu Dauer und Dosis auch in den Kontrollgruppen genau genug, um diesbezüglich eine Einschätzung der Relevanz der Ergebnisse zu erlauben.

Als letzte Limitation für diese Übersicht sind schließlich Einschränkungen im Vorgehen bei der Literaturrecherche zu nennen. Die Suche erfolgte gezielt mit einem entsprechenden Such-Term und war damit weniger breit als in den Vorjahren. Das Risiko, dass eine relevante Studie übersehen wurde, ist allerdings auch deshalb gering, weil parallel in der *Cochrane Library* gesucht wurde. Es erfolgte aber keine allgemeine Suche im Internet, z. B. auf *Google Scholar*, und es wurden keine Autoren oder Institutionen angeschrieben, wie es für die Erstellung einer Meta-Analyse üblich gewesen wäre. Es ist also möglich, dass nicht alle im Jahr 2013 erschienenen RCTs und Meta-Analysen erfasst wurden und sogenannte graue Literatur blieb in jedem Fall unberücksichtigt.

Literatur

- Abrahamsen, R., Baad-Hansen, L., & Svensson, P. (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – Clinical and psychosocial findings. *Pain* (03043959), 136(1/2), 44-52.
- Baad-Hansen, L., Abrahamsen, R., Zachariae, R., List, T., & Svensson, P. (2013). Somatosensory sensitivity in patients with persistent idiopathic orofacial pain is associated with pain relief from hypnosis and relaxation. *The Clinical Journal of Pain*, 29, 518-526.
- Barabasz, A., Barabasz, M., Christensen, C., French, B., & Watkins, J. G. (2013). Efficacy of single-session abreactive ego state therapy for combat stress injury, PTSD, and ASD. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 1-19.
- Bernardy, K., Füßer, N., Klose, P., & Häuser, W. (2011). Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome – a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 133.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D., Schulz, K., & Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 148, 295-309.
- Brown, D. C., & Hammond, D. C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371.
- Cardeña, E., Svensson, C., & Hejdström, F. (2013). Hypnotic tape intervention ameliorates stress: A randomized, control study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 125-145.
- Catoire, P., Delaunay, L., Dannappel, T., Baracchini, D., Marcadet-Fredet, S., Moreau, O., et al. (2013). Hypnosis versus diazepam for embryo transfer: A randomized controlled study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 55, 378-386.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Christensen, C., Barabasz, A., & Barabasz, M. (2013). Efficacy of abreactive ego state therapy for PTSD: Trauma resolution, depression, and anxiety. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 20-37.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Erlbaum.
- Comer, J. S. & Kendall, P. C. (2013). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed.), pp 21-48. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Cyna, A. M. (2011). *The HATCh trial: Hypnosis antenatal training for childbirth* (PhD thesis). Adelaide, Australia: The University of Adelaide. <http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/69216/1/02whole.pdf> [Zugriff am 27.05.14].
- Cyna, A. M., Andrew, M. I., & McAuliffe, G. L. (2006). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. *Anaesthesia & Intensive Care*, 34, 464-469.
- Cyna, A. M., Crowther, C. A., Robinson, J. S., Andrew, M. I., Antoniou, G., & Baghurst, P. (2013). Hypnosis antenatal training for childbirth: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120, 1248-1259.
- Dickson-Spillmann, M., Haug, S., & Schaub, M. P. (2013). Group hypnosis vs. relaxation for smoking cessation in adults: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13, 1227.
- Dobbin, A., Dobbin, J., Ross, S. C., Graham, C., & Ford, M. J. (2013). Randomised controlled trial of brief intervention with biofeedback and hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 43, 15-23.
- Dozois, D. A. (2013). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 54(1), 1-11.

Wirksamkeitsstudien 2013

- Dundas, I., Hagtvet, K. A., Wormnes, B., & Hauge, H. (2013). Does self-hypnosis add to the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention against test anxiety? *Nordic Psychology*, 65(3), 224-241.
- Elkins, G. R., Fisher, W. I., Johnson, A. K., Carpenter, J. S., & Keith, T. Z. (2013). Clinical hypnosis in the treatment of postmenopausal hot flashes: a randomized controlled trial. *Menopause*, 20, 291-298.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20(4), 179-197.
- Flik, C. E., van Rood, Y. R., Laan, W., Smout, A. J., Weusten, B. L., Whorwell, P. J., et al. (2011). A randomised controlled trial on hypnotherapy for irritable bowel syndrome: design and methodological challenges (the IMAGINE study). *BMC Gastroenterology*, 11, 137.
- Gold, J. I., Kant, A. J., Belmont, K. A., & Butler, L. D. (2007). Practitioner review: Clinical applications of pediatric hypnosis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48, 744-754.
- Gonsalkorale, W. M. (2006). Gut-directed hypnotherapy: The Manchester Approach for treatment of irritable bowel syndrome. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 27-50.
- Green, J. P., Lynn, S.J., & Montgomery, G. H. (2008). Gender-related differences in hypnosis-based treatments for smoking: A follow-up meta-analysis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50 (3), 259-271.
- Guittier, M.-J., Guillemin, F., Brandao Farinelli, E., Irion, O., Boulvain, M., & de Tejada, B. M. (2013). Hypnosis for the control of pain associated with external cephalic version: A comparative study. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 19, 820-825.
- Gulewitsch, M. D., Müller, J., Hautzinger, M., & Schlarb, A. A. (2013). Brief hypnotherapeutic-behavioral intervention for functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in childhood: a randomized controlled trial. *European Journal of Pediatrics*, 172, 1043-1051.
- Hagl, M. (2013). Zur Wirksamkeit von Hypnose und Hypnotherapie: Eine Studienübersicht für die Jahre 2010 bis 2012. *Hypnose-ZHH*, 8 (1+2), 145-181.
- Hasan, F., Zagarins, S., Pischke, K., Saiyed, S., Bettencourt, A., Beal, L., & ... McCleary, N. (2014). Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: results of a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 22, 1-8.
- Huynh, M. E., Vandvik, I. H., & Diseth, T. H. (2008). Hypnotherapy in child psychiatry: The state of the art. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 377-393.
- Jones, J., Boorman, J., Cann, P., Forbes, A., Gomborone, J., Heaton, K., & ... Whorwell, P. (2000). British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut*, 47 Suppl 2ii1-ii19.
- Keefer, L., Kiebles, J. L., Kwiatek, M. A., Palsson, O., Taft, T. H., Martinovich, Z., et al. (2012). The potential role of a self-management intervention for ulcerative colitis: A brief report from the ulcerative colitis hypnotherapy trial. *Biological Research for Nursing*, 14, 71-77.
- Keefer, L., Taft, T. H., Kiebles, J. L., Martinovich, Z., Barrett, T. A., & Palsson, O. S. (2013). Gut-directed hypnotherapy significantly augments clinical remission in quiescent ulcerative colitis. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 38, 761-771.
- Landolt, A. S., & Milling, L. S. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1022-1031.
- Lindfors, P., Ljótsson, B., Björnsson, E., Abrahamsson, H., & Simrén, M. (2013). Patient satisfaction after gut-directed hypnotherapy in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology and Motility: The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 25(2), 169-e186.
- Lindfors, P., Unge, P., Arvidsson, P., Nyhlin, H., Björnsson, E., Abrahamsson, H., et al. (2012). Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings-results from two randomized, controlled trials. *American Journal of Gastroenterology*, 107, 276-285.
- Lowén, M. B. O., Mayer, E. A., Sjöberg, M., Tillisch, K., Naliboff, B., Labus, J., et al. (2013). Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel

- syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 37, 1184-1197.
- MacLaughlan David, S., Salzillo, S., Bowe, P., Scuncio, S., Malit, B., Raker, C., et al. (2013). Randomised controlled trial comparing hypnotherapy versus gabapentin for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors: a pilot study. *BMJ Open*, 3(9), e003138-e003138.
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A., Matthewson, M., & Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD009356.
- Marc, I., Pelland-Marcotte, M.-C., & Ernst, E. (2011). Do standards for the design and reporting of non-pharmacological trials facilitate hypnotherapy studies? *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 64-81.
- Martin, A. A., Schauble, P. G., Rai, S. H., & Curry Jr., R. (2001). The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *Journal of Family Practice*, 50, 441-443.
- Moser, G., Trägner, S., Gajowniczek, E. E., Mikulits, A., Michalski, M., Kazemi-Shirazi, L., et al. (2013). Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*, 108, 602-609.
- Picard, P., Jusseaume, C., Boutet, M., Dualé, C., Mulliez, A., & Aublet-Cuvellier, B. (2013). Hypnosis for management of fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 111-123.
- Reinhard, J., Peiffer, S., Sängler, N., Herrmann, E., Yuan, J., & Louwen, F. (2012). The effects of clinical hypnosis versus Neurolinguistic Programming (NLP) before external cephalic version (ECV): A prospective off-centre randomised, double-blind, controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: Ecam*, 2012, 626740-626740.
- Reinhard, J., Sängler, N., Hanker, L., Reichenbach, L., Yuan, J., Herrmann, E., et al. (2013). Delivery mode and neonatal outcome after a trial of external cephalic version (ECV): a prospective trial of vaginal breech versus cephalic delivery. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287, 663-668.
- Riegel, B. (2013). Hypnosis for smoking cessation: Group and individual treatment-a free choice study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 146-161.
- Schnur, J. B., Kafer, I., Marcus, C., & Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: A meta-analysis. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 114-128.
- Shenefelt, P. D. (2013). Anxiety reduction using hypnotic induction and self-guided imagery for relaxation during dermatologic procedures. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61, 305-318.
- Tefikow, S., Barth, J., Maichrowitz, S., Beermann, A., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2013). Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33, 623-636.
- Uman, L., Birnie, K., Noel, M., Parker, J., Chambers, C., McGrath, P., & Kisely, S. (2013). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 10CD005179.
- Webb, A. N., Kukuruzovic, R. H., Catto-Smith, A. G., & Sawyer, S. M. (2007). Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005110.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., & Nohr, E. A. (2013). Effect of self-hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92, 816-823.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Rosen, G., & Nohr, E. A. (2013). Self-hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120, 346-353.
- Werner, A., Uldbjerg, N., Zachariae, R., Wu, C. S., & Nohr, E. A. (2013). Antenatal hypnosis training and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40, 272-280.

Tabelle: Randomisierte kontrollierte Studien mit Hypnose als Intervention im Jahr 2013

Studie	Stichprobe/Indikation	Intervention	Ergebnismaße	Ergebnisse
Cardaia et al. (2013)	35 Personen (79% Studierende, 82% ♀) mit Stresssymptomatik	(1) 23-min. Hypnose-Audio zum täglichen Hören (2) Warteliste mit Crossover nach 2 Wochen	- Burnout, Stress und Stressbewältigung - psychische Gesundheit (GHQ)	Verbesserungen im wahrgenommenen Stress und im GHQ nach 2 Wochen.
Catoire et al. (2013) ^{a)}	93 Frauen bei Embryonentransfer	(1) Placebo-Medikament vor und Hypnose während des Eingriffs (2) 10 mg Diazepam vor und Entspannung während des Eingriffs <i>(Wirksamkeit der Hypnose und des Placebo-Medikaments sind konfundiert.)</i>	- Angst davor und danach (STAI) - erfolgreiche Schwangerschaft /Austragung - Angst mit VAS, Schmerzen, Entspannung und Zufriedenheit	Keine Unterschiede bei Angst und Erfolg. (Weitere Ergebnisse wurde nicht berichtet.)
Cyna et al. (2013)	448 Frauen im letzten Schwangerschaftsdrittel	(1) Hypnosetraining durch Hypnotherapeuten (3 Sitzungen) + CID (2) Hypnosetraining nur von CD durch Pflegekraft (3 Sitzungen) + CID (3) nur „usual care“	primäres Outcome: - Schmerzmittel und Epiduralanästhesie sekundäre Outcomes: - Geburtsvariablen - retrospektive Beurteilung der Schmerzbehandlung und Geburt	Keine Unterschiede im primären Outcome und den meisten sekundären Outcomes
Dickson-Spillmann et al. (2013)	233 Personen, die mit dem Rauchen aufhören wollen (42% ♀)	In beiden Gruppen: Psychoedukation (1) Gruppensitzung mit Suggestionen in Hypnose + CD (2) Gruppensitzung mit Suggestionen nach Entspannungsinstruktion + CD	primäres Outcome: - 30-tägige Rauchfreiheit nach 6 Monaten sekundäre Outcomes: - Entzugssymptome, Nebenwirkungen, Selbstwirksamkeit	Keine Unterschiede im primären Outcome und kaum Unterschiede in den sekundären Outcomes nach 2 Wochen und 6 Monaten (soweit berichtet).

Dobbin et al. (2013) ^{a)}	61 Patientinnen mit chronischem Reizdarmsyndrom	(1) Hypnotherapie (3 Sitzungen) + CD (2) Biofeedback (3 Sitzungen) + CD	nach drei und sechs Monaten: - Symptomschwere - Angst und Depression (HADS)	Keine oder nur geringe Unterschiede zwischen den Gruppen zugunsten des Biofeedbacks.
Dundas et al. (2013) ^{a)}	73 Studierende mit Prüfungsangst (81% ♀)	In beiden Gruppen: KVT-Einführung (1) Hypnotherapie (2 Sitzungen) (2) KVT (2 Sitzungen)	- Prüfungsangst, Ängstlichkeit (STAI) - genereller und akademischer Selbstwert - Selbstwirksamkeit	In der rein kognitiv-behavioralen Bedingung bessere Werte bei Prüfungsangst, State Angst und generellem Selbstwert.
Elkins et al. (2013)	187 Frauen mit Hitzewallungen nach Menopause	(1) Hypnotherapie (5 Sitzungen) + CD (2) Aufmerksamkeitskontrolle (5 Sitzungen) + Informations-CD	primäre Outcomes (post und 12 Wochen nach Baseline): - Frequenz und Symptom-schwere-Index - physiologische 24-Stunden-Messung sekundäre Outcomes: - Beeinträchtigung und Schlaf	Zu post und zu 12 Wochen - geringere Frequenz (d=1.27) und niedrigerer Schwere-Index (d=1.21) - weniger gemessene Hitzewallungen (d=0.67) - weniger Beeinträchtigung (d=1.22) und besserer Schlaf (d=1.07) [d je zu Follow-up]
Gulewitsch et al. (2013)	38 Kinder (63% ♀) mit funktionellen Bauchschmerzen, bzw. Reizdarmsyndrom	(1) Gruppenintervention (2 hypnotherapeutisch-behaviorale Sitzungen mit den Kindern + CD, 2 behaviorale Sitzungen mit den Eltern) (2) Wartelistenkontrolle (Wirksamkeit von Hypnose und behavioraler Intervention sind konfundiert.)	primäre Outcomes (Kindersicht): - Index aus Schmerztagebuch - Zahl der Schmerztage, mittlere Intensität und Dauer, Beeinträchtigung sekundäre Outcomes: - Schmerz und Beeinträchtigung (Eltern) - Lebensqualität (Kinder)	Deutlich mehr Responder im primären Outcome (80% Verbesserung). - weniger Schmerztage (η ² =.11), niedrigere mittlere Intensität (η ² =.19) und Dauer (η ² =.15), weniger Beeinträchtigung (η ² =.16) - gemäß Eltern weniger Schmerz (η ² =.17) und Beeinträchtigung (η ² =.17) - keine Unterschiede bei Lebensqualität

Tabelle (Fortsetzung): Randomisierte kontrollierte Studien mit Hypnose als Intervention im Jahr 2013

Studie	Stichprobe/Indikation	Intervention	Ergebnismaße	Ergebnisse
Keefe et al. (2013)	54 Patienten (54% ♀) mit Colitis Ulcerosa	(1) „gut-directed hypnotherapy“ (7 Sitzungen) (2) Aufmerksamkeitskontrolle (7 Sitzungen)	primäres Outcome: - Erkrankungsschub im Laufe eines Jahres sekundäre Outcomes: - Symptomschwere und Beeinträchtigung - Krankheitsbewältigung, allg. Gesundheit	- weniger Patienten mit Schub innerhalb eines Jahres - keine Unterschiede in den sekundären Outcomes nach einem Jahr
Lowén et al. (2013) ^{b)}	41 Patientinnen mit Reizdarmsyndrom	(1) „gut-directed hypnotherapy“ (7 Sitzungen) (2) Information zur Krankheit (7 Sitzungen)	- Symptomschwere - Ängstlichkeit bzgl. viszeraler Reize	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen.
MacLaughlan et al. (2013)	15 Frauen mit Hitzewallungen nach Brustkrebs/bei erhöhtem Brustkrebsrisiko	(1) Hypnotherapie + CD (3 Sitzungen) (2) 900 mg Gabapentin	primäres Outcome: - Häufigkeit und Schwere sekundäres Outcome: - Beeinträchtigung	Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen (möglicherweise aufgrund der kleinen Stichprobe).
Moser et al. (2013)	90 Patienten mit chronischem, therapierefraktärem Reizdarmsyndrom (80% ♀)	(1) „gut-directed hypnotherapy“ (10 Gruppensitzungen) + CD (2) unterstützende Einzelgespräche (10 Sitzungen)	primäres Outcome: - krankheitsbezogene Beeinträchtigung sekundäre Outcomes: - Lebensqualität, Angst und Depression (HADS) - VAS zur Veränderung bei Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und Kernsymptomen	Zum Behandlungsende: - klinisch relevant weniger Beeinträchtigung - weniger Angst und Depression, mehr Lebensqualität und Wohlbefinden - keine Unterschiede in Kernsymptomen Zum 1-Jahres-Follow-up in fast allen Outcomes besser.

Picard et al. (2013)	62 Patientinnen mit Fibromyalgie	(1) Hypnotherapie (5 Sitzungen) + Üben (2) Warteliste	primäres Outcome: - krankheitsbezogene Beeinträchtigung sekundäre Outcomes: - Schlaf, Fatigue und Schmerzbewältigung - Angst und Depression (HADS) - Veränderungsrating	Keine Unterschiede im primären Outcome. - zu post und 6 Monaten nach Baseline mehr wahrgenommene Veränderung - nach 6 Monaten besserer Schlaf und bessere Schmerzbewältigung (Subskala)
Shenefelt (2013)	39 Patienten (41% ♀) bei dermatologischer Operation	(1) Hypnose durch Arzt (2) Hypnose per CD (3) Kontrollgruppe ohne Hypnose	- Schmerz und Ängstlichkeit per SUD - Blutdruck und Herzfrequenz	Keine relevanten Unterschiede (weniger Angst bei Hypnose mit Arzt zu 20 min.; Ergebnisse zu Blutdruck und Herzfrequenz werden nicht berichtet).
Werner et al. (2013)	1222 Erstgebärende im letzten Schwangerschaftsdrittel	(1) Hypnosetraining (3 Sitzungen) + CD (2) Entspannungs/Achtsamkeitstraining (3 Sitzungen) + CD (3) nur „usual care“	primäres Outcome: - Gebrauch von Epiduralanästhesie sekundäre Outcomes: - Wehenschmerz, weitere Geburtsvariablen - weiterer Verlauf und Geburtserleben (retrospektiv)	Keine Unterschiede im primären und den meisten sekundären Outcomes.

Anmerkung: Es werden nur signifikante Effekte, bzw. kontrollierte Effektstärken berichtet. Im Falle von d kann die Größe des Effekts nach Cohen (1988) ab 0.2 als klein, ab 0.5 als mittel und ab 0.8 als groß beurteilt werden. Beim partiellen η^2 , das den Anteil der durch den Behandlungsfaktor erklärten Varianz beziffert, gelten Ergebnisse größer als .14 als große Effekte.

GHQ = General Health Questionnaire; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; KVT = Kognitive Verhaltenstherapie; STAI = State and Trait Anxiety Inventory; SUD = Subjective Units of Distress; VAS = Visuelle Analogskala.

a) Vorgehen bei der Randomisierung wurde nicht beschrieben.

b) Studie ist quasi-randomisiert.

Hinweise zum Verfassen eines Fallberichtes

Titel (Deutsch und Englisch)

Name Autor/in

Zusammenfassung (Deutsch und Englisch)

Schlüsselwörter (Deutsch und Englisch)

Die Falldarstellung: Wen bzw. was habe ich wie behandelt? Ausgangssituation. Darstellung des Therapie-Prozesses. Wann bzw. in welcher Situation habe ich Hypnose verwendet und warum? („Utilisation“, Indikation): Anschauliche Schilderung der spezifischen Behandlungssituation, die aus Ihrer Sicht ausschlaggebend war, gerade dafür Hypnose anzuwenden, damit die Leser es mit eigenen Erfahrungen bzw. Therapieauffassungen abgleichen können, um prüfen zu können, was davon auf ihre Situation übertragbar ist.

Die Hypnose: Wie habe ich die Hypnose durchgeführt: Exakte Beschreibung des Settings, der beobachteten Phänomene (z.B. Fingersignale, Levitation) und der als Intervention verwendeten verbalen Formulierungen (wie ein „Transskript“ - sollte keine exakte verbale Dokumentation wie Tonband oder Video zur Verfügung stehen, so „erfinden“ Sie es bitte: genau so wie es Ihrem Sprachduktus, Stil bzw. Arbeitsweise entspricht) ggf. mit den nonverbalen Suggestionen.

Evaluation: Darstellung der erzielten Effekte und selbstkritische Reflexion des Therapieverlaufs. Welchen Stellenwert hatte die Hypnose im Gesamt-Therapie-Konzept. Kurze Verallgemeinerung bzw. „Hochrechnung“ des Ansatzes über die kasuistische Darstellung hinaus: Darstellung eines „Konzepts“ für diese Art von Störung und/oder zu Ihrer Auffassung von „Hypnose“.

Adresse Autor/in

Bitte schicken Sie Ihren Fallbericht direkt an den Fallberichteherausgeber:

Dr.med. Hansjörg Ebell: Dr.H.Ebell@t-online.de

Hinweise für Autoren zur Manuskriptgestaltung

können unter

www.MEG-Stiftung.de

eingesehen werden.