

Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der *SMOKEX*¹-Methode

*Björn Riegel
Sven Tönnies*

1 Rauchen: Eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen

Hoch und Kröger (2011) bezeichnen die Nikotinabhängigkeit nicht nur als eine der häufigsten Abhängigkeitserkrankungen, sondern als eines der am weitesten verbreiteten psychiatrischen Störungsbilder überhaupt.

Aktuelle Erhebungen gehen von einer Prävalenz für das Rauchen von ca. 30% aus (Pabst et al., 2010). In den vergangenen Jahren ist dabei ein Rückgang der Raucherzahlen festzustellen (Helmert & Buitkamp, 2004; Baumeister et al., 2008). Es rauchen mehr Männer (37%) als Frauen (28%), wenngleich sich der Konsum in den vergangenen Jahren zunehmend mehr angeglichen hat (Helmert & Buitkamp, 2004, Pabst et al., 2010). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen stellen die 18-29jährigen die prozentual größte Rauchergruppe dar. Innerhalb der Gruppe der täglichen Raucher lassen sich 39,6% als starke (>20 Zigaretten/Tag), 27,4% als mittelstarke (11-19 Zigaretten/Tag) und 33% als schwache Raucher (< 10 Zigaretten/Tag) klassifizieren. Der Anteil der Männer unter den starken Rauchern ist höher als der der Frauen.

In der Literatur werden verschiedene soziale Risikofaktoren diskutiert: Männer mit niedrigem Bildungsstand und/oder niedrigem Einkommen rauchen mehr (Helmert & Buitkamp, 2004). Nach Lampert und Burger (2004) existiert ein Gefälle zwischen der oberen Schicht einerseits (19,4% tägliche Raucher) sowie der mittleren und unteren Schicht andererseits (29%). Die Unterschiede sind besonders stark in der Lebensspanne zwischen dem 30. und dem 64. Lebensjahr ausgeprägt, so dass von einem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit ausgegangen wird. Vollzeittätige geben eine höhere Rauchintensität als Teilzeiterwerbstätige an. Eine besondere Risikogruppe sind zudem arbeitslose Menschen. Ledige und geschiedene Personen weisen ebenso eine erhöhte Raucherrate auf.

Björn Riegel^{1, 2} und Sven Tönnies²

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und ²Universität Hamburg

Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis: Eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der SMOKEX-Methode

Zweck: Das regelmäßige Rauchen von Zigaretten ist eine der am weitesten verbreiteten Suchterkrankungen. Der anhaltende Konsum ist mit einer hohen Gesundheitsgefährdung verbunden. Daher ist es nötig, effektive und ökonomische Behandlungsangebote zur Raucherentwöhnung bereitzustellen. Aktuell stellen verhaltenstherapeutische Ansätze (CBT) in Kombination mit Nikotinersatztherapie die leitliniengerechte Behandlung dar. Aufgrund der heterogenen Datenlage und der geringen Zahl hochwertiger Studien wird Hypnotherapie derzeit noch nicht als alternative Behandlungsmethode empfohlen. Das Ziel der vorliegenden Studie besteht in der weiteren Erforschung der Effektivität hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung. **Methoden:** Das halb-standardisierte Programm zur Raucherentwöhnung SMOKEX wird in einem einarmigen, naturalistischen Design im Praxisalltag mit einer Stichprobengröße von 94 Rauchern evaluiert. Das primäre Outcome-Maß ist die Abstinenz nach 12 Monaten, erhoben nach international gängigen Standards der Tabakentwöhnungsforschung. Sekundäre Fragestellungen beziehen sich auf die Erhebung psychologischer Einflussvariablen auf den Erfolg. **Ergebnisse und Schlussfolgerungen:** Die Abstinenzraten wurden gemäß dem Russel-Standard erhoben. Zum Ende der Behandlung waren 55,4% der Klienten rauchfrei. Zur Katamnese nach zwölf Monaten berichteten 32,9% der früheren Raucher kontinuierliche Abstinenz. Die Angaben wurden an einer Zufallsstichprobe mittels Kohlenmonoxid-Messung und Fremdanamnese validiert. Die Abstinenzquoten sind einer Nicht-Behandlung überlegen und mit denen herkömmlicher Methoden (CBT) sowie anderen hypnotherapeutischen Ansätzen vergleichbar. Die Prädiktorenanalyse ergab keine Prädiktoren hinsichtlich der Baselinevariablen, konnte aber zeigen, dass Veränderungen im Therapieverlauf (Ärger- und Stressverarbeitung) mit höherem Erfolg einhergehen. Auch die Qualität der therapeutischen Beziehung ist bei erfolgreichen Teilnehmern besser.

Schlüsselwörter: Raucherentwöhnung, Tabak, Sucht, Hypnotherapie, Hypnose, Smokex

Smoking cessation in psychotherapeutic practice: An evaluation of the SMOKEX program

Study purpose: Smoking cigarettes is one of the most widespread addictions. Prolonged consumption is associated with an increasing danger of serious damage to health. In consequence it is necessary to provide effective and efficient treatments towards smoking cessation. At the moment behavioral therapy in connection with nicotine replacement therapy is considered as the first line therapy. Due to heterogenic data and a small number of high quality studies, hypnosis is not recommended as alternative treatment of smoking yet. The purpose of this study is to provide more knowledge about the effectiveness of hypnotherapeutic treatment of smoking. **Methodology:** The semi-standardized smoking cessation program called SMOKEX is evaluated. The single-arm study took place in clinical practice using a naturalistic design by treating a total of 94 smokers. The primary outcome is abstinence at 12 months, ascertained in accordance with internationally established standards of smoking cessation research. The second goal of the present study is the analysis of predictors for treatment success. **Results and conclusions:** Quit rates are reported following the Russel-Standard. At the end of treatment 55.4% of

participants stopped smoking. At follow-up after twelve month 32.9% of former smokers report continuous abstinence. Abstinence is validated by CO-measurement and debriefing of relatives in a subgroup. Abstinence rates reached by hypnosis treatment are found to be superior to no-treatment. Furthermore they are comparable to treatment-as-usual (defined as behavioral therapy) as well as to hypnosis treatment described in recent research. While no predictors can be found in baseline-variables, changes during the treatment time (anger and stress management) can predict abstinence after 12 month. The quality of the therapeutic relationship is higher for successful participants.

Keywords: smoking, tobacco, cessation, addiction, hypnosis, hypnotherapy, smokex

Dr. Björn Riegel, Dipl.Psych.
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Martinistraße 52, Gebäude O59, 20246 Hamburg
b.riegel@uke.de

erhalten: 5.4.2012 revidierte Version akzeptiert: 5.5.2012

Das Bundes-Gesundheitssurvey (Lampert & Burger, 2004) gibt zudem Auskunft über die Aufhörbereitschaft der Raucher. Je älter die Raucher sind und je weniger sie rauchen, desto höher ist die Motivation zur Abstinenz. Obwohl die überwältigende Mehrheit der Raucher gerne aufhören möchte (vgl. auch Kröger et al., 2002; Breitling et al., 2009), gaben weniger als ein Drittel an, im vergangenen Jahr bewusst einen oder mehrere Tage nicht geraucht zu haben. Mehr als 75% der Aufhörwilligen verzichteten jedoch auf Hilfsmittel. Am häufigsten werden Nikotinersatztherapie oder Selbsthilfematerialien genutzt, während psychologische Hilfen kaum in Anspruch genommen werden.

Die epidemiologischen Studien zeigen den hohen Stellenwert der Tabakabhängigkeit in Deutschland auf, offenbaren aber auch die große Zahl aufhörwilliger Raucher. Gleichzeitig scheinen nur wenige Betroffene professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

2 Abhängigkeitssyndrom durch Tabak

In Deutschland wird Tabak vorrangig in Zigaretten verarbeitet konsumiert. Durch das Entzünden der Zigarette entsteht ein Gasgemisch, in dem bislang ca. 4000 verschiedene Stoffe nachgewiesen werden konnten (DHS, 2009). Die psychotrope Wirkung wird hauptsächlich durch das Nervengift Nikotin vermittelt. Erwachsene Menschen erleben je nach der individuell entwickelten Toleranz bei höherer Dosierung Vergiftungserscheinungen mit Schwindel, zeitweiser Desorientierung, Störungen im Verdauungstrakt, Tachykardie oder Kopfschmerzen. Im Gegensatz zu Säuglingen scheint es beim Erwachsenen jedoch keine letale Dosis zu geben (Solarino et al., 2010).

Nikotin besitzt eine bivalente Wirkung, die je nach der Ausgangslage unterschiedliche Effekte entfaltet (vgl. Tab. 1). Aufgrund der geringen Zeitspanne zwischen Einnahme und Wirkung hat Nikotin ein vergleichsweise hohes Suchtpotenzial. Zudem beschreiben Friederich und Batra (2002) die „sekundäre Neuroadaption“ als weiteren bio-

SMOKEX-Evaluation

Tab. 1: Effekte des Nikotins (nach Friederich & Batra, 2002)

Positive Effekte (v.a. bei niedriger Dosierung)	Negative Effekte bei Überdosierung	Entzugerscheinungen
Antriebssteigerung	Nervosität	Gastrointestinale
Stimmungsaufhellung	Schlaflosigkeit	Symptome
Beruhigung	Schwindel	Appetitsteigerung
Angstlösung	Übelkeit	Blutdruckveränderung
Erhöhte kognitive Leistungsfähigkeit		Reduzierte Herzfre- quenz
Appetitminderung		Erhöhte Reizbarkeit
		Unruhe
		Angst
		Dysphorie
		Depressivität
		Schlafstörungen

Tab. 2: Diagnosekriterien für Tabakabhängigkeit nach ICD-10

Tabakabhängigkeit (ICD-10)

1. Starker Wunsch oder Zwang, Tabak zu konsumieren
2. Eingeschränkte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
3. Entzugerscheinungen bei Reduktion oder Beendigung des Konsums; Konsum zur Minderung der Entzugssymptome
4. Toleranzentwicklung
5. Zunehmende Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zugunsten des Konsums
6. Anhaltender Konsum trotz des Nachweises schädlicher Folgen

logischen Faktor bei der Abhängigkeitsentwicklung: Die Zahl und Dichte der Acetylcholinrezeptoren nehmen durch den regelmäßigen Konsum zu und bildet sich auch in Phasen der Abstinenz nur langsam zurück. Aufgrund der Vielzahl der beinhaltenen Stoffe geht man jedoch eher von einer Tabak- als von einer reinen Nikotinabhängigkeit aus.

Die ICD-10 unterscheidet hinsichtlich des Tabakkonsums zwischen Missbrauch (ICD-10: F17.1) und Abhängigkeit (ICD-10: F17.2). Für die Diagnose der Abhängigkeit müssen drei der vorgegebenen sechs Kriterien (vgl. Tab. 2) erfüllt sein.

In der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Tabakabhängigkeit hat sich anstelle der ICD- oder DSM-Diagnostik der Fagerström-Test (Bleich et al., 2002) als alternatives Diagnose-Instrument empfohlen (Kröger et al., 2002; Batra 2011).

Der anhaltende Tabakkonsum birgt vielfältige, inzwischen sicher nachgewiesene gesundheitliche Risiken für den Konsumenten, aber auch für seine direkte Umgebung. Die erhöhte Mortalität wurde eindrucksvoll in der bekannten Längsschnittstudie von Doll und Kollegen (2004) nachgewiesen. Etwa 35.000 britische Ärzte wurden in der Zeit von 1951 bis 2001 regelmäßig hinsichtlich ihres Tabakkonsums und tabakassoziierter Erkrankungen befragt. Die Studie bestätigte, dass die Entstehung vaskulärer, respiratorischer und Krebserkrankungen auf das Rauchen zurückgeführt werden kann. Die Lebenserwartung von Rauchern ist demnach um durchschnittlich zehn Jahre gemindert. In Deutschland sterben jährlich 110.000 bis 140.000 Menschen an tabakassozierten Erkrankungen (John & Hanke, 2002). Damit verursacht Tabak im Vergleich mit anderen Substanzen die meisten Todesfälle. Hüllinghorst und Kollegen (2001) geben ca. 46.000 Tote pro Jahr infolge von Alkoholabhängigkeit und etwa 1.800 Tote durch illegale Drogen an.

Obwohl die Gefahren des anhaltenden Konsums allseits bekannt sind, ist die selbstinitiierte Abstinenz (Spontanremission) nur einem kleinen Teil der Raucher möglich. Bailly et al. (1994) fanden in ihrer Metaanalyse eine durchschnittliche Spontanremissionsquote von 7,3% nach zehn Monaten, die sie als Referenzwert für die Beurteilung der Effektivität professioneller Methoden vorschlagen. Hughes et al. (2004) berichten von 3-5% Abstinenz nach sechs Monaten. Diese Zahlen bedeuten, dass die Umsetzung des Wunsches nach einem Rauchstopp ohne Unterstützung lediglich in 3-7 Fällen von 100 Versuchen auch langfristig gelingt.

Die Tabakabhängigkeit ist demnach eine hoch relevante Erkrankung, für die ökonomische und effiziente Behandlungskonzepte angeboten werden müssen, mit denen die hohe Zahl aufhörwilliger Raucher angesprochen werden kann.

3 Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung mit *SMOKEX*

Zur Unterstützung der Raucher, die langfristig abstinent leben wollen, stehen wissenschaftlich fundierte medikamentöse wie psychologische Behandlungsansätze zur Verfügung. Hypnose wird von einem großen Teil der Raucher als Behandlungsform nachgefragt (Sood et al., 2006; Marques-Vidal et al., 2011), wenngleich die Methode noch nicht in den Katalog der empfehlenswerten Ansätze aufgenommen wurde (AWMF, 2004; Fiore et al., 2008). Verschiedene Autoren bewerten die Studienlage zur Hypnotherapie in der Raucherentwöhnung als unzureichend, so dass noch keine abschließende Empfehlung möglich ist und weitere Forschung gefordert wird (Green & Lynn, 2000; Barnes et al., 2010).

SMOKEX ist ein teil-standardisiertes Vorgehen, das seit 1993 deutschlandweit gelehrt und angewendet wird. Es hat sich eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, der die Anwender von *SMOKEX* im deutschsprachigen Raum angehören und deren Ziel die Weiterentwicklung dieses Ansatzes ist. Die manualisierte Durchführung bildet die Grundlage der im Folgenden beschriebenen Wirksamkeitsstudie.

Der Ablauf der *SMOKEX*-Sitzungen ist in einen vorgegebenen Rahmen eingebettet

SMOKEX-Evaluation

tet, findet aber an den Bedürfnissen des Klienten orientiert statt. Jochims und Gerl (2004) schlagen einen Ablaufplan vor, der die Inhalte der einzelnen Stunden festlegt. Das Behandlungsmanual wurde von Riegel und Gerl (2012) sowohl für Gruppen als auch für die Behandlung von Einzelpersonen veröffentlicht. Die *SMOKEX*-Studie bezieht sich auf die Wirksamkeit der Anwendung im Einzelsetting.

Der Zeitrahmen umfasst insgesamt fünf Therapieeinheiten (vgl. Tab. 3), die in Abstimmung mit dem Klienten geplant werden. Die ersten beiden Einheiten werden in einer Doppelstunde durchgeführt. Ziele bestehen in der Erhebung der Rauchanamnese, der Motive zur Abstinenz und der bisherigen Versuche zum Rauchstopp. Außerdem werden drei typische Rauchsituationen des Klienten herausgearbeitet. Der Behandler verschafft sich ferner einen Überblick über die soziale Einbindung und den beruflichen Kontext des Klienten. Das Ausmaß der stofflichen Abhängigkeit wird mit einer sprachlich modifizierten Version des Fagerströmtests erfasst.

Die zweite Hälfte der Doppelstunde vermittelt dem Klienten eine erste Erfahrung mit hypnotischer Trance. In einem „Trance-Experiment“ wird eine innere Vorstellung einer rauchfreien Zukunft erschaffen. Im nächsten Schritt wird ein ideomotorisches Signalsystem installiert. Damit wird das Unbewusste als dritte Instanz (Peter, 2000) eingeführt und das Tranceerleben ratifiziert. Nachdem bestehende Ressourcen des Klienten eruiert werden, bekommt er den Auftrag, vorerst weiterhin zu rauchen und sich dabei zu beobachten, ohne etwas bewusst zu verändern.

Es folgen dann drei Einzelstunden à 60 Minuten, deren zeitliche Terminierung an den Entwöhnungsverlauf des jeweiligen Klienten angepasst wird. In der dritten Einheit wird der Abstinenzbeginn („Tag X“) in Trance ideodynamisch bestimmt. Der Klient entwickelt unwillkürlich die Vorstellung eines Datums, das ideomotorisch validiert wird. Der gefundene Termin wird im Anschluss besprochen, so dass die zeitliche Planung der verbleibenden Stunden angepasst werden kann. Es gibt keine Festlegung für den Zeitrahmen, so dass der Termin auch mehrere Monate in der Zukunft liegen könnte. Zudem wird die Möglichkeit der Selbsthypnose besprochen und auf den bisherigen Tranceerfahrungen aufbauend geübt. Die Klienten erhalten die Hausaufgabe, das Selbsthypnosetraining in den kommenden Wochen weiter zu vertiefen.

Die vierte Therapieeinheit findet in der Regel noch vor dem Tag X statt und hat die Erweiterung einer genuinen Identität zum Ziel, die nicht mehr über das Rauchen definiert ist. Der Raucher wird unterstützt, sich als freier Mensch zu begreifen. Es wird ein Selbstkonzept gestärkt, das nicht von der Zigarette, sondern von den eigenen Bedürfnissen nach Freiheit und Selbstverwirklichung getragen wird. Auf diese Weise soll die Aufrechterhaltung des abstinenten Lebensabschnitts gefördert werden. Das Selbsthypnosetraining wird auch in dieser Einheit aufgenommen, um die anfangs gefundenen typischen Rauchsituationen mit dem Empfinden der Freiheit zu verknüpfen. Auf diese Weise kann ein alternativer Ausgang der bisherigen Gefährdungssituationen imaginiert werden. Die Klienten erlernen gleichzeitig Möglichkeiten zur Rückfallprävention.

Die letzte Therapieeinheit findet nach Möglichkeit am Tag X statt und beschäftigt

Tab. 3: Ablauf und Inhalt der SMOKEX-Stunden bzw. -Einheiten

Einheit	Behandlungsinhalte
1 + 2	<ul style="list-style-type: none">• Begrüßung*• Fragebögen• Besprechen der Rauchhistorie, von bisherigen Abstinenz Erfahrungen sowie der aktuellen Motivation• Erheben der drei typischen Rauchsituationen• Erklärung zu Hypnose• Erste Tranceerfahrung: Ergebnisbild visualisieren• Entwickeln eines ideomotorischen Signalsystems / Einführen des Unbewussten als Dritten im Bunde• Aufgaben zur kommenden Stunde: Ergebnisbild festigen und weiterhin „normal“ rauchen• Vorschau auf die Themen der kommenden Stunde; Handouts*• Möglichkeit zum Feedback*
3	<ul style="list-style-type: none">• Besprechen der Beobachtungen über das eigene Rauchverhalten*• Erklären des Konzeptes zum „Tag X“• Ideodynamische Bestimmung des „Tag X“ in Trance• Ideomotorische Validierung• Reflexion des „Tag X“• Einführung des Selbsthypnosetrainings• Aufgabe: Selbsthypnose üben*
4	<ul style="list-style-type: none">• Stärkung des Selbstkonzepts in Trance• Ambivalenzarbeit in Trance• Besprechen alternativer Rituale• Verknüpfen der typischen Rauchersituationen mit dem Ergebnisbild durch Selbsthypnose• Rückfallprävention
5	<ul style="list-style-type: none">• Abschiedsszene in Trance erleben• Vertiefende Arbeit mit Selbsthypnose• Motivation zu weiterer Rückfallprävention durch Selbsthypnose• Abschluss der Behandlung

Die markierten Elemente (*) bezeichnen wiederkehrende Inhalte der Stunden

sich mit dem Abschied von der Zigarette. Das Selbsthypnosetraining wird zur Förderung der Abstinenzmotivation und der Bearbeitung möglicher Rückfallsituationen intensiviert. Schließlich kann der Klient in Trance seinen persönlichen Abschied von der Zigarette in Szene setzen. Abschließend wird der Klient für seinen Entschluss zur Abstinenz beglückwünscht und darin bestärkt, auch weiterhin an der Erhaltung der Abstinenz zu arbeiten. Einen Überblick über den Ablauf der Behandlung gibt Tabelle 3.

3.1 Behandelnde Therapeuten

Die Studie wurde multizentrisch in fünf Regionen Deutschlands durchgeführt. Es konnten elf Mitglieder der *SMOKEX*-Arbeitsgemeinschaft gewonnen werden, die in der Zeit von 2007-2011 insgesamt 94 Klienten in die Studie einbrachten. Es handelt sich ausschließlich um Praktiker, die eine M.E.G.-Ausbildung mit einer Vertiefung im *SMOKEX*-Vorgehen absolviert haben und regelmäßig Tabakentwöhnungen durchführen.

Vor Beginn der Klientenrekrutierung wurden die Behandler über das Studienvorgehen und die Durchführung der Datenerhebung persönlich oder telefonisch aufgeklärt. Ferner erhielt jeder Behandler einen Therapeutenordner, der den Prüfplan sowie Durchführungsrichtlinien für die Klientenrekrutierung und Datenerhebung enthielt.

In Tabelle 4 sind die Therapeutendaten beschrieben. Hinsichtlich der erhobenen Merkmale ist eine große Heterogenität festzustellen. Damit wurde die Vielfalt des Praxisalltags angemessen nachgebildet.

Die teilnehmenden Therapeuten praktizieren in fünf verschiedenen Regionen Deutschlands und brachten eine unterschiedliche Zahl an Fällen ein (München-Augsburg: 3 Behandler/12 Fälle; Stuttgart-Freiburg: 2/6; Ostdeutschland: 1/4; Ruhrgebiet: 2/11; Hamburg: 3/61). Zwei Drittel der Behandlungen wurden damit in Norddeutschland durchgeführt.

Die Behandler wurden mit einer Aufwandsentschädigung von € 50 pro Patient entlohnt. Zudem wurde je ein Jahresbeitrag der *SMOKEX*-Arbeitsgemeinschaft pro drei eingebrachter Klienten erlassen.

3.2 Stichprobe

Voraussetzung für eine Studienteilnahme war die freiwillige Anmeldung bei einem Studententherapeuten zur kostenpflichtigen hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung (€ 250-490 für fünf Therapieeinheiten). Nach der Anmeldung erhielt der Raucher das Angebot, an der Studie teilzunehmen. Der Aufwand der Datenerhebung im Therapiezeitraum sowie nach einem Jahr wurde mit € 30 vergütet.

Nach dem Informed Consent wurden insgesamt 94 Interessenten dem Screening unterzogen und behandelt (vgl. Abb. 1). Zehn Raucher erfüllten die Einschlusskriterien nicht. Sie wurden zwar behandelt, aber nicht in die Studie einbezogen. Weitere neun Interessenten zogen ihr Einverständnis wieder zurück, so dass keine Daten generiert werden konnten. Als Grund hierfür wurde überwiegend der zu hohe Aufwand der Datenerhebung genannt. Somit wurden 75 Teilnehmer in die Studie eingeschlossen. Zwölf

Tab. 4: Daten der behandelnden Therapeuten

	Gesamt	Männlich	Weiblich
Anzahl	n = 11	n = 6	n = 5
Alter	Ø = 47,9 Jahre	Ø = 45,0 Jahre	Ø = 51,4 Jahre
Berufsabschluss	Dipl.Psych. = 6 Arzt = 3 HP = 2	Dipl.Psych. = 4 Arzt = 1 HP = 1	Dipl.Psych. = 2 Arzt = 2 HP = 1
Berufserfahrung	Ø = 18,3 Jahre	Ø = 16,3 Jahre	Ø = 20,6 Jahre
Dauer der Berufspraxis mit Hypnotherapie?	Ø = 8,2 Jahre	Ø = 11,3 Jahre	Ø = 4,4 Jahre
Dauer der Berufspraxis in der Tabakentwöhnung	Ø = 4,5 Jahre	Ø = 5,0 Jahre	Ø = 3,8 Jahre
Haben Sie früher selbst geraucht?	Ja: 8 Nein: 3	Ja: 4 Nein: 2	Ja: 4 Nein: 1

Teilnehmer brachen die Behandlung vorzeitig ab, fließen aber gemäß dem Intention-to-treat-Prinzip weiterhin mit in die Auswertung ein. Eine Teilnehmerin ist im Jahr nach der Behandlung verstorben, eine weitere unbekannt verzogen. Damit standen die Daten von insgesamt 73 Probanden zur Auswertung zur Verfügung.

Das Geschlecht in der Ausgangsstichprobe war gleichverteilt (37 Männer, 38 Frauen); das Durchschnittsalter der Teilnehmer war mit 45,84 Jahren für beide Geschlechter ebenfalls homogen verteilt.

Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten lag bei 23,3. Es bestand ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ($t=2.38$; $df=73$; $p=.020$): Während Männer durchschnittlich 26,2 Zigaretten pro Tag konsumierten, wiesen Frauen einen Wert von 20,4 täglich gerauchter Zigaretten auf. Dies stimmt mit den epidemiologischen Daten überein, die bei Männern einen höheren Tageskonsum berichten (z.B. Pabst et al., 2010). Beide Geschlechtergruppen können gemäß der gängigen Einteilung (> 20 Zigaretten pro Tag) als „starke Raucher“ klassifiziert werden.

Die weiteren soziodemographischen Daten zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Der Durchschnittswert der körperlichen Abhängigkeit betrug 6,1 Punkte im Fagerströmtest (FTNA), so dass von einer „stark abhängigen“ Stichprobe ausgegangen werden kann. Durchschnittlich rauchten die Studienteilnehmer zu Behandlungsbeginn seit 29,82 Jahren und haben in dieser Zeit 2,74 Entwöhnungsversuche unterschiedlichster Natur unternommen. Die Motivation war stark bis sehr stark ausgeprägt, die Erfolgserwartung war hoch (vgl. Tab. 5).

CONSORT 2010 Flow Diagram: SMOKEX®

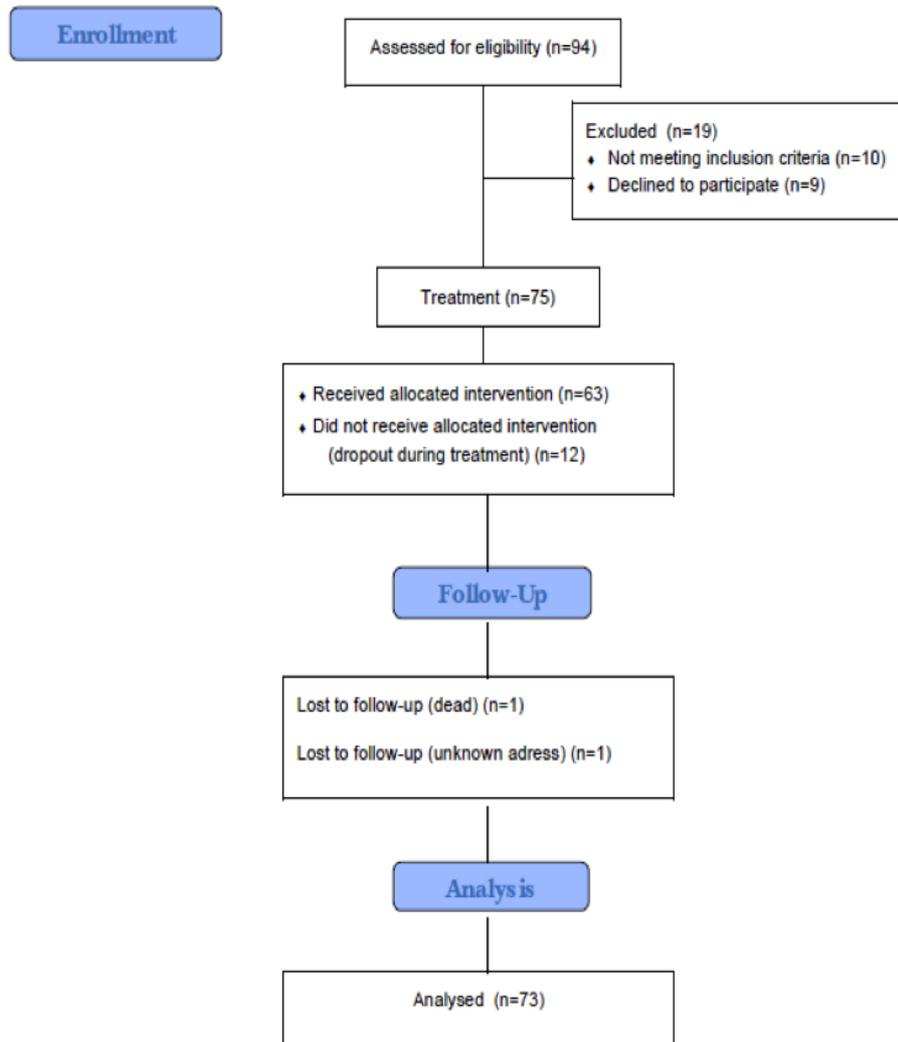


Abb. 1: Flowchart zu eingeschlossenen Klienten

Tab. 5: Soziodemographische Angaben der Klienten

	Gesamt (n=75)	Männlich (37)	Weiblich (38)
Alter	45,8	46,0	45,7
Zigaretten pro Tag	23,3	26,2	20,4 (signifikanter Unterschied)
Rauchjahre	29,8	29,7	30,0
Entwöhnungsversuche bisher	2,7	2,7	2,8
FTNA-Wert (0-10)	6,24	6,5	6,0
Motivation (1 „sehr stark“ - 5 „gar nicht“)	1,7	1,6	1,8
Erfolgserwartung (1 „sehr hoch“ - 4 „gar nicht“)	2,0	2,1	2,0

3.3 Datenerhebung

3.3.1 Studiendesign

Zur Untersuchung der Wirksamkeit von *SMOKEX* in der Praxis wird ein quasi-experimentelles Design gewählt. Es handelt sich um eine naturalistische Studie, die den Nachweis der Effektivität im Feld außerhalb einer Laborsituation zum Ziel hat (vgl. Leichsenring, 2004; Tschuschke, 2005). Es wurden zur Vergleichbarkeit mit anderen Studien zur Tabakentwöhnung gängige Ein- und Ausschlusskriterien gewählt. Die Diagnose einer Tabakabhängigkeit gemäß ICD-10 ist als Einschlusskriterien definiert. Die Klienten mussten ein Mindestalter von 18 Jahren erreicht haben und in den vergangenen zwei Jahren durchgängig mindestens zehn Zigaretten täglich geraucht haben.

Zur Abklärung schwerer psychiatrischer Erkrankungen wurden die beiden Skalen „Depressivität“ und „Psychotizismus“ der Symptomcheckliste (SCL-90; Franke, 2002) unterstützend zum klinischen Urteil der Behandler genutzt. Eine parallel laufende Entwöhnungsbehandlung war neben den psychiatrischen Erkrankungen das zweite Ausschlusskriterium. Die Angaben wurden vor Beginn der Behandlung durch den Studien-therapeuten erhoben. Interessenten, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen, bekamen die Behandlung angeboten, wurden jedoch nicht in die Studie aufgenommen.

3.3.2 Ablauf der Datenerhebung

Nach der Aufklärung und Unterzeichnung des Informed Consent erfolgte die Prüfung möglicher Ein- und Ausschlusskriterien. Die Baselinedaten wurden zur ersten Stunde (t1) erhoben. Der zweite Messzeitpunkt (t2) war nach der letzten Behandlungseinheit mittels Fragebögen. Zwölf Monate nach Ende der Behandlung wurde die Katamnese durchgeführt (t3).

SMOKEX-Evaluation

Tab. 6: Messinstrumente (siehe Text unten)

Messinstrument	t1	t2	t3
WSR	x	x	x
FTNA	x	x	x
SF-12	x	x	x
TICS-K	x	x	x
F-Sozu	x		x
HRRS	x		x
STAXI	x	x	
HAQ (F)		x	
Imagit	x		
CO-Messung			x

3.3.3 Messinstrumente

Die Datenerhebung fand zu drei Messzeitpunkten statt, wobei die meisten Messinstrumente mehrfach eingesetzt wurden (vgl. Tab. 6).

3.3.3.1 Baseline-Daten

Für die Erhebung der Baseline-Daten wurden das Wiener Standard-Raucher-Inventar (WSR: Schoberberger et al., 1998) sowie die modifizierte Fassung des Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA: Bleich et al., 2002) genutzt, unterstützt durch einige ergänzende Fragen.

Das WSR fragt qualitativ die Lebensdaten, Rauchgewohnheiten und Risikofaktoren des Klienten ab.

Der FTNA ist ein weit verbreiteter, ökonomischer Fragebogen zur Bestimmung der Schwere der Nikotinabhängigkeit. Der Test besteht aus sechs Items, die zu einem Summenscore von null bis zehn addiert werden. Gemäß des Summenscores werden Raucher den Kategorien sehr starke (8-10), starke (6-7), mittlere (5), geringe (3-4) und keine Nikotinabhängigkeit (0-2) zugewiesen (Berth & Stöbel-Richter, 2004).

In der vorliegenden Studie wurde eine modifizierte Version des FTNA genutzt, die im standardisierten SMOKEX-Vorgehen eingesetzt wird. Diese Abwandlung besteht aus zehn Items, aus denen sich die ursprünglichen FTNA-Items weitgehend ableiten lassen. Auf diese Weise werden neben den gängigen FTNA-Daten noch Zusatzinformationen hinsichtlich der Bewertung und der Funktion des Rauchens sowie des Inhalierens des Rauchs erhoben.

Die vollständig bearbeiteten Fragebögen der Ausgangsstichprobe (n=70) wurden auf ihre Übereinstimmung mit der ursprünglichen FTNA-Version hin untersucht. Es zeigt

te sich eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den Gesamtpunktwerten der beiden Formen ($r=.97$; $p=.000$).

Neben diesen beiden Fragebögen wurden ergänzend folgende Informationen abgefragt: Beginn des Tabakkonsums, Erwartungshaltung, Abstinenzmotivation, soziales Umfeld, Wissen über Tabak.

3.3.3.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand, Kurzform (SF-12)

Der SF-12 ist die Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand von Bullinger und Kirchberger (1998). Es handelt sich um ein weit verbreitetes Messinstrument in der „Quality of Life“-Forschung. Die Items betreffen gesundheitsbezogene Lebensqualität, indem bestehende Einschränkungen bewertet werden. Gemessen an einer Normstichprobe in den USA gilt die Güte der Kurzform als gesichert.

3.3.3.3 Trierer Inventar zum Chronischen Stress, Kurzform (TICS-K)

Es wurde die Kurzversion mit 30 Items des Trierer Inventar zum Chronischen Stress (Schulz et al., 2004) eingesetzt, um die subjektiv wahrgenommene, chronische Stressbelastung in den vergangenen drei Monaten zu erheben. Schlotz und Schulz (2005) führen in der Testbeschreibung an, dass die teststatistischen Kennwerte trotz der Verkürzung der Skalen gute bis sehr gute Messeigenschaften aufweisen. Das TICS-K fußt auf einem interaktionsbasierten Stresskonzept, das ein Zusammenspiel zwischen individueller Bewältigung und äußeren Belastungen umfasst. Diese Interaktion wird auf neun Skalen mit je drei Items sowie einer Zusatzskala repräsentiert.

3.3.3.4 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-Sozu)

Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung von Fydrich und Kollegen (2007) wird in der ressourcenorientierten Forschung eingesetzt und besteht als Kurzform aus 14 Items. Mittels Selbstbeurteilung werden die praktische und die emotionale Unterstützung durch das soziale Umfeld sowie die soziale Integration erhoben.

3.3.3.5 Holmes-Rahe-Rating-Skala (HRRS)

Die Holmes-Rahe-Rating-Skala (Holmes & Rahe, 1967) erfasst belastende Lebensereignisse der vergangenen 12 Monate, da diese als Prädiktor für stressassoziierte Erkrankungen betrachtet werden. Der Fragebogen führt 43 mögliche Lebensereignisse (z.B. Scheidung, Schuleintritt, Kündigung oder veränderte private Aktivitäten) auf, die jeweils eine bestimmte Gewichtung haben. Hierfür wurde das Ereignis „Heirat“ als Fixpunkt genommen, während alle anderen Ereignisse daran relativiert wurden.

3.3.3.6 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI)

Das STAXI von Schwenkmezger, Hodapp und Spielberg (1992) dient der Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck durch Selbstbeurteilung über einen standardisierten Fragebogen. Das STAXI umfasst 44 Items auf fünf Skalen (Ärgerzustand, Ärgerdisposi-

SMOKEX-Evaluation

tion, nach innen gerichteter Ärger, nach außen gerichteter Ärger, Ärger-Kontrolle). Die Gütekriterien sind als sehr befriedigend zu bewerten.

3.3.3.7 Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

Der HAQ wurde in der englischen Originalversion von Luborsky (1984) veröffentlicht und von Bassler et al. (1995) ins Deutsche übersetzt. Diese Übersetzung wurde zu mehreren Messzeitpunkten an 239 stationären Psychotherapiepatienten in einem vorwiegend psychodynamischen Behandlungssetting überprüft. Der HAQ besteht aus zwölf Items, die mittels einer sechsstufigen Likert-Skalierung beantwortet werden. In der deutschen Version finden sich die beiden Skalen „Beziehungszufriedenheit“ mit sechs Items und „Erfolgswilligkeit“ mit vier Items. Zwei Items sind keiner der beiden Skalen zuzuordnen. Der HAQ liegt in einer Patientenversion und einer analogen Therapeutenversion vor, so dass neben dem Zusammenhang mit dem Therapieerfolg auch die Übereinstimmung in der Einschätzung des Therapieerfolgs erhoben wird. Die Auswertung kann über den Summenwert des gesamten Fragebogens oder die Summenwerte der beiden Subskalen geschehen.

3.3.3.8 Imaginationstest (Imagit)

Der Zusammenhang zwischen Suggestibilität und Behandlungserfolg ist auf dem Gebiet der Raucherentwöhnung nicht abschließend geklärt. Die Metaanalyse von Green et al. (2006) offenbart widersprüchliche Befunde, empfiehlt aber eine Erhebung der Suggestibilität zu Beginn der Behandlung. In die hier dargestellte Praxisevaluation sind die gängigen, zeitaufwendigen Testverfahren jedoch nur schwer zu integrieren. Daher wurde ein ökonomisches Instrument zur Erfassung der Imaginationsfähigkeit als ein Teilaspekt der Suggestibilität eingesetzt. Der Imaginationstest ist bei Revenstorf und Zeyer (2008) veröffentlicht und umfasst 14 Items, die Vorstellungen auf jeweils unterschiedlichen Sinnesmodalitäten abfragen (z.B. die Vorstellung von Bewegung oder einem Geräusch).

Der Imaginationstest ist aus der Literatur abgeleitet und durch Expertenurteil erstellt, ohne dass die psychometrische Güte überprüft wurde. Dies geschieht in einer eigenen Arbeit (Riegel et al., in Vorbereitung). Zwei Validitätsstudien zeigten, dass die Übereinstimmung mit anderen Verfahren zur Messung der Imaginationsfähigkeit (CIS, FIRST) nur gering ist. Daraus wird geschlossen, dass die Darbietungsform als paper-pencil-Test einen Einfluss auf das zu messende Konstrukt hat, da keine Trance induziert wird, sondern lediglich eine Vorstellung bewertet wird. Der Test ist zeitökonomisch (< 10 min) und lässt sich gut in das Design der *SMOKEX*-Studie integrieren.

Es zeigt sich in den Validitätsstudien, aber auch in der *SMOKEX*-Studie, dass Probanden die eigene Imaginationsfähigkeit systematisch überschätzen. Damit kann der Test nur bedingt zwischen hoch- und niedrigsuggestiblen Personen differenzieren. Die Ergebnisse des Imaginationstests sind daher nur unter Vorbehalt zu betrachten.

3.3.4 Abstinenzmessung

Das primäre Outcome-Maß ist die Abstinenz nach einem Jahr. Die Probanden wurden daher zwölf Monate nach dem jeweiligen Behandlungsende kontaktiert und schriftlich über ihr aktuelles Rauchverhalten befragt. Gemäß den Kriterien nach West et al. (2005) ist die Untersuchung einer Zufallsstichprobe für die Validierung der Abstinenz zulässig. Daher wurde der CO-Wert der Ausatemluft bei 17,8% der Gesamtstichprobe erhoben. Es ergab sich eine 100%ige Übereinstimmung mit der Selbstausskunft der betreffenden Probanden.

Bei weiteren 37% wurden jene Personen befragt, die dem Klienten im Verlauf der Behandlung als externe Unterstützer dienen. Die Übereinstimmung mit der Selbstaussage der betroffenen Probanden ist bei drei abweichenden Angaben (11%) immer noch als hoch zu bewerten. Zwei Personen wurden vom Umfeld entgegen der Selbstausskunft als Raucher klassifiziert. Ein weiterer Proband wurde vom Umfeld als abstinent klassifiziert, gab aber selbst an, weiterhin zu rauchen.

Somit wurden die Aussagen von 54,8% der Studienteilnehmer durch ein weiteres Kriterium überprüft. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Selbstaussagen der Befragten verlässlich sind. Die überprüften Probanden wurden zufällig ausgewählt, so dass in einem weiteren Schritt deren Repräsentativität für die Gesamtstichprobe von 73 Probanden mit dem Quotenverhältnis (Odds Ratio) getestet wurde. Es zeigte sich eine deutliche Übereinstimmung zwischen den Abstinenzquoten der Teil- und der Gesamtstichprobe (OR=.82; 95% KI=.67 bis .97). Die Odds Ratio deuten somit darauf hin, dass kaum Unterschiede zwischen den Quotenverhältnissen der Stichproben existierten. Die Teilstichprobe wies sogar eine leicht höhere Abstinenzquote auf.

3.4 Auswertungsstrategie

Das Design der Praxisevaluation umfasst lediglich einen Behandlungsarm, so dass die Abstinenzquoten deskriptiv dargestellt werden. Es erfolgt eine Einordnung in die bestehende Datenlage, wobei aufgrund der unterschiedlichen Qualität der Studien keine statistische Analyse zulässig ist.

Neben der deskriptiven Darstellung der kontinuierlichen Abstinenz wurden mögliche Prädiktoren für den Erfolg gesucht. Die Berechnung erfolgte mit SPSS-Version 17.0.0. Es wurden binär-logistische Regressionsanalysen für die möglichen Prädiktoren hinsichtlich der Ausgangswerte der Probanden und hinsichtlich der Veränderungswerte im Beobachtungszeitraum durchgeführt.

Zur Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen jenen Teilnehmern, welche die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben und jenen, die sie regulär beendet haben, wurden Mittelwertunterschiede je nach den Voraussetzungen der Variablen parametrisch oder nonparametrisch getestet. Gleiches gilt für die explorative Betrachtung des Einflusses der therapeutischen Beziehung. Statistische Signifikanz wurde ab einem p-Wert $\leq .05$ angenommen.

Die Wirkvariable „Therapeut“ wurde mittels Korrelationsrechnungen betrachtet.

4 Ergebnisse

4.1.1.1 Abstinenz

Die primäre Fragestellung betrifft den Erfolg der *SMOKEX*-Methodik. Erfolg wird als kontinuierliche Abstinenz nach 12 Monaten gemäß dem Russel-Standard definiert. Die 73 Teilnehmer der Katamnese-Stichprobe wurden sowohl zur letzten Behandlungssitzung als auch nach einem Jahr über ihren Rauchstatus befragt. Die Validierung der Angaben nach einem Jahr erfolgte an einer Teilstichprobe mittels CO-Messung oder Angaben einer Bezugsperson.

Zur letzten Behandlungsstunde waren 39 Personen (53,4%) rauchfrei (vgl. Tab.7). Zu diesem Zeitpunkt existierte kein Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Abstinenz.

Zwölf Monate nach dem Behandlungsende waren insgesamt noch 24 Personen (32,9%) kontinuierlich abstinent, darunter jedoch nur noch neun Männer. Die Daten erwecken damit den Eindruck, dass mehr Männer als Frauen im Katamnesezeitraum rückfällig geworden sind. Eine statistische Bedeutsamkeit dieses Geschlechterunterschieds bestand gemäß dem Chi-Quadrat-Test jedoch nicht ($\chi^2=2.49$; $df=1$; $p=.12$).

Im nächsten Schritt sollen die berichteten Abstinenzquoten in die bestehenden Erkenntnisse über Spontanremissionsquoten sowie Erfolgsquoten anderer Ansätze zur Raucherentwöhnung mittels Hypnose sowie mittels Verhaltenstherapie eingeordnet werden (vgl. Tab. 8).

Es zeigt sich eine höhere Erfolgsquote im Vergleich zur Spontanremission, während hinsichtlich verhaltenstherapeutischer (vgl. Abb. 2) und hypnotherapeutischer Behandlungen (vgl. Abb. 3) eine vergleichbare Erfolgsquote erreicht wurde. Diese Einordnung stellt aus oben genannten Gründen jedoch keine statistische Überprüfung dar, sondern soll lediglich der Veranschaulichung dienen.

Im Vergleich zu den Spontanremissionsquoten, die ohne psychologische oder pharmakologische Unterstützung erreicht wurden, ist die Abstinenzrate der *SMOKEX*-Studie um den Faktor 6,6 (Hughes et al., 2004) bzw. 4,5 (Baillie et al., 1995) höher. Es lässt sich damit eine Überlegenheit gegenüber einer nicht behandelten Population vermuten. Baillie et al. (1995) schlagen vor, den Mittelwert ihrer Metaanalyse von 7,33% Abstinenz nach einem Jahr als Referenzwert für die Bewertung von Interventionen zu nutzen. Hier kann *SMOKEX* einen zusätzlichen Nutzen über die ohnehin zu erwartende Spontanremission hinaus aufweisen.

Verhaltenstherapeutische Ansätze gelten als leitliniengerechte Therapie und werden in Kombination mit Nikotinersatztherapie durchgeführt. Während die kurzfristigen Abstinenzquoten dieser Programme sehr hoch sind, befindet sich die langfristige Abstinenzrate der *SMOKEX*-Studie in einem vergleichbaren Bereich. Ergänzend sei erwähnt, dass sich die hohe Rate von Batra et al. (2008) auf die Punkt-Prävalenz-Daten stützt, die eine höhere Abstinenzquote erwarten lassen.

In der Betrachtung der aktuellen Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöh-

Tab. 7: Abstinenzquoten der SMOKEX-Studie

	Gesamt	Männer	Frauen
Zum Ende der Behandlung	39 (53,4%)	19 (51,4%)	20 (55,6%)
Nach 12 Monaten	24 (32,9%)	9 (24,3%)	15 (41,7%)

Tab. 8: Abstinenzquoten ausgewählter Referenzstudien

Studie	Kategorie	Abstinenz
Baillie et al. (1995) ¹⁾	Spontanremission	7,3% (10 Monate)
Hughes et al. (2004)	Spontanremission	3-5% (6 Monate)
Elkins et al. (2006)	Kontrollgruppe Hypnosestudie	0% (6 Monate)
	Experimentalgruppe Hypnose	40% (Beh.-Ende)
Nowak & Kröger (2011)	Evaluation Verhaltenstherapie	40% (6 Monate)
		58,2% (Beh.-Ende)
Schröder et al. (2006)	Therapiestudie VT	31,8% (12 Monate)
		42,1% (Beh.-Ende)
Batra et al. (2008) ²⁾	Therapiestudie VT	21,1% (12 Monate)
		82% (Beh.-Ende)
Schweizer & Revenstorf (2008) ¹⁾	Therapiestudie Hypnose	47% (12 Monate)
		47,8% (3 Monate)
Carmody et al. (2008) ²⁾	Therapiestudie Hypnose	21,7% (12 Monate)
		55% (Beh.-Ende)
		20% (12 Monate)

Studien ohne Kennzeichnung haben die kontinuierliche Abstinenz angegeben.

¹⁾ Kein einheitliches Abstinenzmaß. ²⁾ Punkt-Prävalenz

nung lässt sich ebenfalls erkennen, dass die Abstinenzraten der SMOKEX-Studie in dem zu erwartenden Bereich liegen.

Als möglicher Einflussfaktor auf den Erfolg der Behandlung kann auch die unterschiedliche Höhe des Honorars vermutet werden. Bei einer zufälligen Teilstichprobe von 38 Personen lagen Daten über die Höhe des entrichteten Honorars vor, da nicht alle Teilnehmer Angaben zu finanziellen Gegebenheiten machten. Hier zeigte sich kein Unterschied zwischen den langfristig abstinenten und den rückfälligen Studienteilnehmern ($t=-1.10$; $df=26$; $p=.280$). Die rückfälligen Teilnehmer zahlten ein durchschnittlich 80 Euro höheres Honorar. Zusätzlich wurde der Anteil der Kosten für die Raucher-

SMOKEX-Evaluation

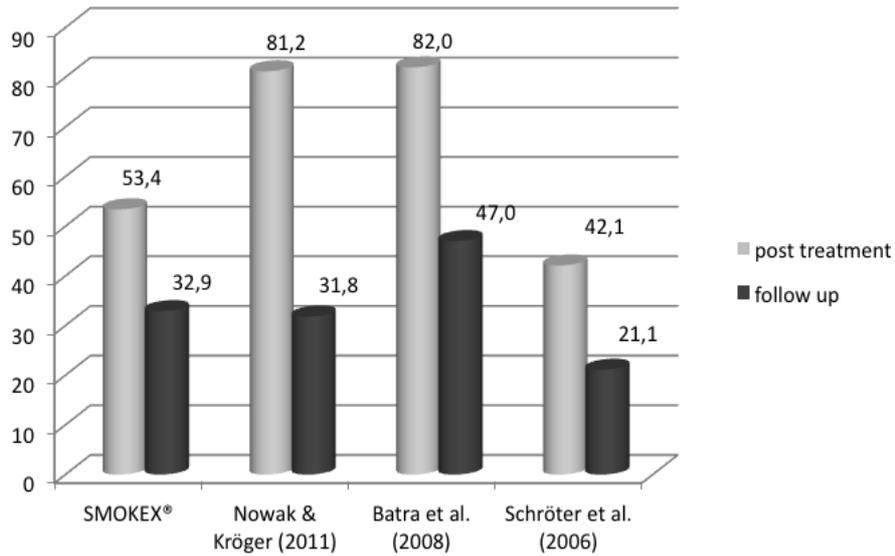


Abb. 2: Einordnung in Erfolgsquoten ausgewählter Studien zur Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Ansätze

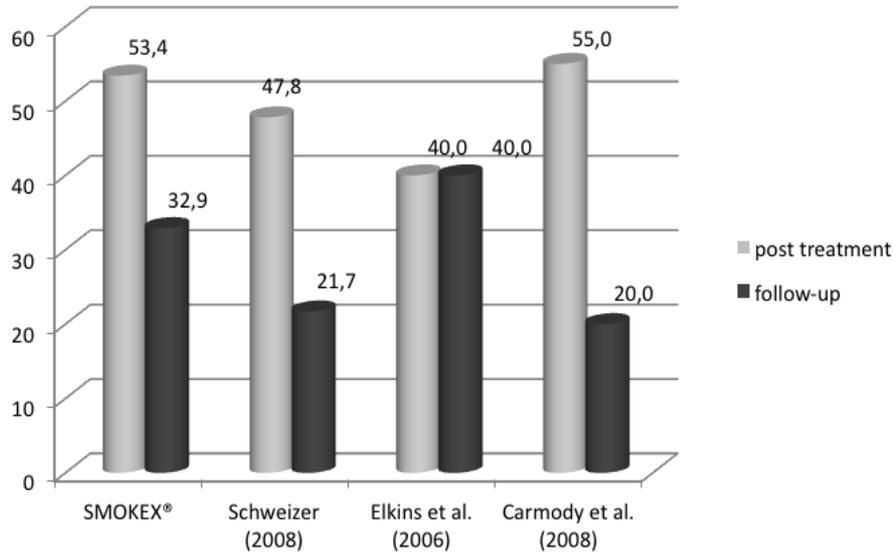


Abb. 3: Einordnung in Erfolgsquoten ausgewählter Studien zur Wirksamkeit hypnotherapeutischer Ansätze

entwöhnung am Nettohaushaltseinkommen erfragt. Hier liegen Daten von 22 Studienteilnehmern vor. Es lässt sich ebenfalls kein Unterschied in den Mittelwerten der abstinenten und rückfälligen Probanden erkennen ($t=-.15$; $df=20$; $p=.883$). Zusätzlich wurde die Korrelation zwischen der Ausgangsmotivation und den Kosten bzw. dem Anteil am Nettohaushaltseinkommen berechnet; auch diese Werte zeigen keinen Hinweis auf einen Zusammenhang ($r=.04$; $p=.85$; bzw. $r=-.05$; $p=.82$). Der geleistete finanzielle Aufwand steht damit nicht in Zusammenhang mit dem Erfolg der Behandlung zum Zeitpunkt der Nachbefragung.

Neben der Betrachtung der abstinenten Studienteilnehmer wurden auch die Werte der noch rauchenden Klienten einer Analyse unterzogen. Hinsichtlich des FTNA-Werts zeigte sich bei den 33 vollständig vorliegenden Datensätzen von weiterhin rauchenden Teilnehmern eine durchschnittliche Reduktion von 1,3 Punkten ($s=2.2$). Mit dem t-Test für verbundene Stichproben kann hier eine statistisch signifikante Reduktion des Rauchens ($t=3.47$, $df=32$, $p=.002$) festgestellt werden, die zudem auch klinisch relevant ist. Die Probanden sind im Durchschnitt aus dem Bereich der starken in eine mittlere Abhängigkeit gekommen. Dies schlägt sich auch in der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten nieder. Diese 33 weiterhin rauchenden Klienten konnten ihr Rauchen um durchschnittlich 10,9 Zigaretten von 23,4 auf 12,6 Zigaretten reduzieren ($t=7.05$, $df=32$, $p=.000$).

4.1.1.2 Prädiktorenanalyse

Mittels binär logistischen Regressionsanalysen wurde der Frage nach möglichen Prädiktoren nachgegangen. Die erste Analyse befasst sich mit dem Einfluss der Daten zu Therapiebeginn auf die spätere Abstinenz. Da sich hier keinerlei Variablen als signifikant erwiesen, wurden in einem weiteren Schritt Veränderungswerte gebildet.

In der zweiten Analyse wurde die Vorhersagekraft der Veränderungen während der Behandlung auf die Abstinenz untersucht. Die dritte Analyse betraf die Vorhersagekraft der Veränderungen zwischen dem Beginn der Behandlung und der Nachuntersuchung nach einem Jahr.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass mit diesem Vorgehen die Ausgangsstichprobe wiederholt verwendet wurde, so dass das α -Fehler-Niveau beeinflusst ist.

Veränderungen im Therapieverlauf und Rauchstatus nach 12 Monaten

Im Vergleich zu den Ausgangswerten können Veränderungen im Behandlungsverlauf den Therapieerfolg besser vorhersagen. Das Regressionsmodell ermöglicht eine bessere Vorhersage als das Ausgangsmodell ($\chi^2=27.54$; $df=10$; $p=.002$) mit einer Varianzaufklärung von 48.8%. Durch das Regressionsmodell werden 79.4% der Probanden korrekt klassifiziert. Es zeigen sich insgesamt vier Prädiktorvariablen. Die Veränderung im Bereich des Erlebens chronischen Stresses ($p=.04$; $OR=23.40$, 95%KI=1.18 bis 466.18), des psychischen Wohlbefindens ($p=.03$; $OR=.837$, 95%KI=.72 bis .98), der subjektiven Ärgerwahrnehmung ($p=.02$; $OR=1.36$, 95%KI=1.05 bis 1.77) sowie der

SMOKEX-Evaluation

Ärger-Neigung ($p=.03$; $OR=.68$, 95%KI=.49 bis .95) haben einen signifikanten Einfluss auf das Erreichen der Abstinenz nach 12 Monaten.

Unter Beachtung der Kodierung der Variablen lassen sich nun folgende Aussagen hinsichtlich der Vorhersage der Abstinenz nach 12 Monaten treffen:

- Das psychische Wohlbefinden wird als besser eingeschätzt.
- Der subjektiv wahrgenommene, chronische Stress hat sich erhöht.
- Der subjektiv wahrgenommene Ärger hat sich erhöht.
- Die generelle Neigung, ärgerlich zu reagieren, hat sich verringert.

Veränderungen während des Nachuntersuchungszeitraums von 12 Monaten und Rauchstatus nach 12 Monaten

Die Untersuchung der Veränderungen im Nachuntersuchungszeitraum zeigt ebenfalls eine gute Möglichkeit zur Vorhersage der Abstinenz nach 12 Monaten. Das Regressionsmodell unterscheidet sich auch bei dieser Analyse signifikant vom Ausgangsmodell ($\chi^2=22.78$; $df=6$; $p=.001$) und kann damit 49,8% der Varianz aufklären. Mit Hilfe des Regressionsmodells werden 78,0% der Probanden richtig klassifiziert.

Als Prädiktorvariable erwies sich jedoch lediglich die Veränderung der Motivation ($p=.02$; $OR=3.46$; 95%KI=1.26 bis 9.52). Eine Verbesserung der Motivation geht daher mit andauernder Abstinenz einher.

4.1.1.3 Analyse beendeter vs. abgebrochener Behandlungen

Zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen den regulären beendeten und den vorzeitig abgebrochenen Behandlungen werden Mittelwertvergleiche durchgeführt. Der Levene-Test offenbarte tendenziell für zwei Variablen eine Inhomogenität (Körperliche Nikotinabhängigkeit und die Skala „nach innen gerichteter Ärger“ des STAXI), so dass diese beiden Variablen mit dem Mann-Whitney-U-Test untersucht wurden. Für die restlichen Variablen kann Varianzhomogenität als Voraussetzung für den t-Test angenommen werden.

Es zeigte sich weder hinsichtlich der soziodemographischen Daten noch der erhobenen psychologischen Variablen ein Unterschied zwischen den Therapieabbrechern und denen, die alle Sitzungen regulär wahrnahmen. Lediglich die Erfolgserwartung ist bei jenen tendenziell höher ($z=-1.87$; $p=.06$), die an allen Stunden teilnahmen. Zudem schätzten sie sich auf der körperlichen Befindlichkeitsskala des SF-12 um durchschnittlich 3,17 Punkte gesünder ein als die Abbrecher ($F=3.94$; $p=.05$).

Mit Ausnahme dieser beiden tendenziellen Ergebnisse lassen sich also keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmern mit regulär beendeter Behandlung und den Therapieabbrechern hinsichtlich der Baselinedaten finden.

4.1.1.4 Einfluss der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung wurde mit dem Helping-Alliance-Questionnaire (HAQ) untersucht, der in die Skalen „Therapiezufriedenheit“ (HAQ1) und „Beziehungszufriedenheit“ (HAQ2) unterteilt ist.

denheit“ (HAQ2) unterteilt ist. Die Übereinstimmung zwischen Therapeuten- und Klienteneinschätzungen ist auf den beiden Skalen zwar signifikant bzw. tendenziell signifikant, aber in der Höhe nur moderat bis schwach. Einschränkend muss erwähnt werden, dass nur 39 bzw. 41 Datensätze zur Auswertung zur Verfügung standen. Die Korrelation auf der Skala „Erfolgszufriedenheit“ ($r=.44$; $p=.005$) ist etwas höher als auf der Skala „Beziehungszufriedenheit“ ($r=.30$; $p=.061$). Trotz der unterschiedlichen Einschätzung der therapeutischen Beziehung unterscheiden sich die Mittelwerte der Skalen kaum voneinander.

Es wurden außerdem mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen langfristig abstinenter und rauchender Teilnehmer hinsichtlich der Einschätzung der therapeutischen Beziehung untersucht. Während der t-Test für unabhängige Stichproben keinerlei Unterschiede bei den Klienteneinschätzungen zeigt, offenbart die Betrachtung der Therapeutenbewertungen ein signifikantes Ergebnis. Sowohl bei der Skala „Erfolgszufriedenheit“ ($t=4.25$; $df=43$; $p=.000$) als auch bei der Skala „Beziehungszufriedenheit“ ($t=3.65$; $df=45$; $p=.001$) schätzen die Therapeuten die Behandlung der später langfristig abstinenten Teilnehmer nach der letzten Stunde besser ein. Die Behandler schätzen bei den später abstinenten Klienten die Therapiezufriedenheit auf einer Skala von 0 bis 5 um durchschnittlich .78 Punkte und die Beziehungszufriedenheit um durchschnittlich .81 Punkte höher ein.

Obgleich die Klientenbewertung dies nicht abbildet, kann zumindest den therapeutischen Einschätzungen über den Verlauf der Therapie eine prädiktive Qualität zugesprochen werden.

4.1.1.5 Der Therapeut als Einflussvariable

An der *SMOKEX*-Studie haben elf Therapeuten unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Berufserfahrung teilgenommen. Wenngleich einige Therapeuten nur eine kleine Anzahl an Probanden eingebracht haben, so sollen dennoch die Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Alter sowie der Berufserfahrung der Behandler betrachtet werden.

Zu diesem Zweck werden Korrelationen berechnet. Weder das Alter der Therapeuten ($r=-.12$; $p=.30$) noch die Berufserfahrung in hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung ($r=-.11$; $p=.36$) korrelieren substantiell mit dem Therapieerfolg nach einem Jahr.

Während die therapeutische Beziehung mit der Abstinenz scheinbar zusammenhängt, kann dies für die untersuchten Variablen zur Lebens- und Berufserfahrung der Therapeuten nicht gefunden werden.

5 Diskussion

Das Ziel der Studie bestand in der Überprüfung der Wirksamkeit des teilstandardisierten hypnotherapeutischen Raucherentwöhnungsprogramms *SMOKEX* im Praxisalltag. Zu diesem Zweck wurde ein naturalistisches Design gewählt, das die Behandlungsrealität möglichst genau abbilden kann und damit eine hohe externe Validität aufweist. Es

SMOKEX-Evaluation

wurden 94 Klienten von insgesamt 11 Therapeuten in verschiedenen Regionen Deutschlands rekrutiert, von denen letztlich 73 Datensätze zur Auswertung der langfristigen Abstinenz herangezogen werden konnten.

Die Stichprobe setzt sich zu gleichen Teilen aus Männern und aus Frauen zusammen. Daraus kann geschlossen werden, dass Hypnotherapie für beide Geschlechter eine attraktive Behandlungsmethode darstellt. Der durchschnittliche Proband ist im mittleren Lebensalter mit einer nahezu 30-jährigen Rauchhistorie und einem täglichen Konsum von mehr als 20 Zigaretten bei einem Fagerströmwert von 6,1. Damit befinden sich vorwiegend starke Raucher mit einem chronifizierten Störungsbild in der Stichprobe. Während die Motivation durchweg sehr hoch ausgeprägt ist, scheint die Erfolgserwartung der Probanden etwas niedriger. Der durchschnittliche Proband hat drei erfolglose Versuche in der Vergangenheit berichtet.

Hinsichtlich der erhobenen Daten zu Therapiebeginn (Baseline) zeigt sich lediglich bei der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Darüber hinaus lassen sich in keiner Variablen geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen.

5.1 Erfolgsmessung

Der Erfolg der Behandlung wurde definiert als kontinuierliche Abstinenz für ein Jahr nach Behandlungsende. Die Abstinenz wurde nach den Kriterien des Russel-Standards erhoben, wobei die Kriterien nicht komplett erfüllt werden konnten. So handelt es sich bei der vorliegenden Studie nicht um ein randomisiert-kontrolliertes mehrarmiges Design. Außerdem konnte die Katamnese bei nur einer Behandlungsbedingung auch nicht verblindet durchgeführt werden.

Darüber hinaus wurden die international gültigen Standards beachtet.

Die kurzfristige Abstinenzquote zu Behandlungsende beträgt 53,4%. Dabei sei angemerkt, dass es sich nicht um eine Messung des direkten Behandlungserfolgs handelt, da das *SMOKEX*-Konzept die Möglichkeit vorsieht, auch nach der letzten Stunde den Abstinenzstart zu initiieren.

Das primäre Outcome-Maß besteht in der langfristigen Abstinenz. Diese beträgt 32,9%. Somit ist etwa ein Drittel der behandelten Raucher auch nach einem Jahr noch rauchfrei. Aufgrund der hohen Standards bei der Erhebung der Abstinenzquote handelt es sich um eine konservative Angabe. Damit wird die Gefahr minimiert, die Erfolgsaussicht durch die vorliegende Intervention zu überschätzen.

Eine Zufallsstichprobe (54,8%) aus der Gesamtzahl der Studienteilnehmer wurde durch zwei externe Kriterien, CO-Messung und Fremd-Validierung, hinsichtlich der Abstinenzaussagen überprüft. Die Ergebnisse gelten damit als gesichert.

Die Erfolgsquote übertrifft somit die Spontanremissionsquote von 7,3%, die von Bailie et al. (1995) als Referenzwert vorgeschlagen wird. Außerdem findet sich der Anteil langfristig erfolgreicher Interventionsteilnehmer in einem Bereich wieder, den andere Wirksamkeitsstudien zu verhaltenstherapeutischer und hypnotherapeutischer Raucher-

entwöhnung berichten.

SMOKEX kann somit als wirksame Methode der Raucherentwöhnung gelten, wobei diese Aussage im Kontext der Studienbedingungen zu sehen ist: Untersucht wurden Einzelbehandlungen im Praxisalltag von Psychotherapeuten, Ärzten und Heilpraktikern, die im Rahmen einer fundierten Hypnotherapie-Ausbildung eine Spezialisierung in der Raucherentwöhnung erworben hatten. Es handelt sich um ein manualisiertes Vorgehen, für das inzwischen auch eine ausführliche Beschreibung (Riegel & Gerl, 2012) vorliegt.

Die Qualität einer Entwöhnungsmethode wird gemäß Batra und Kollegen (2008) anhand von neun Kriterien bestimmt. *SMOKEX* ist demnach folgendermaßen zu bewerten: Es liegen wissenschaftliche Annahmen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht zugrunde (1) und die vorliegende Studie konnten einen Beitrag zur wissenschaftlichen Fundierung liefern (2). Um den geforderten Evidenzgrad von Ia, Ib oder IIa (3) zu erreichen, sind weitere hochwertige Therapiestudien nötig. Da die Stichprobe aus dem Praxisalltag rekrutiert wurde, liegt keine selektierte Klientel vor und die Ergebnisse können verallgemeinert werden (4). Eine Optimierung kann durch die gezielte Integration der Nikotinersatztherapie noch erreicht werden (5). Die Wirtschaftlichkeit der Intervention (6) kann durch Gruppenangebote erhöht werden, wenngleich trotz hoher Kosten der langfristige Nutzen für den Betroffenen überwiegt. Hypnotherapie ist nur dann gut in den Praxisalltag integrierbar (7), wenn der Behandler eine entsprechende Ausbildung besitzt. Die Qualität der Ausbildung ist durch ein standardisiertes Seminarekonzept gesichert (8). *SMOKEX* beachtet die Individualität des Klienten (9) in hohem Maße.

Es ist demnach davon auszugehen, dass *SMOKEX* mit den genannten Einschränkungen und Entwicklungsmöglichkeiten eine qualitativ hochwertige Behandlung zur Raucherentwöhnung ist.

5.2 Einflussfaktoren

Die Analyse der Daten zu Therapiebeginn geben keinen Aufschluss über mögliche Prädiktoren für den Erfolg der Intervention. In den meisten Studien zur Raucherentwöhnung wird bspw. ein Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit zu Beginn und dem späteren Erfolg gefunden. Dies kann für *SMOKEX* nicht bestätigt werden. Die Methode scheint demnach unabhängig vom Ausmaß der körperlichen Substanzabhängigkeit zu wirken.

Daher erscheinen die Veränderungen im Behandlungsverlauf entscheidender. Die Prädiktorenanalyse zeigte, dass folgende Veränderungen während der Behandlungsdauer den späteren Erfolg vorhersagen können:

- Das psychische Wohlbefinden wird als besser eingeschätzt.
- Der subjektiv wahrgenommene, chronische Stress hat sich erhöht.
- Der subjektiv wahrgenommene Ärger hat sich erhöht.
- Die generelle Neigung, ärgerlich zu reagieren, hat sich verringert.

SMOKEX-Evaluation

Erfolgreiche Teilnehmer berichten eine Verbesserung ihres psychischen Wohlbefindens, wenngleich darüber keine Kausalität erklärt wird. Jedoch deckt sich die Annahme einer Verbesserung des Wohlbefindens mit den Theorien, dass Rauchen mit einer Zunahme psychischer Beschwerden einhergeht (Jorm, 1999; Hamer et al., 2010).

Zudem hat sich das Erleben von subjektivem Stress während der Behandlung erhöht. Langfristig erfolgreiche Klienten haben sich demnach vermutlich mit den negativen Folgen der Abstinenz konfrontiert und gehen die nötigen Umstrukturierungen in ihrem Leben an. Außerdem dürften auch die Entzugserscheinungen das Stressniveau erhöhen.

Auch der subjektiv wahrgenommene Ärger ist in dem Kontext zu verstehen. Die Zigarette hat häufig eine emotionsregulierende Funktion (Friederich & Batra, 2002), so dass anstrengende, ärgerliche Situationen nach dem Rauchstopp anders bewältigt werden müssen. Während sich die langfristig erfolgreichen Teilnehmer am Therapieende im Vergleich zur Vergangenheit als subjektiv ärgerlicher erleben, lässt sich doch auch ein Rückgang der potentiell erregenden Situationen erkennen. Dies scheint auf den ersten Blick widersprüchlich, lässt sich indessen durch die Äußerungen vieler Klienten erklären, die sich zwar im Entzug leichter reizbar fühlten, aber auch bemerkten, dass sie mit vielen Situationen gelassener umgehen, als in der aktiven Raucherzeit.

Die Daten lassen also die Vermutung zu, dass langfristig erfolgreiche Teilnehmer ihre (unangenehmen) Gefühle mehr zulassen, sie dadurch deutlicher spüren und sich neue Bewältigungsstrategien erarbeiten. Dies spricht dafür, dass der Anspruch von *SMOKEX* gerechtfertigt ist, nicht nur das isolierte Symptom auf der Verhaltensebene zu behandeln, sondern ganzheitlicher zu intervenieren. In der Literatur finden sich ähnliche Ansätze zur Fokussierung der emotionalen Selbstregulationsfähigkeit durch hypnotherapeutische Techniken (Bayot et al., 1997).

Betrachtet man die Veränderungen, die sich zwischen dem Behandlungsbeginn und der Nachuntersuchung ergeben haben, so erscheint die Aufrechterhaltung der Motivation als ein Prädiktor für die Abstinenz.

Da die Studie nicht zur Beantwortung solcher Fragen ausgerichtet war, können diese Nebenergebnisse lediglich als vorläufig erachtet werden.

Bei den dargestellten Prädiktoren ist die Kausalität nicht geklärt, aber im Fall der Motivation wird diese Schwierigkeit besonders deutlich: Eine hohe Motivation geht mit langfristiger Abstinenz einher. Obwohl unklar ist, ob die Erhaltung der Motivation die Voraussetzung für oder die Folge der Abstinenz ist, so sollte ein Fokus in den Behandlungen auf dem Aufbau und der Stärkung der Motivation zur Abstinenz liegen.

5.3 Therapeutenangaben

Es gilt inzwischen als gesichert, dass die therapeutische Beziehung einen wichtigen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat. Die Ergebnisse der *SMOKEX*-Studie können diesen Zusammenhang jedoch lediglich für die Beurteilung durch die Behandler bestätigen. Sowohl die Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung als auch mit

dem Ergebnis der Intervention wird bei den langfristig erfolgreichen Behandlungen höher eingeschätzt als bei den Klienten, die nach einem Jahr wieder rauchen.

Die Einschätzung durch die Klienten ist dagegen weniger aussagekräftig. Dies kann damit erklärt werden, dass Hypnotherapie das Rational unbewusster Veränderungsprozesse verfolgt. Die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis bezieht sich jedoch nicht nur auf den Rauchstatus, sondern auch auf die erlebte Prägnanz der Interventionen. Mit der Intention, unbewusste Verarbeitungsprozesse zu stimulieren, geht per se einher, dass die Klienten zum Ende der Therapie nur begrenzt bewusst darüber urteilen können. Im Fall der therapeutischen Beziehung wird zur Erklärung der fehlenden Übereinstimmung zwischen Einschätzung und realem Erfolg ein weiteres Modell der Hypnotherapie herangezogen: Klienten sollen dazu angeregt werden, ihre eigenen Potenziale zu entfalten und vorhandene Ressourcen nutzbar zu machen. Damit wird der Entstehung einer Abhängigkeit vom Therapeuten entgegen gewirkt und der Klient gewinnt den Eindruck, sich „selbst alles zu erarbeiten“. Daher ist es denkbar, dass der Anteil des Therapeuten an den Veränderungen als niedrig eingeschätzt wird.

Die Prüfung eines Zusammenhangs zwischen dem Alter des Therapeuten oder seiner Berufserfahrung und der Abstinenz blieb ergebnislos. Es konnte hier kein Einfluss aufgedeckt werden.

5.4 Limitation der Studie

Raucherentwöhnung wird nach international gültigen, strengen Standards erfasst. Die Studie wurde anhand dieser Kriterien konzipiert und durchgeführt. Jedoch bedingten das Studiendesign und die finanzielle Ausstattung einige Einschränkungen.

Die Vorgaben des Russel-Standard (West et al., 2005) wurden weitgehend eingehalten. Dennoch lassen sich folgende Einschränkungen nennen: Es fand keine Randomisierung statt, da dies dem Design einer naturalistischen Studie widersprechen würde. Außerdem wurde nur eine Teilstichprobe hinsichtlich der Abstinenzaussagen validiert. Dies ist zwar im Russel-Standard vorgesehen, es wird aber die Validierung der Gesamtstichprobe empfohlen. Die Nachbefragung konnte zudem nicht verblindet ausgeführt werden. Dieses Vorgehen ist den logistischen und finanziellen Beschränkungen geschuldet, vermindert aber die Qualität der Daten.

Ein weiteres Problem im Verlauf der Studie war die Rekrutierung der Klienten. Der Rücklauf durch die Therapeuten war gering, was mit dem hohen Aufwand durch die Studie begründet wurde. Die qualitativ gute Durchführung ließ sich nur bedingt mit dem Praxisalltag kombinieren.

Darüber hinaus bleibt fraglich, ob trotz der Erhebung einer anfallenden Stichprobe eine Selektion der eingebrachten Klienten stattgefunden hat. Dies kann durch eine Vorauswahl durch den Behandler oder die Akzeptanz der Studie durch den Klienten der Fall sein. Es ist daher nicht gesichert, dass die Stichprobe das tatsächliche Klientel der ambulanten Raucherbehandlung abbildet. Außerdem ist denkbar, dass eine Selektion hinsichtlich der Bereitschaft stattgefunden hat, einen hohen finanziellen Aufwand auf

SMOKEX-Evaluation

sich zu nehmen. Raucher mit weniger finanziellen Mitteln oder einer geringeren Bereitschaft zur Eigenleistung sind damit nicht in der Studie enthalten und nehmen hypnotherapeutische Angebote als Selbstzahlerleistung möglicherweise weniger oft wahr. Daher sind die Ergebnisse der Praxisevaluation nicht uneingeschränkt zu verallgemeinern.

Die Daten der Studie sind zudem durch das Fehlen einer Kontrollgruppe nur begrenzt vergleichbar und interpretierbar. Der Charakter der Praxisevaluation macht es unmöglich, Klienten randomisiert einer Kontrollgruppe zuzuweisen. Denkbar wäre dagegen eine gematchte unbehandelte Kontrollgruppe gewesen. Dies wurde aus ethischen Überlegungen verworfen, da die Spontanremissionsquoten (Baillie et al., 1995; Hughes et al., 2004) derart gering sind, dass es ethisch nicht zu verantworten ist, motivierte Raucher über den Studienzeitraum hinweg unbehandelt zu lassen. Dadurch kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass die berichteten Erfolgsquoten durch gesellschaftliche Einflüsse (z.B. Nichtraucherschutzgesetzgebung) beeinflusst sind.

Bezüglich des Studiendesign sowie der Auswertungsstrategie bestehen noch weitere Limitationen. Dazu zählt die nicht verwertbare Erhebung der Imaginationsfähigkeit. Damit konnte die Suggestibilität als Einflussfaktor nicht betrachtet werden. Die Entscheidung für den Imaginationstest (Revenstorf & Zeyer, 2008) wurde aus ökonomischen Überlegungen getroffen, da die üblichen Messinstrumente sehr aufwendig und damit nicht in den Praxisalltag zu integrieren sind.

Ein weiteres Manko ist darin zu sehen, dass die Nutzung von Nikotinersatztherapie nicht standardisiert erhoben wurde. Die Klienten haben keine explizite Beratung zu pharmakologischen Produkten bekommen, jedoch ist eine Eigeninitiative in dem Punkt nicht auszuschließen. Hier kann sich ein Einflussfaktor ergeben, der in den Berechnungen zur *SMOKEX*-Studie nicht beachtet werden konnte.

5.5 Zukünftige Forschungsfragen

Obgleich die Raucherentwöhnung zu den Anwendungsgebieten der Hypnotherapie zählt, die bereits seit mehreren Jahrzehnten intensiv beforscht werden, mangelt es an jüngeren, hochwertigen Studien. Damit fehlt im Vergleich zu anderen Methoden eine sichere Diskussionsbasis.

Die bestehenden Studien haben selten eine hinreichende Qualität, um die „scientific community“ von der Wirksamkeit des hypnotherapeutischen Ansatzes in der Tabakentwöhnung zu überzeugen. Es ist daher unabdingbar, in allen Stadien der Therapieforschung weitere, hochwertige Studien durchzuführen, die sich an den international gültigen Standards orientieren.

Die vorliegende Studie weist auf eine Wirksamkeit von *SMOKEX* hin, wobei auch hier Untersuchungen in einem Kontrollgruppendesign zur Bestätigung der Wirksamkeit noch ausstehen. Ferner haben sich Befunde ergeben, die ebenfalls weiter verfolgt werden sollten:

Im Rahmen von Patienten-fokussierten Studien können modifizierte Behandlungs-

ansätze mit Schwerpunkt auf der Förderung der Ärgerverarbeitung sowie der Stressregulation entwickelt und untersucht werden. Damit würde die Hypnotherapie die aktuellen Strömungen aufgreifen, modifizierte Therapien für spezifische Subgruppen zu entwickeln. Dazu ist es nötig, diese Subgruppen zu identifizieren und die Interventionen entsprechend zu verändern. So berichten bspw. Haukkala et al. (2000) von einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung der depressiven Entwöhnungsteilnehmer.

Neben der Modifizierung der Behandlung für spezielle Rauchertypen (vgl. Batra et al., 2008; 2010) steht noch die Prüfung aus, inwieweit eine multimodale Therapie erfolgreich sein kann. Covino und Bottari (2001) stellen beim Vergleich hypnotherapeutischer und verhaltenstherapeutischer Ansätze die Hypothese auf, dass keine der psychologischen Interventionen der anderen überlegen sei. Sie schlussfolgern, dass eine Kombinationsbehandlung, die auch Nikotinersatztherapie beinhaltet, eine Zielsetzung für zukünftige Entwicklungen sein kann.

Carmody (2011) weist darüber hinaus darauf hin, dass die Kosten-Nutzen-Relation bei hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung noch nicht zufriedenstellend ist. Dazu müssen Gruppenangebote entwickelt und untersucht werden, aber es muss auch einer größeren Anzahl von Angehörigen des Gesundheitssystems der Zugang zur Anwendung hypnotherapeutischer Methoden ermöglicht werden. Nur so kann eine flächendeckende, ökonomische Alternative zu bisherigen Behandlungsansätzen geschaffen werden. Bis dahin sei Hypnotherapie Carmody zufolge in der öffentlichen Versorgung keine Alternative, wenngleich Anbieter professioneller Entwöhnungsbehandlungen mit den Fragen nach Hypnotherapie umgehen müssen. Zudem führt er an, dass die begrenzte Zahl entsprechend ausgebildeter Therapeuten einer höheren Bedeutung hypnotherapeutischer Ansätze ohnehin entgegensteht.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen und Medizinischen Fachgesellschaften AWMF. (2004). Tabakbedingte Störungen "Leitlinien Tabakentwöhnung". Abgerufen am 13. 05 2011 von http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/therapie/rad/awmf_2004.pdf
- Baillie, A. J., Mattick, R. P., & Hall, W. (1995). Quitting Smoking: estimation by meta-analysis of the rate of unaided smoking cessation. *Australian Journal of Public Health*, 19, S. 129-131.
- Barnes, J., Dong, C. Y., McRobbie, H., Walker, N., Mehta, M., & Stead, L. F. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Systematic Review*.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, S. 23-32.
- Batra, A. (2011). Therapie der Tabakabhängigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(33), S. 555-564.
- Batra, A., Collins, S. E., Schröter, M., Eck, S., Torchalla, I., & Buchkremer, G. (2010). A cluster-randomized effectiveness trial of smoking cessation modified for at-risk smoker subgroups. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, S. 128-140.
- Batra, A., Kröger, C., Lindinger, P. & Pötschke-Langer (2008). Qualitätsmerkmale von Raucherbehandlungen – die Notwendigkeit für definierte Standards. *Sucht*, 54(2), S. 95-100.
- Baumeister, S. E., Kraus, L., Stonner, T. K., & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54(7), S. 26-35.

SMOKEX-Evaluation

- Bayot, A., Capafons, A., & Cardena, E. (1997). Emotional Self-Regulation Therapy: A New and Efficacious Treatment of Smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 146-156.
- Berth, H., & Stöbel-Richter, Y. (2004). Testbesprechung: Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA). *Diagnostica*, 50, 110-112.
- Bleich, S., Havemann-Reinecke, U., & Kornhuber, J. (2002). Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA). Göttingen: Beltz.
- Breitling, L. P., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., Raum, E., & Brenner, H. (2009). Aufhörversuche und -wille bei älteren Rauchern. *Deutsches Ärzteblatt*, 27, S. 451-455.
- Bullinger, M., & Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Carmody, T. P. (2011). No clear evidence that hypnotherapy for smoking cessation is more effective in the long term than no treatment or other interventions. *Evidence-Based Nursing*, 14, S. 48.
- Covino, N. A., & Bottari, M. (2001). Hypnosis, Behavioral Theory, and Smoking Cessation. *Journal of Dental Education*, 65(4), 340-347.
- DHS. (2009). Basisinformationen Tabak. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years observations in male British doctors. *British Medical Journal*, 328, S. 1519-1533.
- Fiore, M. C. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Franke, G. H. (2002). Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90). Göttingen: Beltz.
- Friederich, H. M., & Batra, A. (2002). Biologische und psychosoziale Bedingungen der Tabakabhängigkeit. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, S. 157-163.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU). Göttingen: Hogrefe.
- Green, J. P., & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), S. 195-224.
- Green, J. P., Lynn, S. J., & Montgomery, G. H. (2006). A meta-analysis of gender, smoking cessation, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(2), S. 224-233.
- Hamer, M., Stamatakis, E., & Batty, G. D. (2010). Objectively Assessed Secondhand Smoke Exposure and Mental Health in Adults, Cross-sectional and Prospective Evidence From the Scottish Health Survey. *Archives of General Psychiatry*, 67(8), 850-855
- Haukkala, A., Uutela, A., Vartiainen, E., Mcallister, A., & Knekt, P. (2000). Depression and smoking cessation: The role of motivation and self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 25(2), 311-316.
- Helmert, U., & Buitkamp, M. (2004). Die Veränderung des Rauchverhaltens in Deutschland von 1985 bis 2002. *Gesundheitswesen*, 66, S. 102-106.
- Hoch, E., & Kröger, C. (2011). Nikotinabhängigkeit. In H.-U. Wittchen, & J. Hoyer, *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, S. 213-218.
- Hughes, J. R., Keely, J., & Naud, S. (2004). Shape of the relapse-curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*, 99, S. 29-38.
- Hüllinghorst, R., Merfert-Diete, C., & Lindemann, F. (2001). *Jahrbuch Sucht 2001*. Geesthacht: Neuland.
- Jochims, I., & Gerl, W. (2004). *Rauchfrei ohne zuzunehmen*. Berlin: Hedwig-Verlag.
- John, U., & Hanke, M. (2002). Tobacco smoking- and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany. *European Journal of Cancer Prevention*, 11, S. 11-17.
- Jorm, A. F. (2009). Association between smoking and mental disorders: Results from an Australian National

- Prevalence Survey. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 23(3), 245-248.
- Kröger, C., Heppekausen, K., & Kraus, L. (2002). Epidemiologie des Tabakkonsums und die Situation der Raucherentwöhnung in Deutschland. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 11, S. 149-155.
- Lampert, T., & Burger, M. (2004). Rauchgewohnheiten in Deutschland - Ergebnisse des telefonischen Bundes-Gesundheitssurveys 2003. Gesundheitswesen, 66, S. 511-517.
- Leichsenring, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52(3), 209-222.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive psychotherapy. New York: Basic Books.
- Marques-Vidal, P., Melich-Cerveira, J., Paccaud, F., Waeber, G., Vollenweider, P., & Cornuz, J. (2011). High expectation in non-evidence based smoking cessation interventions among smokers - The colaus study. Preventive Medizin 52(3-4), S. 258-261.
- Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L., & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen - Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. Sucht, 56(5), 327-336.
- Peter, B. (2000). Ericksonsche Hypnotherapie und die Neukonstruktion des "therapeutischen Tertiums". Psychotherapie 5(1), S. 6-21.
- Revenstorf, D., & Zeyer, R. (2008). Hypnose lernen - Anleitung zur Selbsthypnose für mehr Leistung und weniger Stress. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Riegel, B., & Gerl, W. (2012). Nachhaltige Raucherentwöhnung mit Hypnose. Therapiemanuale für Einzelne und für Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riegel, B., Kempkensteffen, J., & Tönnies, S. (in Vorbereitung). Ökonomische Suggestibilitätsmessung – Zwischen Illusion und Realität. Evaluationsergebnisse eines Tests zur Imaginationsfähigkeit.
- Schlottz, W., & Schulz, P. (2005). Die Kurzversion des Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS-K). Unveröffentlichtes Dossier.
- Schoberberger, R., Kunze, U., Schmieser-Rieder, A., Gromane, E., & Kunze, M. (1998). Wiener Standard zur Diagnostik der Nikotinabhängigkeit: Wiener Standard Raucherinventar (WSR). Wiener Medizinische Wochenschrift (148), S. 52-64.
- Schulz, P., Schlottz, W., & Becker, P. (2004). Trierer Inventar zum chronischen Stress (Tics). Göttingen: Hogrefe.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V., & Spielberger, C. D. (1992). Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI). Bern, Göttingen, Toronto: Verlag Hans Huber.
- Solarino, B., Rosenbaum, F., Riebelmann, B., Buschmann, C. T., & Tsokos, M. (2010). Death due to ingestion of nicotine-containing solution: Case-report and review of literature. Forensic Science International, 195, e19-e22.
- Sood, A., Ebbert, J. O., Sood, R., & Stevens, S. R. (2006). Complementary treatments for tobacco cessation: A survey. Nicotine & Tobacco Research, 8, S. 767-771.
- Tschuschke, V. (2005). Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklung und Korrekturvorschläge. Psychotherapeutenjournal, 106-115.
- West, R., Hajek, P., Stead, L., & Stapleton, J. (2005). Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. Addiction, 100, S. 299-303.

1) **SMOKEX**[®] ist als Wortmarke beim DPA angemeldet.

Rezension

Kossak, H.-C., Zehner, G. (2011). Hypnose beim Kinder-Zahnarzt - Verhaltensführung und Kommunikation. Berlin Heidelberg: Springer. 335 Seiten, 99,95 €, ISBN 978-3-642-17737-8.

Nachdem jahrelang die Literatur zum Thema Kinderhypnose und speziell Kinderhypnose beim Zahnarzt sehr rar war, scheint es gegenwärtig einen regelrechten Hype zu geben. Mit „Hypnose beim Kinder-Zahnarzt“ liegt uns jetzt ein praxisrelevantes Fachbuch vor. Die beiden Autoren sind Experten für Kinderhypnose, Gisela Zehner als Kinderzahnärztin, Hans-Christian Kossak als Kinder- und Jugendpsychotherapeut.

Ihr Werk ist in 9 Kapitel unterteilt, wobei sich die ersten mit der Einführung in die Hypnose sowie der Psychologie des Kindes- und Jugendalters beschäftigen. Hier werden wissenschaftlich fundiert Grundlagen für die Behandlung von Kindern mit Hypnose gelegt. Auch die Kapitel zum Thema Lernen oder Eltern sind informativ und hilfreich. Nach dem Studium der ersten, für einen guten Kinderhypnosezahnarzt wichtigen Kapitel, ist man gut gewappnet, sich ab Kapitel 5 der konkreten zahnärztlichen Behandlung zu widmen. Mit sehr konkreten und zahlreichen Vorschlägen wird die Methodenvielfalt der Hypnose zur Entspannung, zum Angstabbau und zur Kooperation des Kindes beim Zahnarzt dargelegt. Bemerkenswert ist, dass neben rein zahnmedizinischen auch kieferorthopädische und prophylaktische Interventionen sowie das Abgewöhnen von Habits bearbeitet werden. Kapitel zur Sedierung, Akupunktur oder energetischen Psychologie/Klopfakupressur u.a. runden das Fachbuch ab. Umfangreiches Videomaterial, das erstaunlicherweise für jeden Nutzer online zur Verfügung steht, zeugt von der hohen Authentizität und Professionalität der Autorin.

Das gesamte Buch ist methodisch und didaktisch sehr gut strukturiert. In optisch abgesetzten Blöcken werden jeweils drei verschiedene Informationen geboten: „Praxis konkret“ ist fast auf jeder Buchseite zu finden und liefert einen Abstract des soeben Gelesenen mit Sofortbezug zum Praxisalltag. Im zweiten Teil des Buches findet man die jeweils passenden Online-Videoclips. „IntenetInfo“ verweist zur Veranschaulichung theoretischer Darlegungen auf kurze Lehrfilme bei YouTube. Diese sind zwar manchmal etwas schwierig zu finden, erfrischen aber wie in einem Seminar ungemein das Lernerlebnis, besonders in den ersten eher theoretischen Kapiteln. „Kleine Selbsterfahrung“ fordert mit Übungen oder Reflexionen zur Interaktion auf, so dass der Leser auch hier das Gefühl hat, nicht nur berieselt zu werden. Allein schon mit diesen drei stilistischen Methoden hat der Leser das Gefühl, ein absolut praxisrelevantes Buch zu lesen. Das professionelle Layout macht die Lektüre sehr angenehm. Im Zeitalter der Tablet-PCs ist online verfügbares Videomaterial modern und praktisch.

Dass das Buch von zwei Autoren geschrieben ist und trotzdem wie aus einem Guss erscheint, liegt sicher an der glücklichen Symbiose zweier Experten, deren Buch das Zeug zum Standardwerk hat. Absolute Kaufempfehlung für Zahnärzte, Zahnmedizinisches Fachpersonal und sicher auch für Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern.

Jeannine Radmann (Berlin)