

Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie

11 kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen

Katharina Wais & Dirk Revenstorf, Universität Tübingen

Zusammenfassung:

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

Summary:

This metaanalysis summarizes 11 studies in the areas of overweight, migraine, primary insomnia, flight fear, exam anxiety and smoking. To judge the effectiveness of the hypnotherapy, the primary studies were grouped in four intervention classes (*hypnotherapy, behavior therapy, combined therapy* and *control*). Long term effects were assessed from follow ups of different length. Significant improvements were shown for all three forms of treatment – pre-post and follow-up. While the cognitive behavior therapy showed consistently middle range effect sizes, an increase of the effect size from middle to large at the time of follow up appeared with pure hypnotherapy. Combined programs with hypnotic and behavioral elements resulted in best effectiveness with large effect sizes for both, pre-post and follow up.

Einleitung

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

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

Für den Bereich der Angststörungen liegt ebenfalls eine Vielzahl von kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Hypnotherapie vor. Horowitz (1970) untersuchte die Effektivität von Hypnotherapie bei spezifischer Phobie und fand, dass die Patienten ihre Angst im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant reduzieren konnten. Dieser Effekt hielt bis zu einer Katamnesemessung an. Boutin und Tosi (1983) verglichen die Wirksamkeit reiner Hypnotherapie und kombinierter Therapie bei Prüfungsangst direkt miteinander. Für beide Behandlungsgruppen zeigte sich eine signifikante Reduktion der Angst (kognitiv, affektiv, physiologisch, Verhaltensebene), die bis zur ersten Katamnese konstant anhielt. Nach einer weiteren Katamnese erwies sich die kombinierte Therapie als noch effektiver, als reine Hypnotherapie.

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

Methoden

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

Versuchsplan: Zur Überprüfung der Wirksamkeit zu verschiedenen Zeitpunkten (Postmessung, Katamnese) wurde das Vorgehen einer *Within-Subject Metaanalyse* gewählt (Hedges & Olkin, 1995; Hunter & Schmidt, 2004). Nach dem Modell fester Effekte wurde für jede aggregierte Effektstärke (d) die Homogenität überprüft und gegebenenfalls eine kategoriale Analyse vorgenommen. Da die Originaldaten der Studien zur Verfügung standen, war es möglich eine besonders genaue Analyse durchzuführen. Kriterien zur Auswahl der Studien waren: Verfügbare Originaldaten, Randomisierung, Datenerhebung mit Postmessung und Katamnese. Für jeden Störungsbereich wurde eine *Hauptvariable* zur Überprüfung der Wirksamkeit festgelegt, um die Problematik korrelierender Messinstrumente zu umgehen (Rustenbach, 2003). Die Behandlungsgruppen der verschiedenen Studien wurden den vier Interventionsformen zugeteilt. Waren aus einer Primärstudie die Daten mehrerer Behandlungsgruppen aus unterschiedlichen Interventionsformen vorhanden, wurden sie dementsprechend in die jeweiligen Interventionsgruppen verteilt. Die Forderung nach Unabhängigkeit der Daten wurde berücksichtigt, da die Effektstärken (Postmessung, Katamnese) für jede Interventionsform getrennt berechnet wurden. Die Effektstärken wurden an Hand einer standardisierten Mittelwertsdifferenz aus Baseline und Postmessung, bzw. Katamnese berechnet, die Signifikanz anhand des kritischen Intervalls bestimmt, in dem der ermittelte Wert mit 95 %iger Wahrscheinlichkeit liegt (95% KI).

Ergebnisse

Zur Postmessung:

Es zeigte sich für den Zeitpunkt der *Postmessung* eine signifikante Wirksamkeit von Hypnotherapie ($d = .654$; 95% KI: $.458 < d < .850$, *s.*), kognitiver Verhaltenstherapie ($d = .435$; 95% KI: $.311 < d < .558$, *s.*) und kombinierter Therapie ($d = .899$; 95% KI: $.724 < d < 1,073$, *s.*). Für die Kontrollgruppe ergab sich mit $d = -.067$ (95% KI: $-.19 < d < -.056$, *s.*) ein schwacher Effekt mit negativer Richtung (*Tabelle 1*). Bei einer Aggregation aller drei Behandlungsformen zu einer Gesamteffektstärke für den Zeitpunkt der Postmessung resultierte eine mittlere Effektstärke von $d = .499$ (95% KI: $.391 < d < .597$, *s.*). Sowohl reine Hypnotherapie als auch kombinierte Therapie lagen mit ihren Effektstärken über diesem Wert. Beim Test auf Homogenität zeigte sich dass die Effektstärken heterogen sind, was bedeutet, dass sich die drei Interventionsgruppen (ohne Kontrollgruppe) signifikant in ihrer Wirkung unterscheiden.

Zur Katamnese:

Für die Hypnotherapie ergab sich zum Zeitpunkt der *Katamnese* eine größere Wirksamkeit ($d = .709$, 95% KI: $.505 < d < .913$, *s.*) als vorher zum Zeitpunkt der Postmessung. Das deutet auf die positive Langzeitwirkung dieser Interventionsform hin. Mit einer Effektstärke von $d = .424$ (95% KI: $.284 < d < .563$, *s.*) für die Verhaltenstherapie ergab sich hier eher ein konstanter Effekt. Die kombinierte Therapie war mit einer großen Effektstärke von $d = .896$ (95% KI: $.672 < d < 1,119$, *s.*) auch zur Katamnese sowohl der Hypnotherapie als auch der Verhaltenstherapie in ihrer Wirksamkeit überlegen (*Tabelle 2*). Für die Kontrollgruppe zeigte sich zum Zeitpunkt der Katamnese kein signifikanter Effekt mehr ($d = .163$; 95% KI: $-.05 < d < .376$, *n.s.*). Bei der Analyse einer Gesamteffektstärke ($d = .594$; 95% KI: $.486 < d < 1,038$, *s.*) für den Zeitpunkt der Katamnese ergab sich erneut, dass Hypnotherapie und kombinierte Therapie mit ihren Effektstärken über der mittleren Gesamt-Effektstärke liegen. Auch zum Zeitpunkt der Katamnese waren die Effektstärken heterogen, d.h. die drei Interventionsformen unterschieden sich.

Störungsspezifische Ergebnisse:

Die größte Wirksamkeit zeigte sich bei den rein hypnotherapeutischen Programmen für die

Störungsbereiche der Migräne ($d = 1,186$; 95% KI: $.549 < d < 1,823$, $s.$; $= 1,028$; 95% KI: $.461 < d < 1,594$, $s.$) und der Flugangst ($d = 1,198$; 95% KI: $.708 < d < 1,688$, $s.$; $= .886$; 95% KI: $.480 < d < 1,292$, $s.$). Für Migräne konnten mehrere Studien und Behandlungsgruppen aggregiert werden, wohingegen das Ergebnis für Flugangst aus einer Einzelstudie resultiert. Ebenfalls auf einzelne Behandlungsgruppen gehen die störungsspezifischen Effektstärken bei kombinierter Therapie zurück. Hier zeigte sich die höchste Wirksamkeit bei Nikotinabusus ($d = 1,883$; 95% KI: $1,387 < d < 2,278$, $s.$; $= 1,151$; 95% KI: $.655 < d < 1,537$, $s.$) und Migräne ($d = 1,543$; 95% KI: $.890 < d < 2,195$, $s.$; $= 1,433$; 95% KI: $.777 < d < 2,093$, $s.$) (Tabelle 3).

Diskussion:

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Wirksamkeit von allen drei untersuchten Interventionsformen (Abbildung 1). Sie belegen jedoch auch eine deutlich größere Langzeitwirkung von Interventionsformen mit hypnotherapeutischen Elementen gegenüber reiner Verhaltenstherapie. Die kombinierte Therapie zeigte zu beiden Zeitpunkten die höchste Wirksamkeit. Dieses Ergebnis geht konform mit zahlreichen Untersuchungen, die ebenfalls eine Kombination von Elementen beider Verfahren für die Therapie bestimmter Störungen nahe legen (u.a. Kirsch et al., 1995; Schöneberger, 2000). Die bemerkenswerten Ergebnisse für die Störungsbereiche der Migräne und Nikotinabusus untermauern das Gutachten des WBP (Rudolph & Schulte, 2006), das Hypnotherapie für „psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10 F54)“ und Substanzmissbrauch (F1, F55) als wirksames Verfahren anerkannte. Sie zeigen jedoch auch die Wirksamkeit in weiteren Bereichen, da bemerkenswert hohe Effektstärken für die Hypnotherapie beispielsweise bei Angststörungen gefunden wurden die über die vom WBP anerkannten Indikationen hinausgehen.

Literatur:

Bolocofsky, D. N., Spinler, D. & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 35-41.

Boutin, G. E. & Tosi, D. J. (1983). Modification of irrational ideas and test anxiety through rational stage directed hypnotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 382-391.

Deyoub, P. L. (1979). Hypnosis in the treatment of obesity and the relation of suggestibility to outcome. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and medicine*, 26, 137-149.

- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for metaanalysis*. Orlando: Academic Press.
- Horowitz, S. L. (1970). Strategies within hypnosis for reducing phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 104-112.
- Hunter, J. E. & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings*. (2. ed.). Thousand Oaks, CA Sage.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 214-220.
- Revenstorf, D. (2003). *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie*. Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG) und deutsche Gesellschaft für Hypnose(DGH).
- Rudolph, G. & Schulte, D. (2006). *Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie*. Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie.
- Rustenbach, S. J. (2003), *Metaanalyse*. Bern: Huber.
- Schöneberger, N. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive- behavioral psychotherapy. 154-169.
- Whorwell, P. J., Prior, A. & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory Irritable-Bowle-Syndrom. *The Lancet*, 2, 1232-1234.

Tabelle 1:

Effektstärken der Interventionsformen zum Zeitpunkt der Postmessung

Interventionsform	N	d	s	95% KI	Signifikanz
Hypnotherapie	5	.654	.100	.458 <d< .850	signifikant
Verhaltenstherapie	5	.435	.063	.311 <d< .558	signifikant
Kombinierte Therapie	4	.899	.089	.724 <d< 1,073	signifikant
Kontrollgruppe	3	-.076	.063	-.190 <d< -.056	signifikant

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

Tabelle 2:

Effektstärken der Interventionsformen zum Zeitpunkt der Katamnese

Interventionsform	n	d	s	95% KI	Signifikanz
Hypnotherapie	5	.709	.104	.505 <d< .913	signifikant
Verhaltenstherapie	5	.424	.071	.284 <d< .563	signifikant
Kombinierte Therapie	3	.896	.114	.672 <d< 1,119	signifikant
Kontrollgruppe	2	.163	.109	-.050 <d< .376	nicht sign.

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

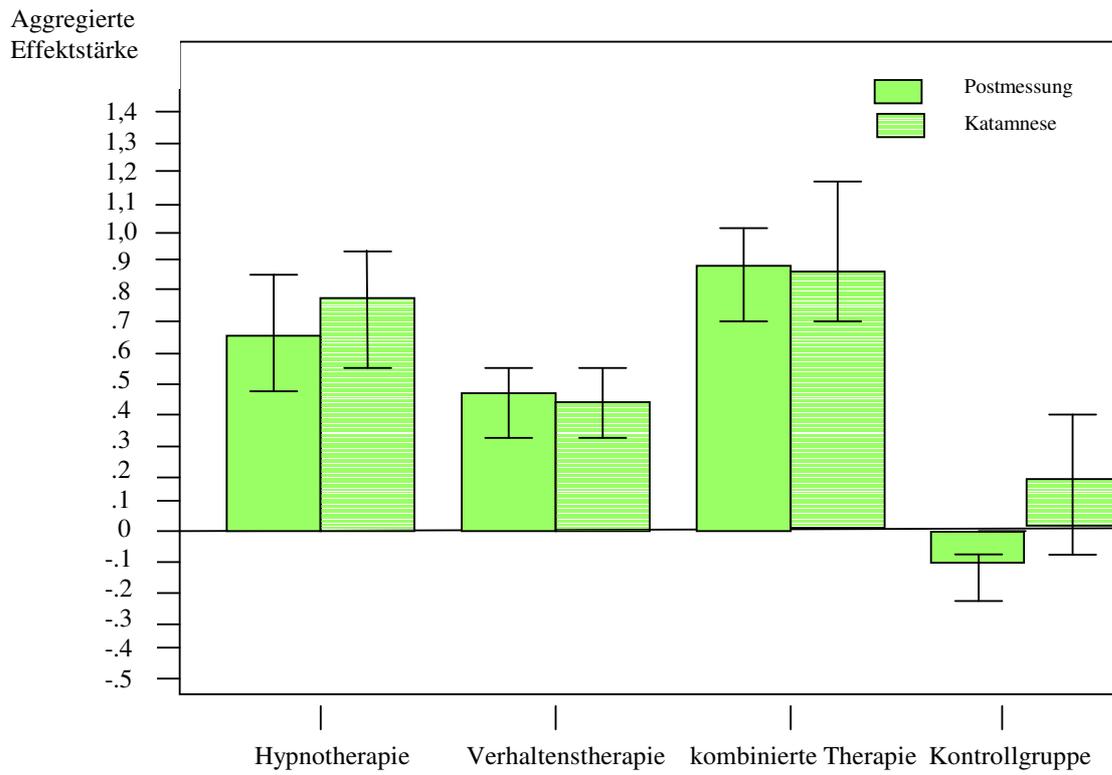
Tabelle 3:

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

Störung	d	95% KI	Sign.	d	95% KI	Sign.
	Postmessung			Katamnese		
Hypnotherapie						
Migräne	1,186	.549 <d< 1,823	*	1,028	.461 <d< 1,594	*
Insomnie	.483	-.236 <d< 1,202	ns	.569	<.314d< .823	*
Flugangst	1,198	.708 <d< 1,688	*	.886	.480 <d< 1,292	*
Verhaltenstherapie						
Adipositas	.384	.184 <d< .552	*	.372	.221 <d< .523	*
Migräne	1,101	.407 <d< 1,794	*	1,307	.650 <d< 1,965	*
Insomnie	.547	.300 <d< .793	*	.698	.409 <d< .902	*
Nikotinabusus	.661	.321 <d< 1,000	*	.949	.609 <d< 1,288	
Kombinierte Therapie						
Adipositas	.506	.292 <d< .719	*	.638	.342 <d< .933	*
Migräne	1,543	.890 <d< 2,195	*	1,433	.772 <d< 2,093	*
Prüfungsangst#	.868	.544 <d< 1,233.	*	---	---	---
Nikotinabusus	1,883	1,387 <d< 2,278	*	1,151	.655 <d< 1,537	*

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

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

**Abbildung 1**

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

Abbildung 1

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