

# **Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie**

## **Eine Studie zur Praxisevaluation**

*Ilona Spitale  
Dirk Revenstorf  
Claudia Ammann  
Christine Pundrich  
Dirk Lang  
Margit Koemeda-Lutz  
Martin Kaschke  
Thomas Scherrmann  
Halko Weiss  
Ulrich Soeder*

### **Einleitung**

Zahlreiche empirische Studien belegen die Wirksamkeit der Hypnotherapie hinsichtlich verschiedener Störungen im psychologischen und medizinischen Bereich. Diese wurden bereits in mehreren Metaanalysen zusammengefasst (z.B. Smith et al. 1980; Grawe et al. 2001; Revenstorf & Prudlo 1994; Bongartz et al. 2002, Revenstorf 2006).<sup>1)</sup> Die Körperpsychotherapie bemüht sich bislang noch um empirische Belege ihrer Wirksamkeit und die vermehrten Forschungsaktivitäten in den letzten Jahren konnten den Nutzen der Körperpsychotherapie bei der Behandlung spezifischer Störungen aufzeigen. In ihrer Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren fassen Loew et al. (2006) den Forschungsstand von 1906 bis 2005 zusammen und führen neben zahlreichen Einzelfall- sowie Kohorten/Cross-sectional-Studien einige randomisiert-kontrollierte Studien auf. Trotz dieser aussagekräftigen Hinweise auf die Wirksamkeit der körperorientierten Psychotherapie wird oftmals die geringe Anzahl empirischer Studien zur Evaluation der Körperpsychotherapie und deren meist unzureichende methodische Qualität bemängelt (z.B. Grawe et al.; 2001; Röhrich 2000; Geuter 2004; Loew et al. 2006).

Ilona Spitale, Dirk Revenstorf, Claudia Ammann, Christine Pundrich, Dirk Lang, Margit Koemeda-Lutz, Martin Kaschke, Thomas Scherrmann, Halko Weiss und Ulrich Soeder, Universität Tübingen

**Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation**

**Ziel:** Vergleich von Körperpsychotherapie (KT) und Hypnotherapie (HT). **Methoden:** In einer Praxisevaluation wurde der Erfolg von Körperpsychotherapie (KT) und Hypnotherapie (HT) an 161 (KT) und 49 (HT) Patienten niedergelassener Therapeuten anhand von Symptombelastung (SCL 90), Lebenszufriedenheit und interpersonellen Problemen verglichen. **Ergebnisse:** Beide Behandlungsformen erzielten signifikante Verbesserungen und unterschieden sich in der Wirksamkeit nicht.

**Schlüsselwörter:** Körperpsychotherapie, Hypnotherapie, Wirksamkeit

**Effectiveness of body psychotherapy compared to hypnotherapy**

**Purpose:** Comparing body psychotherapy (KT) with hypnotherapy (HT). **Methodology:** In a clinical effectiveness study the gain with respect symptom severity (SCL-90), life quality and interpersonal problems in 161 body psychotherapy (KT) patients was compared to that in 49 hypnotherapy (HT) patients. **Results:** Both therapy forms produced significant ameliorations of the same size in the studied groups.

**Keywords:** body psychotherapy, hypnotherapy, effectiveness

**Efficacité de l'hypnothérapie en comparaison à la psychothérapie corporelle. Une étude d'évaluation clinique**

**Objectif:** Comparer la psychothérapie corporelle (PC) à l'hypnothérapie (HT). **Méthode:** dans une étude d'évaluation clinique sur des patients traités en cabinet privé, les résultats positifs de l'HT (161 patients) et de la PC (49 patients) ont été comparés sur la base de la sévérité des symptômes (SCL-90), de la qualité de vie et des problèmes interpersonnels. **Résultats:** Les deux formes de thérapie obtiennent des améliorations significatives dans un même ordre de grandeur dans les deux groupes de traitement.

**Mots clés:** psychothérapie corporelle, hypnothérapie, efficacité (Claude Beguelin)

In der vorliegenden Sekundäranalyse wurden die Rohdaten zweier Evaluationsstudien vergleichend ausgewertet. Diese wurden zwischen 1998 und 2005 in ambulanten Praxen in Deutschland und der Schweiz erhoben. Die Studien hatten das Ziel, die Wirksamkeit der Körperpsychotherapie bzw. der Hypnotherapie im ambulanten psychotherapeutischen Alltag an Stichproben aus Deutschland und der Schweiz zu untersuchen. Die Körperpsychotherapie-Studie wurde auf Initiative des Hakomi Institute of Europe durchgeführt (Koemeda-Lutz et al. 2007). Die Hypnotherapie-Studie verwendete die gleichen Erhebungsinstrumente, die Patienten wurden jedoch anders rekrui-

tiert, nämlich im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (MEG) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH); diese Studie wurde an der Universität Tübingen durchgeführt.<sup>2)</sup>

## **Methode**

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einem Prä-Post-Versuchsplan mit drei Messzeitpunkten und zwei Therapiegruppen. Hierbei handelt es sich um ein naturalistisches Design mit individuellen Sitzungen ohne Manualisierung, ohne standardisierte Durchführung und ohne randomisierte Zuteilung der Patienten auf die beiden Behandlungsformen (im Sinne einer „patient preference study“). Nach Baumann und Perez (1998) ist die Studie der Phase I zuzuordnen. Eine solche Art der Wirksamkeitsprüfung lässt sich am ehesten als Quasidesign durchführen (Wottawa & Thierau 2003), d.h. ein Vergleich mit einer unbehandelten Wartelisten-Kontrollgruppe ist nicht vorgesehen. Der Mangel an dieser Art der Therapiestudien, die letztendlich die Umsetzbarkeit im Sinne von „effectiveness“ (Seligmann 1995) feststellen sollen, ist von zahlreichen Autoren (z.B. Baumann 1999, Richter 1998, Vanderbos 1996) immer wieder beklagt worden.

Die unabhängige Variable bildet die Therapieform. Im Falle der Hypnotherapie wurden Interventions-Checklisten eingesetzt. Pundrich (2005) stellt nach deren Auswertung fest, dass knapp 90% hypnotherapeutische beziehungsweise imaginative Techniken verwendet wurden und ca. 10% der Arbeit aus dem Inventar der weiteren Grund- und Zusatzausbildungen stammt. Im Gegensatz dazu wurden bei der Körperpsychotherapie-Evaluationsstudie keine Interventions-Checklisten eingesetzt. Die Körperpsychotherapeuten gaben jedoch an, die an ihrem jeweiligen Institut gelehrt Methode als Hauptverfahren anzuwenden. Die Methoden der verschiedenen Körperpsychotherapie-Institute können sich zwar erheblich voneinander unterscheiden, doch konnten Koemeda-Lutz et al. (2007) zeigen, dass die Institutzugehörigkeit der Therapeuten zum Großteil keinen signifikanten Einfluss auf die Therapieverläufe hatte.

Die hier betrachteten abhängigen Variablen sind die Gesamtwerte folgender Selbstbeurteilungsfragebögen: die Symptom-Checkliste-90R (SCL-90R; Derogatis 1992; Franke 2002), das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D; Horowitz et al. 2000) und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit aus der Marburger Gesundheitsstudie (LZH; Bernhard et al. 2000). Der Gesamtwert GSI (Global Severity Index) des SCL-90 kann Werte zwischen 0 und 4 annehmen (MW=0,38 und SD=0,39 der deutschen Normstichprobe; Hessel et al. 2001). Das IIP-D dient der Selbsteinschätzung von Problemen im Umgang mit anderen Menschen. In den Evaluationsstudien wurde die Kurzform mit insgesamt 64 Items eingesetzt. Der Fragebogen stellt ein „direktes Maß seelischer Gesundheit“ dar (Amman 2004, S. 16). Der LZH enthält 12 Rating-skalen zwischen 0 und 4 zur Zufriedenheit in neun Lebensbereichen; es liegen keine Normwerte vor.

## *Hypnotherapie und Körperpsychotherapie*

Zur Kontrolle werden die soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht und Schulbildung der Patienten einbezogen. Als weitere deskriptive Variable dient die Therapieintensität, also die Zeit, die ein jeweiliger Klient in der Therapie verbringt (Anzahl der Sitzungen x Dauer der Sitzung).

### *Stichproben*

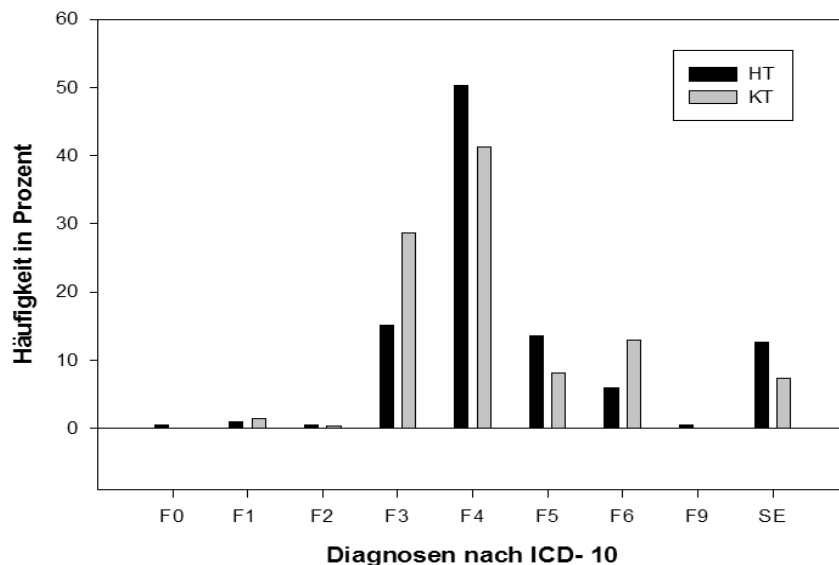
*Rekrutierung der Therapeuten:* Zwischen 1998 und 2002 wurden alle zertifizierten Therapeuten der teilnehmenden Institute<sup>3)</sup> anhand von Rundbriefen, telefonischen Rundrufaktionen und Anzeigen eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Sie wurden gebeten, den nächsten vorstelligen Klienten zur Teilnahme an der Studie zu motivieren. War dieser einverstanden und erfüllte er die Aufnahmekriterien, wurde ihm zu den jeweiligen Messzeitpunkten durch den Therapeuten die Fragebogenbatterie ausgehändigt.

*Therapeuten-Charakteristika:* Die Therapeuten, die an der Hypnotherapie-Evaluationsstudie teilnahmen, verbanden eklektisch die Hypnotherapie mit mindestens einer weiteren Psychotherapie. Ihr Ausbildungshintergrund umfasste folgende Richtungen: Verhaltenstherapie, Rational-emotive und interpersonelle Therapie, Gesprächstherapie und Focusing, Paar- und Sexualtherapie, Systemische und Kurzzeiththerapie, tiefenpsychologisch-, individualpsychologisch-, dynamisch-, gruppentherapeutisch-orientierte Therapie, Neurolinguistische Programmierung (NLP), Katathymes Bilderleben, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), autogenes Training, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie (z.B. Bioenergetik), Medizinische Ausbildung (Ammann 2004).

In der Körperpsychotherapie-Evaluationsstudie gaben die Therapeuten an, die an ihrem Institut gelehrt Methode als Hauptverfahren anzuwenden. Die deutschen Körperpsychotherapeuten stammen aus folgenden Richtungen: Hakomi Experiential Psychology, Unitive Psychology, Biodynamische Psychologie. Die Schweizer Körperpsychotherapeuten stammen aus folgenden Instituten: Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT), Klientenzentrierte Gesprächs- und Körperpsychotherapie (GFK), Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP), Schweizer Institut für Körperorientierte Psychotherapie (SIKOP), Internationales Institut für Biosynthese (IIBS) (Koemeda-Lutz et al. 2007).

*Stichprobenselektion:* Grundsätzlich wurden nur die Klienten in die Analysen einbezogen, die Angaben zu Alter, Geschlecht und Schulbildung gemacht haben. Außerdem erfüllen die Klienten folgende Kriterien: sie sind zwischen 18 und 67 Jahre alt und erscheinen regelmäßig zur Therapie. Ausschlusskriterium ist die Teilnahme an einer anderen klinischen Studie innerhalb der letzten sechs Monate vor Studienbeginn und während der Studie.

Folglich handelt es sich bei den Teilnehmern um eine unausgelesene, hinsichtlich ihrer Diagnosen heterogene Stichprobe. Abbildung 1 mit der prozentualen Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Diagnosen nach ICD-10 erlaubt einen Vergleich der



- F0: Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
- F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3: Affektive Störungen (z.B. Depressive Episode (F32))
- F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Phobische Störungen, sonstige Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen)
- F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Ess-Störungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen)
- F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- SE: Somatische Erkrankung ohne ICD-10 Bezug

Abbildung 1: Häufigkeit der vergebenen Diagnosen in den Studien Hypnotherapie (HT) und Körperpsychotherapie (KT).

Diagnosen zwischen den Körperpsycho- und Hypnotherapiepatienten.

In die Analyse einbezogen wurden für den Prä-Post-Vergleich insgesamt 161 Körperpsychotherapie-Patienten (KT), davon 117 Frauen und 44 Männer. Bei der Hypnotherapie-Studie (HT) waren es 49 Patienten, 39 Frauen und 10 Männer. Die KT-Patienten sind zum ersten Messzeitpunkt durchschnittlich 39,18 (SD=8,43) Jahre alt, die HT-Patienten durchschnittlich 37,98 (SD=9,46) Jahre. 64% der KT-Patienten haben Abitur; bei den HT-Patienten sind es 59%. In den soziodemographischen Variablen unterscheiden sich die beiden Patienten-Stichproben nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich zwischen dem ersten (Prä), zweiten (Post) und dritten (Kat) Messzeitpunkt werden 27 HT-Patienten und 49 KT-Patienten einbezogen. In Bezug auf die klinischen Werte und soziodemographischen Angaben zeigt die Dropout-Ana-

## Hypnotherapie und Körperpsychotherapie

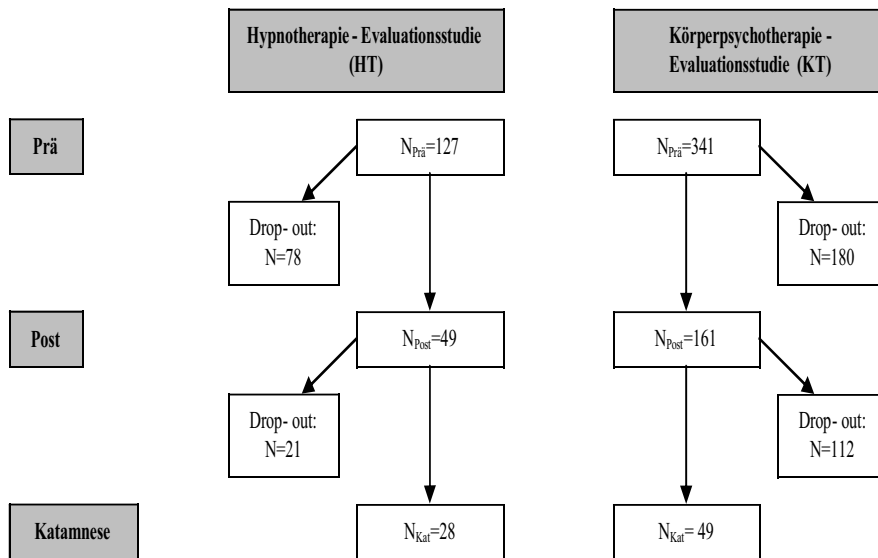


Abbildung 2: Übersicht über die Messzeitpunkte und die jeweilige Stichprobengröße

lyse, dass sich die Patienten, die die Studie zum dritten Messzeitpunkt abbrechen, nicht signifikant von denjenigen unterscheiden, die in der Studie verbleiben. Aus Abbildung 2 sind die jeweiligen Stichprobengrößen zum ersten, zweiten und dritten Messzeitpunkt und die daraus errechnete Höhe des Drop-outs abzulesen. Hier sind nur diejenigen Klienten mit vollständigen soziodemographischen Angaben einbezogen.

## Ergebnisse

### Datenanalyse

Es soll untersucht werden, ob es einen Effekt auf die Veränderung in den klinischen Werten gibt, der auf die unterschiedlichen Therapieformen zurückzuführen ist. Zur Beantwortung dieser Frage werden einfaktorielle Varianzanalysen für Messwiederholung mit dem between-subjects Faktor *Therapiegruppe* und dem within-subjects Faktor *Zeit* durchgeführt. Als Maß für den Einfluss der unabhängigen Variablen auf die abhängige wird  $\eta^2$  (Eta Square) berechnet. Zusätzlich werden die Effektstärken nach Cohen (1992) angegeben. Die Auswertung der Daten wurde mit SPSS 15.0 für Windows durchgeführt. Das Signifikanzniveau beträgt 5% und die Testung erfolgt zweiseitig.

	<b>Prä</b>	<b>Post</b>	<b>Kat</b>	
<b>KT</b>	<i>N=341</i>	<i>N=161</i>	<i>N=49</i>	<b>KT</b>
GSI MW (SD)	1,03 (0,58)	0,56 (0,43)	0,51 (0,44)	<b>Körper-</b>
LZH MW (SD)	3,24 (0,73)	3,65 (0,59)	3,70 (0,67)	<b>therapie-</b>
IIP MW (SD)	12,22 (3,61)	8,48 (4,31)	7,12 (4,15)	<b>klienten</b>
<b>HT</b>	<i>N=127</i>	<i>N=49</i>	<i>N=28</i>	<b>HT</b>
GSI MW (SD)	0,93 (0,59)	0,59 (0,57)	0,55 (0,57)	<b>Hypno-</b>
LZH MW (SD)	3,20 (0,82)	3,50 (0,70)	3,63 (0,72)	<b>therapie-</b>
IIP MW (SD)	11,62 (5,55)	8,26 (4,69)	7,44 (4,84)	<b>klienten</b>

*N* Stichprobengröße  
 MW (SD) Mittelwert (Standardabweichung)  
 Prä 1. Messzeitpunkt GSI Gesamtwert der SCL-90-R  
 Post 2. Messzeitpunkt LZH Gesamtwert Lebenszufriedenheit  
 Kat 3. Messzeitpunkt IIP Gesamtwert des Inventars Interpersoneller Probleme

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der KT- und HT-Klienten für die Gesamtwerte der SCL-90-R, der Lebenszufriedenheit und des Inventars interpersoneller Probleme.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der klinischen Werte der Prä-Post-Katamnese(Kat)-Stichproben sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Klienten beider Therapiegruppen haben im Vergleich zu einer Normstichprobe (MW=0,38; SD=0,39 s.o.) zu Beginn der Therapie einen deutlich erhöhten GSI. Im Vergleich zu verschiedenen Diagnosegruppen stationärer Psychotherapiepatienten leiden die ambulanten Körperpsychotherapiepatienten weniger ausgeprägt unter interpersonellen Problemen und sind vergleichbar mit psychosomatischen Patienten (MW=11,2; SD=4,1) bzw. solchen mit Abhängigkeitserkrankungen (MW=11,5; SD=3,8; Wuchner et al. 1993).

#### PSYCHISCHE BELASTUNG (GESAMTWERT GSI DER SCL-90-R)

*Intragruppenvergleich:* Zusammengefasst zeigen beide Therapiegruppen eine Verbesserung im GSI vom ersten zum zweiten, sowie vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (Katamnese). Die einfaktorielle Varianzanalyse für beide Therapiegruppen zusammen zeigt von Prä nach Post einen hoch signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit [ $F(1/208)=55,039$ ;  $p<0,001$ ].  $\eta^2$  beträgt 0,209, demnach sind etwa 21% der Varianz des GSI durch die Veränderung in der Zeit von Prä nach Post zurückzuführen. Auch über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese zeigt sich ein hoch signifikanter Haupteffekt für die Veränderung in der Zeit [ $F(2/130)=29,203$ ;  $p<0,001$ ]. Die Varianzaufklärung durch diesen Faktor beträgt hier 29,1% ( $\eta^2=0,291$ ).

## Hypnotherapie und Körperpsychotherapie

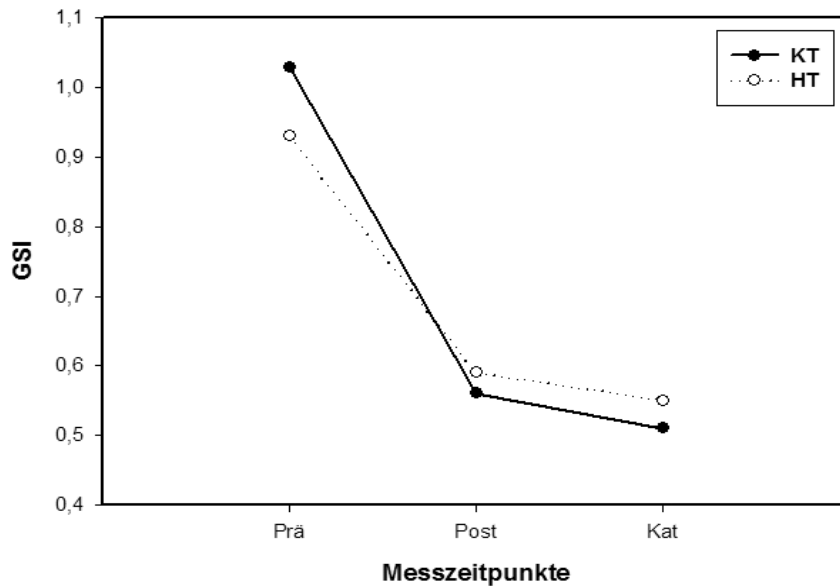


Abbildung 1: Mittelwerte der KT- und HT-Patienten im Gesamtwert GSI der SCL-90 zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

Post hoc zeigt sich mit Bonferroni-Korrektur von Prä nach Post ( $p < 0,001$ ), nicht aber von Post zur Katamnese eine signifikante Veränderung ( $p = 0,809$ ), das heißt, der erreichte Erfolg bleibt stabil.

*Intergruppenvergleich:* In der Analyse der Prä-Post-Stichprobe ist der Haupteffekt der beiden Therapieformen nicht signifikant [ $F(1/208) = 0,549$ ;  $p = 0,460$ ], ebenso wenig die Interaktion zwischen den Faktoren Therapie und Zeit [ $F(1/208) = 0,850$ ;  $p = 0,358$ ]. D.h. die beiden Therapiegruppen unterscheiden sich nicht in ihrem Ausgangsniveau und verbessern sich beide gleichermaßen von Prä nach Post. Über die Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese ist der Haupteffekt der Therapieformen ebenfalls nicht signifikant [ $F(1/71) = 0,011$ ;  $p = 0,918$ ] und auch die Interaktion nicht [ $F(2/142) = 1,420$ ;  $p = 0,245$ ]. Abbildung 1 zeigt die Verbesserung im Gesamtwert GSI bei den KT- und HT-Patienten.

Im Falle der KT beträgt die Effektstärke nach Cohen (1992) von Prä nach Post  $d = 0,9$  und ist als stark einzustufen. Im Falle der HT ist mit  $d = 0,6$  ein mittlerer Effekt zu verzeichnen.



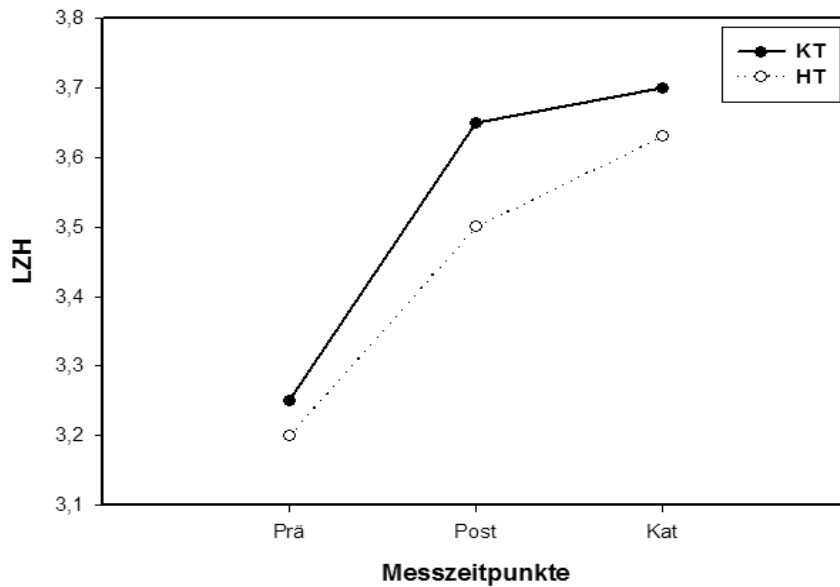


Abbildung 2: Lebenszufriedenheit; Mittelwerte der KT- und HT-Patienten im Gesamtwert LZH zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

#### LEBENSZUFRIEDENHEIT (GESAMTWERT LZH)

*Intragruppenvergleich:* Fasst man die beiden Therapiegruppen zusammen, so verbessert sich die Lebenszufriedenheit vom ersten zum zweiten und vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (Katamnese). Die Varianzanalyse zeigt von Prä nach Post einen hoch signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit [ $F(1/205)=38,718$ ;  $p<0,001$ ]. Durch ihn werden etwa 16 % der Varianz aufgeklärt ( $\eta^2=0,159$ ). Auch über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese zeigt sich ein hoch signifikanter Haupteffekt für diesen Faktor [ $F(2/138)=16,653$ ;  $p<0,001$ ], welcher etwa 20% der Varianz aufklärt ( $\eta^2=0,194$ ). Post hoc zeigt sich nach Bonferroni-Korrektur von Prä nach Post ( $p<0,001$ ) ein signifikantes Ergebnis, nicht aber von Post zur Katamnese ( $p=0,896$ ). Das heißt, beide Therapiegruppen verbessern sich während der Therapie und halten dann ihr Niveau der Lebenszufriedenheit (mindestens) bis zur Katamnese.

*Intergruppenvergleich:* Der Haupteffekt Therapie [ $F(1/205)=0,716$ ;  $p=0,399$ ] ist von Prä nach Post nicht signifikant, ebenso wenig die Interaktion [ $F(1/205)=1,104$ ;  $p=0,295$ ]. Auch über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese hinweg ist der Haupteffekt Therapieform [ $F(1/69)=0,192$ ;  $p=0,663$ ] und die Interaktion zwischen

### Hypnotherapie und Körperpsychotherapie

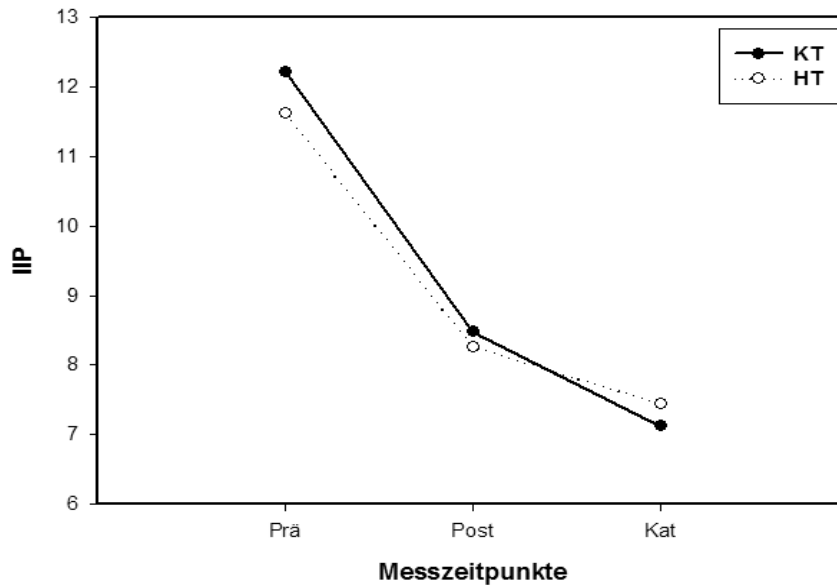


Abbildung 3: Mittelwerte KT- und HT- Patienten im Gesamtwert der interpersonellen Probleme (IIP) zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

den Faktoren Therapie und Zeit nicht signifikant [ $F(2/138)=0,089$ ;  $p=0,915$ ]. In Abbildung 2 können die Veränderungen im Gesamtwert LZH bei den KT- und HT-Patienten verglichen werden.

Die Effektstärke bei der KT ist von Prä nach Post  $d=0,6$ , also ein mittlerer Effekt. Bei der HT ist dies mit  $d=0,4$  ein eher schwacher Effekt.

#### INTERPERSONELLE PROBLEME (GESAMTWERT IIP)

*Intragruppenvergleich:* Die Patienten beider Therapiegruppen geben zum zweiten Messzeitpunkt an, weniger interpersonelle Probleme zu haben als zum ersten Messzeitpunkt. Ebenso geben sie zum dritten Messzeitpunkt an, weniger interpersonelle Probleme zu haben als zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt. Es zeigt sich ein hoch signifikanter Haupteffekt für den Faktor Zeit von Prä nach Post [ $F(1/198)=87,812$ ;  $p<0,001$ ], durch den etwa 31% der Varianz aufgeklärt werden ( $\eta^2=0,307$ ). Der Haupteffekt für den Faktor Zeit [ $F(2/69)=29,373$ ;  $p<0,001$ ] über die Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese ist ebenfalls hoch signifikant und klärt etwa 30% der Varianz auf ( $\eta^2=0,299$ ). Post hoc zeigt sich nach Bonferroni-Korrektur von Prä nach Post ( $p<0,001$ ), nicht aber von Post zur Katamnese ( $p=0,409$ ) ein signifikantes Ergebnis.

*Intergruppenvergleich:* Vergleicht man den Therapieverlauf der beiden Behandlungsformen, so zeigt sich, dass der Haupteffekt Therapie [ $F(1/198)=0,050$ ;  $p=0,824$ ] von Prä nach Post nicht signifikant ist, auch nicht die Interaktion [ $F(1/198)=0,240$ ;  $p=0,625$ ]. Über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese ist der Haupteffekt Therapie ebenso wenig [ $F(1/69)=0,002$ ;  $p=0,965$ ] wie die Interaktion zwischen den Faktoren Therapie und Zeit [ $F(2/138)=0,382$ ;  $p=0,683$ ] signifikant. Die KT- und HT-Patienten zeigen also gleichermaßen eine Verringerung der interpersonellen Probleme (siehe Abbildung 3).

Bei der KT beträgt die Effektstärke von Prä nach Post  $d=0,9$ , was als stark einzustufen ist. Bei der HT ist mit  $d=0,7$  ein mittlerer Effekt zu verzeichnen.

#### *THERAPIEINTENSITÄT*

Anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben wurde ein Vergleich der Therapieintensität durchgeführt, also der in Therapie verbrachten Zeit in Minuten. Die HT-Klienten haben zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt durchschnittlich  $MW=1117$  ( $SD=759$ ) Minuten in Therapie verbracht. Bei den KT-Klienten waren es deutlich mehr, durchschnittlich  $MW=3111$  ( $SD=1567$ ). Der Unterschied ist sehr signifikant ( $t=7,897$ ;  $p<0,001$ ).

### **Diskussion**

Die Wirksamkeit der Hypno- wie auch der Körperpsychotherapie konnte vor allem in den letzten Jahren störungsspezifisch immer wieder nachgewiesen werden. Auch im Vergleich mit anderen Therapien offenbaren sie ihren Nutzen, wenngleich die Anzahl der Studien in diesem Bereich geringer ist. Die vorliegende Arbeit nimmt erstmals einen Wirksamkeitsvergleich der Hypno- und Körperpsychotherapie in Form einer Sekundäranalyse der Daten zweier Evaluationsstudien vor. Untersucht wird die Wirksamkeit der Hypno- und Körperpsychotherapie im klinischen Feld. Hierbei hatten sich die Patienten selbst einer Therapieform zugewiesen („patient preference study“). Diese stellen hinsichtlich ihrer Diagnosen eine heterogene Stichprobe dar. Die Therapeuten wurden nicht auf die Anwendung von Therapiemanualen verpflichtet und so stellen die Therapien individuelle Sitzungen dar.

Zwischen den Therapiegruppen gab es zum ersten Messzeitpunkt keine Unterschiede in den soziodemographischen Variablen wie auch in den klinischen Ausgangswerten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten beider Therapiegruppen zu Therapieende gleichermaßen deutliche Verbesserungen in den drei klinischen Werten (Lebenszufriedenheit, psychische Symptombelastung und interpersonelle Probleme) zeigen, die bei der Katamnese ein Jahr nach Abschluss der Therapie noch stabil sind. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zeigen sich vorwiegend mittlere bis starke Effekte. Die Behandlungsformen unterscheiden sich in dieser Untersuchung nicht in ihrer Wirksamkeit. Allerdings war die Therapieintensität, d.h. die Therapiedauer, bei

## *Hypnotherapie und Körperpsychotherapie*

der Körperpsychotherapie dreimal höher als bei der Hypnotherapie. Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass die Hypnotherapie mit geringerem Aufwand ähnliche Verbesserungen in den klinischen Werten erzielt. Dies steht im Einklang mit anderen Befunden, in denen sich zeigt, dass mit einer geringen Zahl von Hypnotherapiesitzungen signifikante Verbesserungen erreicht werden können und sich die Dauer einer Psychotherapie durch den Einbezug von hypnotherapeutischen Techniken verkürzt (Kraiker & Peter 1998; Revenstorf 2006, Revenstorf & Peter 2001). Allerdings ist zu beachten, dass die Angaben zur Therapieintensität im Rahmen dieser Arbeit mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Zum einen ist die Streuung der Werte groß (s.o.) und zum anderen waren es nur 6 von 49 Hypnotherapeuten, die hierzu Angaben machten, während sich 155 von insgesamt 161 Körperpsychotherapeuten hierzu äußerten (Pundrich 2005; Koemeda-Lutz et al. 2007). Die Angaben der Hypnotherapeuten sind also keineswegs repräsentativ, weshalb aus den vorliegenden Daten eine definitive Aussage darüber, ob die eine Therapie schneller Verbesserungen bewirkt als die andere, nicht ableitbar ist. Doch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit von Therapien regen die vorliegenden Hinweise zu Studien an, die dieser Frage der Kosten-Nutzenanalyse durch Konstanthaltung der relevanten Faktoren adäquat nachgehen.

## **Literatur**

- Ammann, C. (2004). Evaluation des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie. Die Bedingungen eines subjektiv eingeschätzten Therapieerfolgs. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Tübingen.
- Baumann, U. (1999). Wie einheitlich ist die Psychologie? *Psychotherapeut*, 44; 360-366.
- Baumann, U. & Perrez, M. (1998). *Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Bernhard, P., Kupka, U. & Lutz, R. (2000). Marburger Gesundheitsstudien V. Effekte stationärer Verhaltenstherapie. In Bassler, M. (Hrsg.). *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra*. Gießen: Psychosoz. Verlag.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Manual Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Geuter, U. (2004). Körperpsychotherapie und Erfahrung - Zur Geschichte, wissenschaftlichen Fundierung und Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode. Verfügbar unter <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/363/> (August 2007)
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme. Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

- Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2007). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien- EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 1-8.
- Kraiker, C. & Peter, B. (1998). *Psychotherapieführer*. München: C. H. Beck.
- Lang, D. (2007). Analyse spezifischer Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg bei Hypnose. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Tübingen.
- Loew, T. H., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien - wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Pundrich (2005). Zum Einfluss der Suggestibilität auf den Therapieerfolg. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Berlin.
- 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 (s.a. unter <http://www.meg-tuebingen.de/meg/downloads/Expertise.pdf>)
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (2006). *Wissenschaftliche Anerkennung der Hypnose*. Hypnose. München: www.MEG-Stiftung.de
- Revenstorf, D. & Ammann, C. (2002). *Praxis-Evaluation der Hypnotherapie*. Zwischenbericht 1/ 02. Unveröffentlichtes Manuskript. Fachbereich Psychologie, Universität Tübingen.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin*. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11, 190-224.
- Richter, R. (1998). *Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie*. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 416-429). Bern: Hans Huber.
- Röhrich, F. (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50; 965-974.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. J. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: J. Hopkins Univ. Press.
- Vandenbos, G. (1996). Outcome assessment of psychotherapy. *American psychologist*, 51 (10).
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. (2006). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie*. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 165-172.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klienten verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*; 29 (2); 198-214.

Ilona Spitale, Dipl.Psych.  
M.H. Erickson-Akademie  
Gartenstr. 18  
72074 Tübingen  
[kontakt@meg-tuebingen.de](mailto:kontakt@meg-tuebingen.de)

## Hypnotherapie und Körperpsychotherapie

1) Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2006) wurde die Hypnotherapie indikations-spezifisch als Behandlungsmethode anerkannt.

2) Auf der Basis dieser Therapieevaluation entstanden bisher drei Diplomarbeiten und ein Zwischenbericht (Revenstorf & Ammann 2002): Die Arbeit von Pundrich (2005) hat den Einfluss der Suggestibilität auf den Therapieerfolg zum Thema; Ammann (2004) beschäftigt sich in ihrer Diplomarbeit mit den Bedingungen eines subjektiv eingeschätzten Therapieerfolgs; Thema der Diplomarbeit von Lang (2007) sind die Prädiktoren des Therapieerfolgs.

3) Im Falle der K-ES nahmen insgesamt acht von 38 deutschen und schweizer Mitgliedsinstitutionen bzw. Fachgesellschaften der EABP bzw. der Schweizer Charta für Psychotherapie teil. Die Auswahl der Institute erfolgte nicht systematisch (Koemeda-Lutz 2007). Im Falle der H-ES waren es Mitglieder der MEG und DGH, also Therapeuten, die als approbierte Psychologen oder Ärzte eine psychotherapeutische Zusatzausbildung in Hypnose absolvierten und in Deutschland, Österreich oder der Schweiz im stationären oder ambulanten Versorgungsbereich psychotherapeutisch tätig sind (Revenstorf & Ammann 2002).

erhalten: 27.1.08

revidierte Version akzeptiert: 21.5.08

**Hypnose.** Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie

**Verantwortlicher Herausgeber:** Burkhard Peter, MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München  
Burkhard-Peter@t-online.de

**Wissenschaftliche Herausgeber:** Walter Bongartz, Christoph Kraiker, Ulrike Halsband, Wolfgang Miltner,  
Dirk Revenstorf, O. Berndt Scholz, Henriette Walter

**Gesellschaftsvertretende Herausgeber:** Bernd Borckmann, Günter R. Clausen, Paul Janouch,  
Albrecht Schmierer, Charlotte Wirl

**Gründungsherausgeber:** Walter Bongartz (ExKli) sowie Burkhard Peter und Christoph Kraiker (HyKog)

**Mitarbeiter:** Claude Béguelin, Eric Bonvin, Peter B. Bloom, Herbert Broelmann, Willi Butollo, Claus Derra, Peter Dünninger, Hansjörg Ebell, Werner Eberwein, Stephan Eitner, Peter Fiedler, Wolfgang Freesmeyer, Elsbeth Freudenfeld, Ulrich Freund, Miriam Gebhardt, Wilhelm Gerl, Vladimir Gheorghiu, Winfried Häuser, Peter Hain, Birgit Hilde, Karl-Ludwig Holtz, Michael Hübner, Anthony Kauders, Brigitte Konradt, Hans-Christian Kossak, Wolf-Rainer Krause, Peter Kruse, Anne Lang, Liz Lorenz-Wallacher, Marianne Martin, Ortwin Meiss, Karin Münzel, Manfred Prior, Volker Reindl, Gunther Schmidt, Heinz Schott, Hanne Seemann, Friedhelm Stetter, Bernhard Trenkle, Reinhard Weber, Per-Olof Wikström, Jeffrey K. Zeig, Christian Ziegler, Manfred Zimmermann, J. Philipp Zindel

**Verlag und Redaktion:** MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München  
**Schriftleitung/Anzeigen:** Alida Iost-Peter, MEG-Stiftung, Konradstr. 16, 80801 München  
**Vertrieb/Abonnement:** Timo Stadelmann, MEG-Stiftung, Hauptstr. 39, D-96352 Hesselbach  
**Druck:** Appel & Klinger Druck und Medien GmbH, Mittelstr. 9, D-96317 Kronach

Die Abstracts können über das Internet abgerufen werden. Vor dem Einreichen von Artikeln zur Veröffentlichung in *Hypnose* lesen Sie bitte dort auch die Hinweise für Autoren:

**www.MEG-Stiftung.de**

Mit der Veröffentlichung in *Hypnose* gehen alle Rechte an die MEG-Stiftung, München.  
© Copyright: MEG-Stiftung, München

**ISSN 1862-4731**

---

**ABONNEMENT-VERWALTUNG**  
MEG-Stiftung, Hauptstr. 39, D-96352 Hesselbach/Wilhelmsthal  
Tel.: 09260/96478-0 (Mo 18-19 Uhr) FAX: 09260/96478-1