

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Elf kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen

*Katharina Wais
Dirk Revenstorf*

Einleitung

In den letzten Jahren erfreut sich die Methode der Hypnotherapie in der psychotherapeutischen Versorgung zunehmender Beliebtheit, was sich auch an der steigenden Anzahl von Wirksamkeitsstudien erkennen lässt. Seit 2006 ist Hypnotherapie als wissenschaftliche Methode für bestimmte Anwendungsgebiete (F51, F54, F55 des ICD-10) vom Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie (WBP) anerkannt (Revenstorf 2006; WBP 2006).

Auch über die genannten Störungsbereiche hinaus gibt es zahlreiche Belege für die Wirksamkeit von Hypnotherapie oder Interventionsformen, die hypnotische und verhaltenstherapeutische Elemente kombinieren. Deyoub (1979) konnte zeigen, dass adipöse Patienten mit hypnotherapeutischer Therapie deutlich mehr Gewicht reduzieren als Patienten, die eine Diät mit psychoedukativer Unterstützung durchführten. Auch führten kombinierte Therapieprogramme bei Adipositas zu einem langfristigeren und größeren Gewichtsverlust als reine Verhaltenstherapie (Bolocofsky, Spinler & Coulthard-Morris 1985). Zum Reizdarmsyndrom fanden Whorwell, Prior und Faragher (1984), dass die Beschwerden durch Hypnotherapie signifikant und mit großem Langzeiteffekt reduziert werden konnten (vgl. auch Hefner & Csef in diesem Heft).

Für den Bereich der Angststörungen liegt ebenfalls eine Vielzahl von kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Hypnotherapie vor. Horowitz (1970) untersuchte die Effektivität von Hypnotherapie bei spezifischer Phobie und fand, dass die Patienten ihre Angst im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant reduzieren konnten. Dieser Effekt hielt bis zu einer Katamnese-messung an. Boutin und Tosi (1983) verglichen die Wirksamkeit reiner Hypnotherapie und kombinierter Therapie bei Prüfungs-

Katharina Wais und Dirk Revenstorf, Universität Tübingen

**Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie.
Elf kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen**

Ziel: Die Wirksamkeit der Hypnotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie und einer Warteliste-Kontrollgruppe sollte überprüft werden. **Methoden:** In einer Metaanalyse wurden 11 Studien zu den Störungsbereichen Adipositas, Migräne, primäre Insomnie, Flugangst, Prüfungsangst und Nikotinabusus zusammengefasst. Um die Wirksamkeit der Hypnotherapie zu beurteilen, wurden die einzelnen Behandlungsformen der Primärstudien in vier Interventionsformen (Hypnotherapie, Verhaltenstherapie, kombinierte Therapie und Kontrollgruppen) gruppiert. Die Langzeitwirkung wurde an Hand von Katamnese-Dateien überprüft. **Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Es zeigte sich eine signifikante Wirksamkeit für alle drei Behandlungsformen, sowohl kurz- als auch langfristig. Während die kognitive Verhaltenstherapie konstant mittlere Effektstärken aufwies, zeigte sich bei reiner Hypnotherapie eine Steigerung der Wirksamkeit von mittlerer zu großer Effektstärke nach Beendigung der Therapie bis zum Zeitpunkt der Katamnese. Kombinierte Programme mit hypnotischen und verhaltenstherapeutischen Elementen zeigten mit großen Effektstärken für beide Messzeitpunkte die beste Wirksamkeit.

Stichworte: Hypnose, Hypnotherapie, Übergewicht, Adipositas, Migräne, Insomnie, Flugangst, Prüfungsangst, Nikotinabusus, Rauchen

**Meta-analysis on the effectiveness of hypnotherapy.
Eleven Studies on different disorders**

Study purpose: Adult patients with various clinically significant ailments were treated with hypnotherapy and compared to either a waiting list or behavior therapy controls. **Methodology:** This metaanalysis summarizes 11 studies in the areas of overweight, migraine, primary insomnia, flight fear, exam anxiety and smoking cessation. To evaluate the effectiveness of hypnotherapy, the primary studies were grouped into four intervention classes (hypnotherapy, behavior therapy, combined therapy and control). Long term effects were assessed from follow-ups of different lengths. Randomized control trials were analyzed by Anova designs with post and follow-up measurements of treatment success. **Results and conclusions:** Significant improvements were shown for all three forms of treatment – pre-post and follow-up. While the cognitive behavior therapy showed consistently middle range effect sizes, an increase of the effect size from middle to large at the time of follow-up was shown for hypnotherapy alone. Combined programs with hypnotic and behavioral elements resulted in best effectiveness with large effect sizes for both, pre-post and follow-up.

Keywords: hypnotherapy, overweight, migraine, insomnia, flight anxiety, test anxiety, smoking cessation

**Une méta-analyse sur l'efficacité de l'hypnothérapie.
Onze études contrôlées portant sur divers troubles**

Objet de l'étude: Les troubles cliniquement significatifs de patients adultes traités par l'hypnose ont été comparés aux symptômes relevés durant leur traitement. **Méthodologie:** Il s'agit d'une meta-analyse passant en revue 11 études effectuées dans les domaines baryatri-

que, de la migraine, de l'insomnie primaire, de la phobie de l'avion, de l'anxiété d'épreuve et de l'arrêt du tabac. Pour évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie, les études primaires ont été groupées en quatre formes d'intervention : hypnothérapie, thérapie comportementale, thérapie combinée et groupe contrôle. Les effets à long terme ont été évalués sur la base de suivis de durées différentes. Les essais randomisés et contrôlés ont été analysés selon le profil d'Anova avec évaluation de l'efficacité durant et après le traitement. **Résultats et conclusions:** Des améliorations significatives ont été mises en évidence avec les trois formes de traitement durant les phases préliminaires, du suivi et de l'après traitement. Alors que la thérapie cognitivo-comportementale a produit des effets d'intensité moyenne, l'hypnothérapie pure a pour sa part produit des effets d'intensité moyenne à forte. Les programmes combinant démarches hypnotique et cognitivo-comportementale ont produit de meilleurs effets, de forte intensité, tant durant le traitement que dans ses suites. (Eric Bonvin)

Mots-clés: hypnothérapie, excès pondéral, migraine, insomnie, phobie de l'avion, anxiété d'épreuve, arrêt du tabac

angst direkt miteinander. Für beide Behandlungsgruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Angst (kognitiv, affektiv, physiologisch, Verhaltensebene), die bis zur ersten Katamnese konstant anhielt. Nach einer weiteren Katamnese erwies sich die kombinierte Therapie als noch effektiver als reine Hypnotherapie. Eine Untersuchung von Flammer (2006) zur Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Angststörungen integrierte 18 Studien zu verschiedenen Angststörungen (u. a. Phobien, Generalisierte Angststörung). Er konnte zeigen, dass Hypnotherapie als wirksames bis hochwirksames Verfahren bei verschiedenen Angststörungen angewandt werden kann. Im direkten Vergleich zu Verhaltenstherapie erwies sich Hypnotherapie als genauso wirksam.

Hypnotherapie und Therapieformen mit hypnotischen Elementen haben sich in verschiedenen Störungsbereichen als wirksame Verfahren mit guter Langzeitwirkung erwiesen (Revenstorf 2006). Auf dieser Basis nahmen wir an, dass reine Hypnotherapie und eine kombinierte Therapie mit hypnotischen und verhaltenstherapeutischen Elementen wirksame Verfahren sind, die sich, im Vergleich zu rein kognitiver Verhaltenstherapie, durch eine besonders gute Langzeitwirkung auszeichnen.

Methoden

Stichprobe: Die untersuchte Stichprobe setzte sich aus N=11 Studien mit insgesamt N=397 Patienten zusammen. Darunter waren 278 Frauen und 119 Männer. Hypnotherapie erhielten 99, kognitive Verhaltenstherapie 110 Patienten und 138 durchliefen ein kombiniertes Programm. Auf unbehandelte Kontrollgruppen entfielen 50 Personen. Die untersuchten Störungsbereiche waren Adipositas, Migräne, primäre Insomnie, Flugangst, Prüfungsangst, Nikotinabusus. Alle Studien waren an der Universität Tübingen in der Abteilung für Klinische- und Entwicklungspsychologie durchgeführt worden.

Versuchsplan: Zur Überprüfung der Wirksamkeit zu verschiedenen Zeitpunkten (Postmessung, Katamnese) wurde das Vorgehen einer Within-Subject Metaanalyse gewählt (Hedges & Olkin 1995; Hunter & Schmidt 2004). Nach dem Modell fester

Hypnose bei Reizdarmsyndrom

Effekte wurde für jede aggregierte Effektstärke (d) die Homogenität überprüft und gegebenenfalls eine kategoriale Analyse vorgenommen. Da die Originaldaten der Studien zur Verfügung standen, war es möglich, eine besonders genaue Analyse durchzuführen. Kriterien zur Auswahl der Studien waren: Verfügbare Originaldaten, Randomisierung, Datenerhebung mit Postmessung und Katamnese. Für jeden Störungsbe-
reich wurde eine Hauptvariable zur Überprüfung der Wirksamkeit festgelegt, um die Problematik korrelierender Messinstrumente zu umgehen (Rustenbach 2003). Die Behandlungsgruppen der verschiedenen Studien wurden den vier Interventionsformen zugeteilt. Waren aus einer Primärstudie die Daten mehrerer Behandlungsgruppen aus unterschiedlichen Interventionsformen vorhanden, wurden sie dementsprechend in die jeweiligen Interventionsgruppen verteilt. Die Forderung nach Unabhängigkeit der Daten wurde berücksichtigt, da die Effektstärken (Postmessung, Katamnese) für jede Interventionsform getrennt berechnet wurden. Die Effektstärken wurden an Hand einer standardisierten Mittelwertsdifferenz aus Baseline und Postmessung, bzw. Katamnese berechnet, die Signifikanz anhand des kritischen Intervalls bestimmt, in dem der ermittelte Wert mit 95%iger Wahrscheinlichkeit liegt (95% KI).

Integrierte Studien: Durch die Selektion mittels genannter Kriterien verblieben für die vorliegende Untersuchung elf Studien zu den Störungsbereichen Adipositas, Migräne, primäre Insomnie, Flugangst, Prüfungsangst und Nikotinabusus.

Für den Störungsbereich der *Adipositas* wurde eine Studie von Stich und Mewes (2001) aufgenommen, in der zwei Gewichtsreduktionsprogramme durchgeführt worden waren. Die Stichprobe bestand ausschließlich aus Frauen (N= 44), die zu gleichen Teilen entweder an einer kombinierten Therapie mit hypnotischen und verhaltenstherapeutischen Elementen oder an einem rein verhaltenstherapeutischen Programm teilgenommen hatten. In beiden Fällen handelte es sich um Gruppenprogramme. Die abhängigen Variablen war zu drei Messzeitpunkten erhoben worden. Neben dem Gewicht waren Fettanteil, Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Gesundheit, sowie mehrere Kontrollvariablen erhoben worden. Stich und Mewes zeigten, dass sich für beide Behandlungsgruppen bis zur Postmessung eine signifikante Gewichtsreduktion einstellte. Bei der Behandlungsgruppe mit kombinierter Therapie vergrößerte sich dieser Effekt nach einem Katamnesezeitraum von sechs Monaten zusätzlich. In der Gruppe der Verhaltenstherapie blieb diese zusätzliche Gewichtsreduktion jedoch aus. Vielmehr hatten die Teilnehmerinnen hier wieder an Gewicht zugelegt. Variablen wie Lebenszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Gesundheit zeigten sich in ihrer Ausprägung zur Postmessung in beiden Programmen erhöht.

Vier Studien konnten für den Störungsbereich *Migräne* aufgenommen werden. Diese Studien waren hinsichtlich Planung, Studiendesign und Durchführung aufeinander abgestimmt worden. In der Untersuchung von Riedinger (2003) hatten N=11 Patienten eine rein hypnotherapeutische Behandlung erhalten, die in Einzelsitzungen durchgeführt worden war. Rein verhaltenstherapeutisch, ebenso in Einzelsitzungen, waren hingegen N=11 Patienten in der Studie von Utz (2003) behandelt worden.

Bei Allgaier (2004) hatten die Patienten (N=22) in zwei Gruppen, entweder eine rein hypnotherapeutische oder verhaltenstherapeutische Therapie erhalten. Planung und Durchführung dieser drei Untersuchungen basierten auf einer Vorgängerstudie von Faran (2002), der sowohl pharmakologische wie auch psychologische Faktoren bei Migränepatienten untersucht hatte. Dabei hatte Faran ein Therapiemanual entwickelt, das Hypnotherapie und Verhaltenstherapie kombinierte. Die verhaltenstherapeutischen und hypnotherapeutischen Elemente der Studien von Riedinger, Utz und Allgaier waren diesem Therapieprogramm entnommen worden. Bei Faran hatten die Patienten (N=16) eine kombinierte Therapie erhalten, die in Einzelsitzungen durchgeführt worden war. In allen vier Untersuchungen waren Daten zu mehreren Therapiezeitpunkten erhoben worden. Für die vorliegende Studie wurden davon drei Zeitpunkte (Baseline, Therapieende, Katamnese) für die Analyse ausgewählt. Als abhängige Variablen waren zum einen eine Reihe von Variablen in einem Migränetagebuch erhoben worden, das von den Patienten zu festgelegten Zeitpunkten ausgefüllt werden sollte. Zum anderen legten die Autoren Wert auf die Trennung von Migräneschmerzen und reinen Kopfschmerzen, die in einem separaten Tagebuch erfasst worden waren. In die Tagebücher integriert waren Erhebungen zur Depressivität und Lebensqualität.

Es zeigte sich, dass in allen Behandlungsgruppen eine signifikante Verbesserung in denselben Variablen über alle drei Messzeitpunkte hinweg auftrat. Die Behandlungsgruppe von Faran hatte zu Beginn schlechtere Ausgangsbedingungen als die anderen Gruppen, unterschied sich bei Postmessung und Katamnese jedoch nicht signifikant von den anderen Gruppen. Das deutet auf eine größere Wirksamkeit des kombinierten Programms hin. Bei der Messung von Depressivität und Lebensqualität war das verhaltenstherapeutische Setting dem hypnotherapeutischen von Riedinger überlegen. Zu vergleichbaren Ergebnissen bezüglich Depressivität und Lebensqualität kam auch die Untersuchung von Allgaier. Das rein hypnotherapeutische Programm erwies sich als effektiv, war dem verhaltenstherapeutischen jedoch unterlegen.

Im Bereich der *Schlafstörungen* wurden die Studien von Ottenwälder-Amrein und Schmid (2003), Weinmann und Schulz (2001) und Schlarb (2003) integriert. In der Studie Ottenwälder-Amrein und Schmid (2003) waren N=24 Patienten hypnotherapeutisch in einem Gruppenprogramm behandelt worden. Zudem hatten sie die Daten einer Wartelistenkontrollgruppe mit N=25 Patienten erhoben. Weinmann und Schulz (2001) hatten N=23 Patienten ebenfalls rein hypnotherapeutisch behandelt, allerdings in Einzelsitzungen. Schlarb (2003) hingegen hatte ein rein verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm gegen primäre Insomnie durchgeführt. Schlarb untersuchte sowohl Patienten, die Gruppentherapie erhielten, als auch Patienten mit Einzelsitzungen (N=41). Da auch diese drei Untersuchungen vor ihrer Durchführung bezüglich des Versuchsplans äquivalent gestaltet worden waren, war von Schlarb zusätzlich noch eine Gesamtanalyse der hypnotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Daten durchgeführt worden. Als abhängige Variablen war ein Schlafstagebuch erhoben worden, das vom Patienten auszufüllen war, sowie Persönlichkeitsmerkmale Schlafge-

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

störter, Angst- und Depressionswerte und die Veränderung des Verhaltens und Erlebens. Für verschiedene Schlafparameter ergab sich für alle Behandlungsgruppen eine signifikante Verbesserung bis zum Therapieende oder bis zum Katamnesezeitpunkt. Lediglich die Gruppe mit verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen schnitt hier teilweise etwas schlechter ab. Bei den anderen Befindlichkeitsparametern zeigte sich ebenfalls für Hypnotherapie als auch für Verhaltenstherapie eine signifikante Verbesserung, wobei letztere der Hypnotherapie leicht überlegen war. Weitere signifikante Verbesserungen unabhängig vom Setting ergaben sich für den FEBS-II, für Angst- und Depressionswerte, sowie bei der Veränderung des Verhaltens und Erlebens.

Von Teschner (2001) wurde eine Untersuchung über die Therapie von *Flugangst* in die Metaanalyse aufgenommen. Teschner hatte eine rein hypnotherapeutische Behandlungsgruppe (N=30), sowie eine Kontrollgruppe mit N=14 Patienten untersucht. Die Kontrollgruppe erhielt Informationen über die Entstehung und Bewältigung von Flugangst. Die Behandlung war in Einzelsitzungen durchgeführt worden. Die abhängigen Variablen, die zu drei Messzeitpunkten erhoben worden waren, bestanden aus einer direkten Messung der Flugangst und deren Komponenten, sowie Selbstkontrollwerte, allgemeine Ängstlichkeit und weitere Ängste. Es zeigte sich, dass es in der Behandlungsgruppe zu einer starken Reduktion der Flugangst kam. Für die Kontrollgruppe ergab sich keine signifikante Verbesserung.

Eine weitere Studie über Therapie von Angststörungen, eine Untersuchung über *Prüfungsangst* und Hypnose, ging von Zeyer (2004) in die vorliegende Studie ein. Zeyer hatte eine Gruppe mit N=44 Patienten in einem kombinierten Therapieprogramm gegen Prüfungsangst behandelt. Zusätzlich hatte er die Daten einer Kontrollgruppe mit N=9 Patienten erhoben, die auf eine Warteliste gesetzt wurden. Im Gegensatz zu allen anderen hier integrierten Studien hatte Zeyer jedoch zum Katamnesezeitpunkt keine Daten erhoben. Die Therapie wurde in Einzelsitzungen durchgeführt. In der Studie waren als abhängige Variablen die aktuelle Prüfungsangst-Ausprägung, die generelle Prüfungsangst-Ausprägung, prüfungsbezogene Sorgen und Emotionalität, sowie subjektive Kompetenz und der jeweilige Prüfungserfolg gemessen worden. Für die Gruppe mit kombinierter Therapie zeigten sich sehr starke Effekte. Die aktuelle und generelle Prüfungsangst zeigte sich stark verringert, ebenso wie Sorgen und negative Emotionalität; es kam zu einem Anstieg des subjektiven Kompetenzerlebens und zu einer signifikanten Verbesserung des Leistungserfolgs. In der Kontrollgruppe zeigten die Parameter stark erhöhte Angstwerte und somit eine signifikante Verschlechterung; es kam zu einem Anstieg der Besorgnis und der Aufregung, sowie zur Abnahme des Kompetenzerlebens.

Die im Bereich *Nikotinabusus* integrierte Studie von Schweizer (2001) ist von Schweizer und Revenstorf in diesem Heft ausführlich beschrieben.

Die Katamnesezeiträume der einzelnen Studien unterschieden sich zum Teil erheblich voneinander (Tabelle 1). In der weiteren Analyse wurden sie jedoch einheitlich behandelt.

Autor	t1	t1 - t2	t2 - t3
Stich & Mewes	Therapiebeginn	12 W.	24 W.
Riedinger	4 W. vor Therapiebeginn	20 W.	4 W.
Utz	4 W. vor Therapiebeginn	20 W.	4 W.
Allgaier	4 W. vor Therapiebeginn	20/12 W. ^a	4 W.
Faran	6 W. vor Therapiebeginn	21 W.	6 W.
Schlarb	2 W. vor Therapiebeginn	8 W.	12 W.
Weinmann & Schulz	2 W. vor Therapiebeginn	8 W.	12 W.
Amrein & Schmid	2 W. vor Therapiebeginn	8 W.	12 W.
Teschner	Therapiebeginn	4 W.	24 W.
Zeyer	Therapiebeginn	5/12 W. ^b	
Schweizer	Vor Therapiebeginn Bei Anmeldung	ca 16 W.	48 W.

Anmerkung: t1 = 1. Messzeitpunkt (Baseline), t2 = 2. Messzeitpunkt (Postmessung), t3 = 3. Messzeitpunkt (Katamnese), W=Wochen

^a = Während des Therapieprogramms wurde der Zeitabstand zwischen den Sitzungen verkürzt.

^b = Abhängig vom individuellen Umfang der therapeutischen Behandlung

Tabelle 1: Zeitabstände von der Baseline zur Postmessung und bis zur Katamnese

Therapieelemente: In den rein hypnotherapeutischen Behandlungsgruppen war die Therapie sowohl symptombezogen als auch problembezogen. Die Patienten erhielten Anleitungen zu Entspannungsübungen und Instruktionen zur Selbsthypnose. Ein wichtiges Therapieelement stellte die Dissoziation von Schmerzen oder anderen Problematiken dar, sowie die Fokussierung und Substitution, an Hand deren die Patienten Probleme auf visueller Ebene beschreiben und verändern konnten. Dies geschah zu meist in Trance. Weitere Techniken waren Telearbeit, Altersregression und Metaphern verschiedenen Inhalts, in den zahlreichen Trancen angewandt wurden. Die spezifischen Inhalte der jeweiligen Trancen unterschieden sich für die einzelnen Störungsbereiche jedoch stark. Für eine ausführliche Beschreibung sei auf die Originalarbeiten hingewiesen.

Die Therapie von Behandlungsgruppen, die rein verhaltenstherapeutisch behandelt worden waren, zeichnete sich durch Therapieelemente wie Stimuluskontrolle, Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen und systematische Desensibilisierung aus. Darüber hinaus gab es in der Therapie Regeln und Rituale und auch Hausaufgaben für die Patienten. Sie wurden dazu angehalten regelmäßig in einem Tagebuch Protokoll zu führen. In manchen Studien wurden auch Entspannungsverfahren eingesetzt, welche aber klar von hypnotherapeutischen Interventionen abzugrenzen sind.

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Interventionsform	N	d	s	95% KI	Signifikanz
Hypnotherapie	5	.654	.100	.458 <d< .850	signifikant
Verhaltenstherapie	5	.435	.063	.311 <d< .558	signifikant
Kombinierte Therapie	4	.899	.089	.724 <d< 1.073	signifikant
Kontrollgruppe	3	-.076	.063	-.190 <d< -.056	signifikant

Anmerkung: n = Anzahl der integrierten Behandlungsgruppen, d = aggregierte Effektstärke zur Postmessung, s = Standardabweichung der aggregierten Effektstärke, 95% KI= 95% Konfidenzintervall, Signifikanz bei $p < .05$,

Tabelle 2: Effektstärken der Interventionsformen zum Zeitpunkt der Postmessung

Kombinierte Therapieprogramme enthielten sowohl oben genannte hypnotherapeutische, als auch verhaltenstherapeutische Elemente.

Ergebnisse

Zur Postmessung

Es zeigte sich für den Zeitpunkt der Postmessung (siehe Tabelle 2) eine signifikante Wirksamkeit von Hypnotherapie ($d = .654$; 95% KI: $.458 < d < .850$, s.), kognitiver Verhaltenstherapie ($d = .435$; 95% KI: $.311 < d < .558$, s.) und kombinierter Therapie ($d = .899$; 95% KI: $.724 < d < 1.073$, s.). Für die Kontrollgruppe ergab sich mit $d = -.076$ (95% KI: $-.19 < d < -.056$, s.) ein schwacher Effekt mit negativer Richtung. Bei einer Aggregation aller drei Behandlungsformen zu einer Gesamteffektstärke für den Zeitpunkt der Postmessung resultierte eine mittlere Effektstärke von $d = .499$ (95% KI: $.391 < d < .597$, s.). Sowohl reine Hypnotherapie als auch kombinierte Therapie lagen mit ihren Effektstärken über diesem Wert. Beim Test auf Homogenität zeigte sich, dass die Effektstärken heterogen sind, was bedeutet, dass sich die drei Interventionsgruppen (ohne Kontrollgruppe) signifikant in ihrer Wirkung unterscheiden.

Zur Katamnese

Für die Hypnotherapie ergab sich zum Zeitpunkt der Katamnese (siehe Tabelle 3) eine größere Wirksamkeit ($d = .709$, 95% KI: $.505 < d < .913$, s.) als vorher zum Zeitpunkt der Postmessung. Das deutet auf die positive Langzeitwirkung dieser Interventionsform hin. Mit einer Effektstärke von $d = .424$ (95% KI: $.284 < d < .563$, s.) für die Verhaltenstherapie ergab sich hier eher ein konstanter Effekt. Die kombinierte Therapie war mit einer großen Effektstärke von $d = .896$ (95% KI: $.672 < d < 1.119$, s.) auch zum Katamnesezeitpunkt sowohl der Hypnotherapie als auch der Verhaltenstherapie

Interventionsform	n	d	s	95% KI	Signifikanz
Hypnotherapie	5	.709	.104	.505 <d< .913	signifikant
Verhaltenstherapie	5	.424	.071	.284 <d< .563	signifikant
Kombinierte Thera-pie	3	.896	.114	.672 <d< 1.119	signifikant
Kontrollgruppe	2	.163	.109	-.050 <d< .376	nicht sign.

Anmerkung: n = Anzahl der integrierten Behandlungsgruppen, d = aggregierte Effektstärke zur Postmessung, s = Standardabweichung der aggregierten Effektstärke, 95% KI= 95% Konfidenzintervall, Signifikanz bei $p < .05$,

Tabelle 3: Effektstärken der Interventionsformen zum Zeitpunkt der Katamnese

in ihrer Wirksamkeit überlegen. Für die Kontrollgruppe zeigte sich zum Zeitpunkt der Katamnese kein signifikanter Effekt mehr ($= .163$; 95% KI: $-.05 < d < .376$, n.s.). Bei der Analyse einer Gesamteffektstärke ($= .594$; 95% KI: $.486 < d < 1.038$, s.) für den Zeitpunkt der Katamnese ergab sich erneut, dass Hypnotherapie und kombinierte Therapie mit ihren Effektstärken über der mittleren Gesamt-Effektstärke liegen. Auch zum Zeitpunkt der Katamnese waren die Effektstärken heterogen, d.h. die drei Interventionsformen unterschieden sich.

Störungsspezifische Ergebnisse

Die größte Wirksamkeit zeigte sich bei den rein hypnotherapeutischen Programmen für die Störungsbereiche der Migräne (Post: $d = 1.186$; 95% KI: $.549 < d < 1.823$, s.; Kat: $d = 1.028$; 95% KI: $.461 < d < 1.594$, s.) und der Flugangst (Post: $d = 1.198$; 95% KI: $.708 < d < 1.688$, s.; Kat: $d = .886$; 95% KI: $.480 < d < 1.292$, s.). Für Migräne konnten mehrere Studien und Behandlungsgruppen aggregiert werden, wohingegen das Ergebnis für Flugangst aus einer Einzelstudie resultiert. Ebenfalls auf einzelne Behandlungsgruppen gehen die störungsspezifischen Effektstärken bei kombinierter Therapie zurück. Hier zeigte sich die höchste Wirksamkeit bei Nikotinabusus (Post: $d = 1.883$; 95% KI: $1.387 < d < 2.278$, s.; Kat: $d = 1.151$; 95% KI: $.655 < d < 1.537$, s.) und Migräne (Post: $d = 1.543$; 95% KI: $.890 < d < 2.195$, s.; Kat: $d = 1.433$; 95% KI: $.777 < d < 2.093$, s.) (siehe Tabelle 4).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Wirksamkeit aller drei untersuchten Interventionsformen (Abbildung 1). Sie belegen jedoch auch eine deutlich größere Langzeitwirkung von Interventionsformen mit hypnotherapeutischen Elementen gegenü-

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

Störung	Postmessung			Katamnese		
	d	95% KI	Sign.	d	95% KI	Sign.
Hypnotherapie						
Migräne	1.186	.549 <d< 1.823	*	1.028	.461 <d< 1.594	*
Insomnie	.483	-.236 <d< 1.202	ns	.569	.314 <d< .823	*
Flugangst	1.198	.708 <d< 1.688	*	.886	.480 <d< 1.292	*
Verhaltenstherapie						
Adipositas	.384	.184 <d< .552	*	.372	.221 <d< .523	*
Migräne	1.101	.407 <d< 1.794	*	1.307	.650 <d< 1.965	*
Insomnie	.547	.300 <d< .793	*	.698	.409 <d< .902	*
Nikotinabusus	.661	.321 <d< 1.000	*	.949	.609 <d< 1.288	*
Kombinierte Therapie						
Adipositas	.506	.292 <d< .719	*	.638	.342 <d< .933	*
Migräne	1.543	.890 <d< 2.195	*	1.433	.772 <d< 2.093	*
Prüfungsangst	.868	.544 <d< 1.233	*	#	#	
Nikotinabusus	1.883	1.387 <d< 2.278	*	1.151	.655 <d< 1.537	*

Anmerkung: n = Anzahl der integrierten Behandlungsgruppen, d = aggregierte Effektstärke zur Postmessung, 95% KI= 95% Konfidenzintervall, * = Signifikanz bei p<.05

Bei der Prüfungsangst gab es keine Katamnese, da die Prüfung zum Zeitpunkt der Postmessung stattfand

Tabelle 4: Störungsspezifische Effektstärken für Hypnotherapie, Verhaltenstherapie und kombinierter Therapie für die Zeiträume der Postmessung und Katamnese

ber reiner Verhaltenstherapie. Die kombinierte Therapie zeigte zu beiden Zeitpunkten die höchste Wirksamkeit. Dieses Ergebnis ist konform mit zahlreichen Untersuchungen, die ebenfalls eine Kombination von Elementen beider Verfahren für die Therapie bestimmter Störungen nahe legen (u.a. Kirsch et al. 1995; Schöneberger 2000). Die bemerkenswerten Ergebnisse für die Störungsbereiche Migräne und Nikotinabusus untermauern das Gutachten des WBP (2006), das Hypnotherapie für „psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10 F54)“ und Substanzmissbrauch (F1, F55) als wirksames Verfahren anerkannte. Sie zeigen jedoch auch die Wirksamkeit in weiteren Bereichen, da bemerkenswert hohe Effektstärken für die Hypnotherapie beispielsweise bei Angststörungen gefunden wurden, die über die vom WBP anerkannten Indikationen hinausgehen (vgl. Flammer 2006).

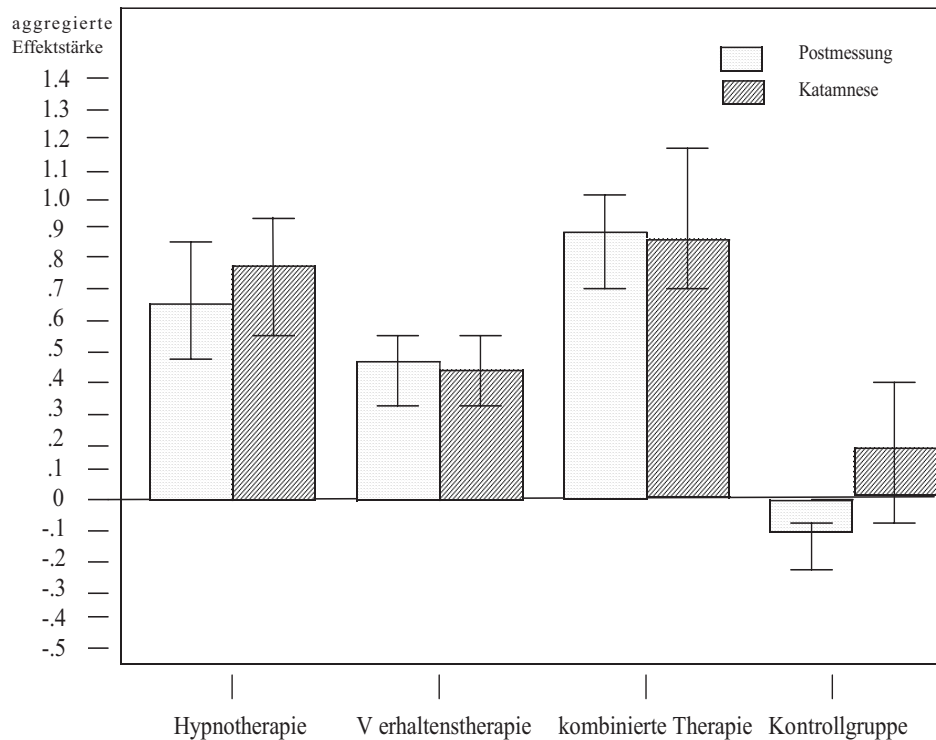


Abbildung 1: Effektstärken und zugehörige Konfidenzintervalle der verschiedenen Interventionsformen zum Zeitpunkt der Postmessung und Katamnese.

Literatur

- *Allgaier, S. (2004). Durchführung und vergleichende Evaluation eines behavioralen und eines hypnotherapeutischen Therapieprogramms für Migränepatienten in Kleingruppen. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Bolocofsky, D. N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.
- Boutin, G. E. & Tosi, D. J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.
- Deyoub, P. L. (1979). Hypnosis in the treatment of obesity and the relation of suggestibility to outcome. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and medicine*, 26, 137-149.
- *Faran, S. (2002). Pharmacological and psychological approaches of migraine treatment. Unveröffentlichte Dissertation. Eberhard-Karls Universität Tübingen.

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

- Flammer, E. (2006). Die Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Angststörungen. *Hypnose*, 1(1+2), 173-198.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1995). *Statistical methods for metaanalysis*. Orlando: Academic Press.
- Horowitz, S. L. (1970). Strategies within hypnosis for reducing phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 104-112.
- Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings*. (2. ed.). Thousand Oaks, CA Sage.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A Metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 214-220.
- *Ottenwälder-Amrein, A. & Schmid D. (2003). Hypnotherapeutische Behandlung bei primärer Insomnie. Eine vergleichende Effektivitätsstudie von Gruppen- vs. Einzeltherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2), 7-164.
- *Riedinger, S. (2003). Konzeption, Durchführung und Evaluation eines hypnotherapeutischen Behandlungsprogramms für Migränepatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- Rustenbach, S. J. (2003), *Metaanalyse*. Bern: Huber.
- *Schlarb, A. (2003). Verhaltenstherapie und Hypnotherapie bei primärer Insomnie. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Schöneberger, N. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. 154-169.
- *Schweizer, C. (2001). Hypnotherapie bei Nikotinabusus. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- *Stich, I. & Mewes, A. (2001). Gewichtsreduktion unter Hypnose und Verhaltenstherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- *Teschner, R. (2001). Hypnotherapeutische Intervention bei Flugangst. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- *Utz, M. (2003). Konzeption und Durchführung eines behavioralen Therapieprogramms für Migränepatienten und vergleichende Evaluation mit einem hypnotherapeutischen und hypno-verhaltenstherapeutischen Trainings. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- *Weinman, U. & Schulz, C. (2001). Hypnotherapeutische Behandlung bei primärer Insomnie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- Whorwell, P. J., Prior, A. & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory Irritable-Bowel-Syndrom. *The Lancet*, 2, 1232-1234.
- WBP Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *Hypnose. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 1(1+2), 165-172.
- *Zeyer, R. (2004). Stress und Hypnose. Bedingungsfaktoren und Bewältigung. Unveröffentlichte Dissertation. Eberhard-Karls Universität Tübingen.
- * In die Metaanalyse integrierte Originalstudien

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

erhalten: 13.4.08

revidierte Version akzeptiert: 16.6.08