

Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie

Eine Studie zur Praxisevaluation

Spitale, I., Revenstorf, D., Ammann, C., Pundrich, Chr., Lang, D., Koemeda-Lutz, M., Kaschke, M., Scherrmann, T., Weiss, H., Soeder, U.

Zusammenfassung

In einer Praxisevaluation (klinische Studie vom Typ IV) wurden der Erfolg von Körperpsychotherapie (KT) und Hypnotherapie (HT) an 161 (KT) und 49 (HT) Patienten niedergelassener Theapeuten anhand von Symptombelastung (SCL 90), Lebenszufriedenheit und interpersonellen Problem verglichen. Beide Behandlungsformen erzielten signifikante Verbesserungen und unterschieden sich in der Wirksamkeit nicht.

Abstract:

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

Einleitung

Zahlreiche empirische Studien belegen die Wirksamkeit der Hypnotherapie hinsichtlich verschiedener Störungen im psychologischen und medizinischen Bereich. Diese wurden bereits in mehreren Metaanalysen zusammengefasst (z.B. Smith et al., 1980; Grawe et al., 2001; Revenstorf & Prudlo, 1994; Bongartz et al., 2002, Revenstorf 2006)¹. Die Körperpsychotherapie bemüht sich bislang noch um empirische Belege ihrer Wirksamkeit und die vermehrten Forschungsaktivitäten in den letzten Jahren konnten den Nutzen der Körperpsychotherapie bei der Behandlung spezifischer Störungen aufzeigen (z.B. Loew, 2006).

In der vorliegenden Sekundäranalyse wurden die Rohdaten zweier Evaluationsstudien vergleichend ausgewertet. Diese wurden zwischen 1998 und 2005 in ambulanten Praxen in Deutschland und der Schweiz erhoben. Die Studien hatten das Ziel, die Wirksamkeit der Körperpsychotherapie bzw. der Hypnotherapie im ambulanten psychotherapeutischen Alltag an Stichproben aus Deutschland und

¹ Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) wurde die Hypnotherapie indikations-spezifisch als Behandlungsmethode für psychosomatische Probleme, Schmerz, Sucht und Belastungsstörungen anerkannt.

der Schweiz zu untersuchen. Die Körperpsychotherapie-Studie wurde auf Initiative des Hakomi Institute of Europe durchgeführt (Koemeda- Lutz et al., 2007). Die Hypnotherapie- Studie verwendete die gleichen Erhebungsinstrumente, die Patienten wurden jedoch anders rekrutiert. Sie wurde im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose an der Universität Tübingen durchgeführt².

Methoden

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einem Prä- Post-Versuchsplan mit drei Messzeitpunkten und zwei Therapiegruppen. Hierbei handelt es sich um ein naturalistisches Design vom Typ der klinischen Prüfung Stufe IV (Baumann & Perrez 1998) mit individuellen Sitzungen ohne im Sinne eines Manuals standardisierter Durchführung und ohne randomisierte Zuteilung der Patienten auf die beiden Behandlungsformen („Patient preference study“). Wie bekannt, lässt sich eine solche Art der Wirksamkeitsprüfung am ehesten als Quasidesign durchführen (Wottawa & Thierau, 2003), d.h. ein Vergleich mit einer unbehandelten Wartelisten-Kontrollgruppe ist nicht vorgesehen. Der Mangel an dieser Art der Therapiestudien, die letztendlich die Umsetzbarkeit im Sinne von „effectiveness“ (Seligmann, 1995) feststellen sollen, ist von zahlreichen Autoren (z.B. Baumann 1999, Richter 1998, Vanderbos 1996) immer wieder beklagt worden.

Die hier betrachteten abhängigen Variablen sind die Gesamtwerte folgender Selbstbeurteilungsfragebögen: die Symptom-Checkliste-90R zur Erfassung der psychischen Belastung (SCL- 90R; Derogatis, 1992; Franke, 2002), das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 2000) und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit aus der der Marburger Gesundheitsstudie (Bernhard et al., 2000). Die verwendeten soziodemographischen Variablen sind Alter, Geschlecht und Schulbildung der Patienten. Ebenso wird die Information einbezogen, wie viele Sitzungen ein jeweiliger Klient in Therapie verbrachte und wie viele Minuten eine Sitzung dauerte (*Therapieintensität*).

Stichproben

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

Die teilnehmenden Therapeuten wurden gebeten, den nächsten vorstelligen Patienten zur Teilnahme zu motivieren an der Studie teilzunehmen. Daraus resultieren zwei unausgelesene, hinsichtlich ihrer Diagnosen heterogene Stichproben. In die Analyse einbezogen wurden für den Prä- Post- Vergleich insgesamt 161 Körperpsychotherapie (KT)-Patienten, davon 117 Frauen und 44 Männer. Bei der Hypnotherapiestudie (HT) sind dies 49 Patienten, davon 39 Frauen und 10 Männer. Die KT-Patienten sind zum ersten Messzeitpunkt durchschnittlich 39,18 ($s=8,43$) Jahre alt, die HT- Patienten durchschnittlich 37,98 ($s=9,46$) Jahre. 64% der KT-Patienten haben das Abitur. Bei den HT-Patienten sind es 59% mit Abitur. In den soziodemographischen Variablen unterscheiden sich die beiden Patienten-Stichproben nicht signifikant voneinander.

Für den Prä- Post- Kat- Vergleich werden 27 HT-Patienten und 49 KT-Patienten einbezogen. In Bezug auf die klinischen Werte und den soziodemographischen Angaben zeigt die Dropout-Analyse, dass sich die Patienten, die die Studie zum dritten Messzeitpunkt abbrechen nicht signifikant von denjenigen unterscheiden, die in der Studie verbleiben.

Ergebnisse

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der klinischen Werte der Prä- Post- Katamnese-Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der Prä- Post- Kat- Stichprobe für die Fragebögen Psychische Belastung des SCL-90 (GSI), Lebenszufriedenheit (LZH) und interpersonelle Probleme (IIP).

klinischer Wert	KT			HT		
	Prä	Post	Kat	Prä	Post	Kat
Stichprobengröße	N =341	N=161	N=49	N=127	N=49	N=28
GSI M (s)	1,03 (0,58)	0,56 (0,43)	0,51 (0,44)	0,93 (0,59)	0,59 (0,57)	0,55 (0,57)
LZH M (s)	3,24 (0,73)	3,65 (0,59)	3,70 (0,67)	3,20 (0,82)	3,50 (0,70)	3,63 (0,72)
IIP M (s)	12,22 (3,61)	8,48 (4,31)	7,12 (4,15)	11,62 (5,55)	8,26 (4,69)	7,44 (4,84)

PSYCHISCHE BELASTUNG (GESAMTWERT GSI DES SCL-90-R)

Intragruppenvergleich: Zusammengenommen zeigen beide Therapiegruppen eine Verbesserung im GSI vom ersten zum zweiten, sowie vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt (Katamnese). Die einfaktorielle Varianzanalyse für beide Therapiegruppen zusammen zeigt von Prä nach Post einen hoch signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit [$F_{(1/208)}=55,039$; $p<0,001$]. η^2 beträgt 0,209, demnach sind etwa 21 % der Varianz des GSI durch die Veränderung in der Zeit von Prä nach Post zurückzuführen. Auch über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese zeigt sich ein hoch signifikanter Haupteffekt für die Veränderung in der Zeit [$F_{(2/130)}=29,203$; $p<0,001$]. Die Varianzaufklärung durch diesen Faktor beträgt hier 29,1% ($\eta^2=0,291$). Post Hoc zeigt sich mit Bonferroni- Korrektur von Prä nach Post ($p<0,001$), nicht aber von Post zur Katamnese eine signifikante Veränderung ($p=0,809$), das heißt, der erreichte Erfolg bleibt stabil.

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

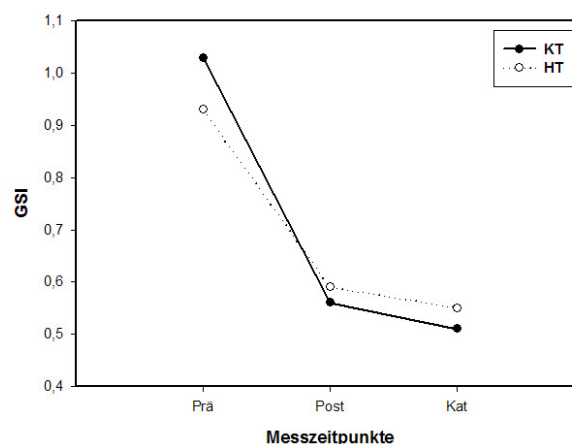


Abbildung 1: Mittelwerte der Körpertherapie- und Hypnotherapie- Patienten im Gesamtwert GSI des SCL-90 zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

LEBENSZUFRIEDENHEIT(GESAMTWERT LZH)

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

Intergruppenvergleich: Der Haupteffekt Therapie [$F_{(1/205)}=0,716$; $p=0,399$] ist von Prä nach Post nicht signifikant, ebenso wenig die Interaktion [$F_{(1/205)}=1,104$; $p=0,295$]. Auch über die drei Messzeitpunkte Prä, Post und Katamnese hinweg sind der Haupteffekt Therapieform [$F_{(1/69)}=0,192$; $p=0,663$] und die Interaktion nicht signifikant [$F_{(2/138)}=0,089$; $p=0,915$]. In Abbildung 2 können die Veränderungen im Gesamtwert LZH bei den KT- und HT-Patienten verglichen werden.

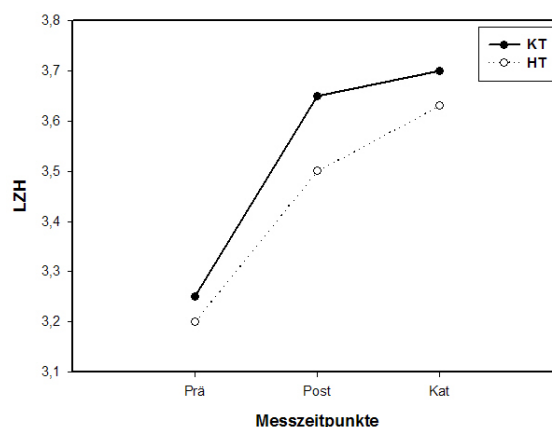


Abbildung 2: Lebenszufriedenheit; Mittelwerte der Körpertherapie- und Hypnotherapie-Patienten im Gesamtwert Lebenszufriedenheit zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

INTERPERSONELLE PROBLEME (GESAMTWERT IIP)

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

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

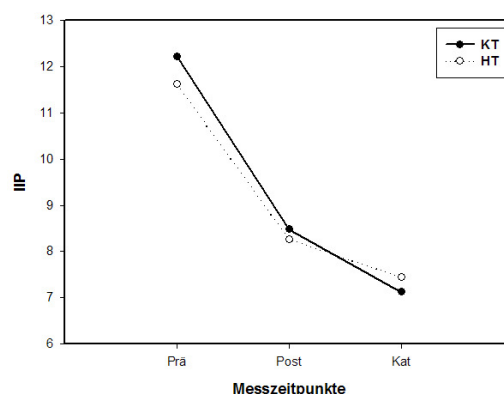


Abbildung 6: Mittelwerte Körpertherapie- und Hypnotherapie-Patienten im Gesamtwert der interpersonellen Probleme (IIP) zu den Messzeitpunkten Therapiebeginn (Prä), Therapieende (Post) und Katamnese (Kat).

Diskussion

In dieser Studie wurden zwei Behandlungsgruppen verglichen, zu denen sich die Patienten entweder zu einer Körpertherapie oder einer Hypnotherapie entschlossen, d.h. selbst zugewiesen hatten („patient preference study“). Die Ergebnisse zeigen, dass die Patienten beider Therapiegruppen zu Therapieende gleichermaßen deutliche Verbesserungen in den drei klinischen Werten (Lebenszufriedenheit, psychische Belastung und interpersonelle Probleme) zeigen, die bei der Katamnese ein Jahr nach Abschluss der Therapie noch stabil sind. Die Behandlungsformen unterschieden sich in dieser Untersuchung nicht in ihrer Wirksamkeit. Allerdings war die Therapieintensität bei der Körperpsychotherapie dreimal höher als bei der Hypnotherapie. Die HT- Klienten haben zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt durchschnittlich $M=1117$ ($s=759$) Minuten in Therapie verbracht. Bei den KT- Klienten waren es durchschnittlich $M=3111$ ($s=1567$). Der Unterschied ist hoch signifikant ($t=7,897$; $p<0,001$). Daraus könnte der Schluss gezogen werden, dass die Hypnotherapie mit geringerem Aufwand ähnliche Verbesserungen in den klinischen Werten erzielt. Dies steht im Einklang mit anderen Befunden, in denen sich zeigt, dass mit einer geringen Zahl von Hypnotherapiesitzungen signifikante Verbesserungen erreicht werden können und sich die Dauer einer Psychotherapie durch den Einbezug von hypnotherapeutischen Techniken verkürzt (Kraiker & Peter, 1998; Revenstorf, 2003, Revenstorf & Peter 2001). Allerdings ist zu beachten, dass die Angaben zur Therapieintensität im Rahmen dieser Arbeit mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Zum einen ist die Streuung der Werte groß (s.o.) und zum anderen waren es nur 6 von 49 Hypnotherapeuten, die hierzu Angaben machten, während sich 155 von insgesamt 161 Körperpsychotherapeuten hierzu äußerten (Pundrich, 2005; Koemeda- Lutz et al., 2007). Die Angaben der Hypnotherapeuten sind also keineswegs repräsentativ, weshalb aus den vorliegenden Daten eine definitive Aussage darüber, ob die eine Therapie schneller Verbesserungen bewirkt als die andere nicht ableitbar ist. Doch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit von Therapien regen die vorliegenden Hinweise zu Studien an, die dieser Frage der Kosten-Nutzenanalyse durch Konstanthaltung der relevanten Faktoren adäquat nachgehen.

Literatur

- Baumann, U. (1999). Wie einheitlich ist die Psychologie? *Psychotherapeut*, 44; 360-366.
- Baumann, U. & Perrez, M. (1998). *Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Bernhard, P., Kupka, U. & Lutz, R. (2000). Marburger Gesundheitsstudien V. Effekte stationärer Verhaltenstherapie. In Bassler, M. (Hrsg.). *Leitlinien zur stationären Psychotherapie- Pro und Contra*. Gießen: Psychosoz. Verlag.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schwonke, R. (2002). Die Effektivität der Hypnose. Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut*, 47, 67-76.
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. Manual Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme. Deutsche Version. Manual..* Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Koemeda- Lutz, M., Kaschke, M., Revenstorf, D., Scherrmann, T., Weiss, H. & Soeder, U. (2007). Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien- EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 1-8.
- Kraiker, C. & Peter, B. (1998). *Psychotherapieführer*. München: C. H. Beck.
- Lang, D. (2007). *Analyse spezifischer Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg bei Hypnose*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Tübingen.
- Loew, T. H., Tritt, K., Lahmann, C. & Röhrich, F. (2006). Körperpsychotherapien-wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren. *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Pundrich (2005). *Zum Einfluss der Suggestibilität auf den Therapieerfolg*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Psychologie, Universität Berlin.
- Revenstorf, D. (2003). *Hypnotherapie- Expertise zur Beurteilung der*

- wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens.* Im Auftrag der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG) und Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH). Verfügbar unter <http://www.meg-tuebingen.de/meg/downloads/Expertise.pdf> (August, 2007).
- Revenstorf, D. (2006). Wissenschaftliche Anerkennung der Hypnose. *Hypnose*, 1-172
- Revenstorf, D. & Ammann, C. (2002). *Praxis- Evaluation der Hypnotherapie. Zwischenbericht 1/ 02.* Unveröffentlichtes Manuskript. Fachbereich Psychologie, Universität Tübingen.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin.* Berlin: Springer.
- Revenstorf, D & Prudlo, U. (1994) Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11, 190-224.
- Richter, R. (1998). Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). *Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 416-429). Bern: Hans Huber.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50; 965-974.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. J. (1980). *The benefits of psychotherapy.* Baltimore: J. Hopkins Univ. Press.
- Vandenbos, G. (1996). Outcome assessment of psychotherapy. *American psychologist*, 51 (10).
- Wottawa, H. & Thierau, H. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.