

GEWICHTSREDUKTION UNTER HYPNOSE UND VERHALTENSTHERAPIE

INGE MEWES, ANNE STICH,
MARC-STEFFEN HABERMÜLLER, DIRK REVENSTORF

ZUSAMMENFASSUNG. In vorliegender Studie wurden 43 adipöse Frauen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion psychotherapeutisch behandelt, davon 21 Frauen mit einer Kombination aus Verhaltenstherapie und Hypnotherapie und 22 verhaltenstherapeutisch. In einem 2-faktoriellen Design wurden die beiden Gruppen zum Prä-, Post und zum Katamnesezeitpunkt (6 Monate) gegenübergestellt. Es wurden Gewichts- bzw. Körperfettreduktion sowie die bei Adipositas als relevant erachteten Konstrukte Lebenszufriedenheit, Gesundheitsqualität und Selbstwirksamkeit verglichen.

Beide Therapiegruppen zeigten eine signifikante Reduktion des Gewichts bzw. des Körperfettanteils über sechs Monate. Während hinsichtlich des kurzfristigen Prä-Post-Vergleichs keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden, konnte die zusätzlich mit Hypnose behandelte Gruppe ihr Gewicht bzw. ihren Körperfettanteil längerfristig stärker reduzieren. In der Hypnosegruppe kam es darüber hinaus zu einer signifikanten Erhöhung der Lebenszufriedenheit von Prä nach Post, was auf die subjektive Gesundheitsqualität und die Selbstwirksamkeit tendenziell ebenso zutraf. Diese Veränderungen korrelierten mit der Gewichtsreduktion. Die Suggestibilität hatte Einfluss auf den Erfolg der Hypnose-Therapie.

Die Ergebnisse sprechen für die Einbeziehung der Hypnotherapie zur kurz- und längerfristigen Gewichtsabnahme bei Adipositas.

SCHLÜSSELWÖRTER: ADIPOSITAS, GEWICHTSREDUKTION, HYPNOTHERAPIE, VERHALTENSTHERAPIE

WEIGHT REDUCTION BY HYPNOSIS AND BEHAVIOR THERAPY

Abstract. The present study is focusing on weight reduction in 43 obese women treated by psychotherapy. Treatment consisted of a combination of behavior therapy and hypnotherapy in 21 women, and of behavior therapy in

22 women. Both groups were compared by 2-factorial design at three different time points: pre, post and at follow-up (6 months). Comparisons included weight reduction and body fat reduction, respectively, as well as life satisfaction, quality of health and self-efficacy – constructs considered relevant in obese patients.

Both groups revealed a significant reduction of weight and body fat ratio over a six-months period. Whereas in the short-term pre-post comparison, differences between the groups were not worth mentioning, a higher long-term reduction of weight and body fat ratio was noted in the group with additional hypnotherapy. Furthermore, in patients treated by hypnosis, life satisfaction increased significantly from pre to post; improvements tended to be the same for subjective quality of health and self-efficacy. These changes correlated with weight reduction. Suggestibility was found to influence the success of hypnotherapy.

The study provides encouraging results for including hypnotherapy to achieve short- and long-term weight reduction in obese women.

KEY WORDS: OBESITY, WEIGHT REDUCTION, HYPNOTHERAPY, BEHAVIOR THERAPY

1. EINFÜHRUNG

1.1 ALLGEMEINES

Unter Adipositas (Fettleibigkeit, Übergewicht) versteht man eine Körperfettmasse, die nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) das weltweit größte chronische Gesundheitsproblem darstellt. Bei einer Prävalenzrate von 15% in Europa verursachten die Adipositas und ihre Folgeerkrankungen in den westlichen Industriestaaten 5-10% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens. Alleine in Deutschland werden ca. 7% der Krankheitskosten, das sind jährlich 17 bis 20 Milliarden Euro, durch Adipositas verursacht. 15% der Frauen und 17% der Männer sind in Deutschland davon betroffen

(Deutsche Gesellschaft für Gesundes Leben, 1997) – Tendenz steigend. Neben den Kosten für das Gesundheitswesen stellt das Übergewicht natürlich in erster Linie eine große Gefahr für die Gesundheit der betroffenen Personen dar. Stoffwechselerkrankungen, Skeletterkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, Fettleber, Schlaf-Apnoe sowie sekundärer Diabetes Mellitus Typ 2 sind häufige Folgeerkrankungen des Übergewichts. Das Risiko von Tumorneubildungen wird deutlich erhöht und auch die subjektiv empfundene Qualität der Gesundheit ist von den Folgen des starken Übergewichts beeinträchtigt.

Außerdem hat sich gezeigt, dass adipöse Menschen eine schlechtere Schulausbildung, ein niedrigeres

Einkommen, Probleme bei der Partnersuche und in der Regel ein stark vermindertes Selbstwertgefühl (Reich & Cierpka, 1997) haben. Eine geringere Lebenszufriedenheit ist ebenso empirisch gesichert wie eine insgesamt geringere Selbstwirksamkeit von Übergewichtigen (Sallis, 1988). Nicht zuletzt fallen dicke Menschen im Alltag oft den verschiedensten Diskriminierungen zum Opfer. Trotz der häufig extremen psychischen Belastung, denen die Betroffenen ausgesetzt sind, sowie vielen ätiologischen Modellen, die psychischen Faktoren eine entscheidende Rolle als Entstehungsfaktoren beimessen, handelt es sich bei der Adipositas nicht um eine psychische Störung im engeren Sinne des ICD-10. Vielmehr gilt sie als rein somatische Erkrankung.

1.2 ÄTIOLOGIE DER ADIPOSITAS

Gegenwärtig scheint klar, dass neben einer genetischen Disposition – die im Sinne eines Diathese-Stress-Modells in der Regel vorhanden ist – psychologische Aspekte im Zusammenhang mit der Ätiologie der Adipositas eine entscheidende Rolle spielen. Während psychoanalytische Ansätze die Ursache in einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion sehen, die beim Kind zu einer Ich-Schwäche führt und in der Folge zu einem gestörten Essverhalten (Bruch, 1980, 1981), gehen lerntheoretische Ansätze davon aus, dass Lernprozesse während der Sozialisation für die Veränderung der Hunger- und Sättigungsregulation verantwortlich sind. Das Kind lernt von

äußeren Reizen abhängig zu sein statt von physiologischen Bedürfnissen, und dies wird dann bis in das Erwachsenenalter beibehalten. Lerntheoretisch dürften jedoch auch alltägliche Reize, wie Werbung, Überangebot an Nahrung, Stimmungsschwankungen, Stressphänomene, ja sogar der Fernseher oder Kühlschrank zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Auch die Familie leistet hierzu ihren Beitrag. Forschungen zeigen, dass mindestens die Hälfte der Familien mit Essstörungen schon immer Wert auf Schlankheit, körperliche Erscheinung und Diäten gelegt haben. Unter der systemischen Perspektive wird davon ausgegangen, dass die Familien von essgestörten Menschen oft von vornherein gestört sind und sich dies in den Essstörungen des Kindes widerspiegelt – was auch für die Anorexia Nervosa oder die Bulimia Nervosa angenommen wird.

1.3 BEHANDLUNGSMETHODEN DER ADIPOSITAS

Die Methoden zur Behandlung von Übergewicht sind vielfältig. In der Regel handelt es sich um verminderte Nahrungsaufnahme (Reduktionsdiäten) in Verbindung mit Bewegung, d.h. mit einem erhöhten Kalorienverbrauch. Solche Programme werden oft in Gruppen durchgeführt, um die Motivation des Übergewichtigen zu erhöhen. Auch die medikamentöse Behandlung oder operative Verfahren gehören zu gängigen Methoden der Gewichtsreduktion. Der Nachteil der meisten dieser Verfah-

ren ist, dass das problematische Essverhalten der Adipösen nicht verändert wird. Vielmehr zielen diese Verfahren auf eine schnelle Gewichtsreduktion ab. Die Folgen sind eine unausgewogene Ernährung und der bekannte „Jo-Jo-Effekt“, d.h. nach Absetzen der Diät stellt sich das ursprüngliche (Über-)Gewicht wieder ein und erhöht sich über die Zeit sogar. So gibt es eine Unzahl an Diäten, jedoch praktisch keine Belege dafür, dass eine Gewichtsreduktion hierüber langfristig sichergestellt werden kann.

Bis vor kurzem war die psychotherapeutische Behandlung eine Domäne der Verhaltenstherapie. Hier wird versucht, mit lerntheoretischen Konzepten das Ernährungsverhalten, das Selbstwertgefühl, das Körpergefühl und das Bewegungsverhalten zu modifizieren. Dazu werden Verhaltenstraining, Stimulus-Kontroll-Strategien, Selbstsicherheitstrainings, Stressmanagement, Misserfolgsprophylaxe und -bewältigung und auch verdeckte Sensibilisierung (Cautella, 1966) eingesetzt, bei der das Essverhalten mit aversiven imaginativen Reizen gekoppelt wird.

Viele Forscher betrachten die alleinige verhaltenstherapeutische Behandlung der Adipositas jedoch als nicht ausreichend (Tuschoff 1996). Sie geben zu bedenken, dass die verhaltenstherapeutische Behandlung schwerer Essstörungen nur dann einen wirksamen Schutz vor Rückfall und Chronifizierung bietet, wenn es gelingt, über die Symptombehandlung hinaus eine tragfähige Alternative zu einem bis dahin schwer beeinträchtigten Leben auf-

zubauen und schlagen deshalb die Behandlung in Gruppen oder sogar in therapeutischen Gemeinschaften vor, deren therapeutische Wirkfaktoren bereits von Yalom (1985) beschrieben wurden.

Zur Behandlung von Adipositas hat sich auch Hypnose bewährt. Wirksame hypnotherapeutische Prinzipien sind hierbei, neben der Aufdeckung von vernachlässigten Ressourcen und der Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Lösungspotential, die psychophysiologische Umstellung durch den Entspannungszustand, die bildliche Verarbeitung der Störung in Trance sowie die Verwendung von Metaphern zur Anregung impliziter Informationsverarbeitung bei Umorientierung. Die Effektivität hypnotherapeutischer Verfahren ist bei vielen, auch somatoformen und somatischen Störungsbildern hinlänglich bekannt und empirisch gesichert (Bongartz et al., 2002; Revenstorf & Prudlo, 1994; Wadden & Anderton, 1982; Kirsch, 1996; Kluff, 1999). Entsprechend gibt es auch empirische Evidenz für deren Wirksamkeit bei der Adipositas.

Goldstein (1981) zeigte, dass adipöse Klienten durch Hypnose signifikant mehr Gewicht verloren als die in der verhaltenstherapeutischen Gruppe. Johnke & Peters (1999) erreichten in einer der wenigen Untersuchungen in Deutschland bei Übergewichtigen mit Hypnose eine signifikante Gewichtsreduktion im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe. Ein Erfolg versprechender Ansatz scheint auch die Kombination mit der Verhaltenstherapie. So zeigte u.a. die Metaanalyse

von Kirsch, Montgomery & Sapirstein (1995) an sechs Studien zur Adipositas auf, dass der Einsatz von Hypnose, zusätzlich zur Verhaltenstherapie, zu einer signifikant höheren Gewichtsabnahme führte. Bei längerer Katamnesedauer nahmen darüber hinaus die rein verhaltenstherapeutisch betreuten Klienten wieder an Gewicht zu, während die zusätzlich mit Hypnose behandelten Klienten ihr erreichtes Gewicht halten konnten. Viele Autoren empfehlen deshalb mittlerweile bei der Behandlung von Übergewicht Hypnose zu einem „hypno-behavioralen Modell“ zu verknüpfen (Revenstorf, 1990).

1.4 FRAGESTELLUNG

In Anlehnung an die vorgenannten empirischen Befunde sollte in vorliegender Untersuchung die Frage geklärt werden, wie effektiv der zusätzliche Einsatz von Hypnose mit und im Vergleich zur reinen Verhaltenstherapie bei der Behandlung der Klienten ist. Der Fokus lag dabei sowohl auf einer mittelfristigen Gewichtsreduktion (Senkung des Body Mass Index, BMI) als auch auf einer Senkung des Körperfettanteils, die durchaus nicht als äquivalent zu betrachten sind. Zusätzlich wurden Gesundheitsqualität, Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit erfasst, um zu untersuchen, inwieweit diese Merkmale, die im Zusammenhang mit Übergewicht als relevant erachtet werden, sich durch die Gewichtsreduktion ebenfalls verändern. Da viele Autoren davon ausgehen, dass die Suggestibilität eines Men-

schen Einfluss auf die therapeutische Effektivität der Hypnose hat (Bowers, 1989; Hoppe, 1986), wurde in vorliegender Untersuchung darüber hinaus die Suggestibilität der mit Hypnose behandelten Klienten erfasst.

2. METHODE

2.1 VERSUCHSPLAN UND STICHPROBE

Zur Untersuchung der vorliegenden Fragestellung wurde ein zweifaktorieller Versuchsplan gewählt. Über einen Katamnesezeitraum von sechs Monaten wurden zu drei Messzeitpunkten Prä-Messung (t1, vor der Behandlung); Post-Messung (t2, direkt nach Ende der Behandlung); Katamnese (t3, nach sechs Monaten) die Behandlungsmethoden (Verhaltenstherapie und Verhaltenstherapie mit Hypnose) gegenübergestellt.

Die Stichprobe bestand aus 43 weiblichen Personen im Alter zwischen 35 und 45 Jahren. Die Teilnehmerinnen wiesen allesamt ein Übergewicht von 10-15 kg auf und lagen sowohl über dem gesunden BMI für Frauen in dieser Altersklasse ($BMI \geq 26$), als auch über einem gesunden Körperfettanteil. 28 der Teilnehmer waren gemäß dem BMI-Index der Kategorie „leichtes Übergewicht“, 15 der Kategorie „erhöhtes Übergewicht“ zuzuordnen.

22 der 43 Frauen wurden verhaltenstherapeutisch (Kontrollgruppe), 21 mit der Kombination VT und Hypnose behandelt (Experimentalgruppe). Die Zuteilung zur Behandlungsform erfolgte randomisiert. Die Be-

handlung wurde in Gruppen von 7 bis 8 Klientinnen durchgeführt.

2.2 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Zur Messung des Körperfettanteils wurde der „Tanita Body Fat Monitor“ eingesetzt, eine Waage, die neben dem Körpergewicht auch den prozentualen Fettanteil im Körper misst. Diese Waage bedient sich der BIA-Methode (Bioelektrische Impedanzanalyse)¹. Bei gesunden Frauen im Alter über 30 Jahren liegt der Körperfettanteil zwischen 20% und 27%.

Außerdem wurde der Body-Mass-Index (BMI) der Teilnehmerinnen ermittelt, das eigentliche Kriterium für die Diagnose einer Adipositas. Dieser ergibt sich aus Körpergewicht (in kg) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern). Bei Frauen liegt der Bereich des Normalgewichts bei einem BMI zwischen 19 und 26. Darüber spricht man von Adipositas, wobei aufgrund klinischer Erfahrungen eine Differenzierung zwischen verschiedenen Gruppen von Adipösen angestrebt wird. Nach der „Deutschen Gesellschaft für Gesundes Leben“ (1997) wird ein BMI zwischen 25-30 kg/m² als leichtes Übergewicht (Adipositas 1) bezeichnet, ein BMI über 30 kg/m² als erhöhtes Übergewicht (Adipositas 2) und ein BMI über 40kg/m² als morbid Adipositas (Adipositas 3).

Zur Erhebung der Suggestibilität der Teilnehmerinnen wurde zum einen die „Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, HGSHS“ (Shor & Orne, 1962) verwendet, die die hypnotische Reaktionsbereit-

schaft eines Klienten untersucht. Außerdem wurde die „Creative Imagination Scale, CIS“ (Wilson & Barber, 1978) eingesetzt, ein Visualisierungstest, der ohne Induktion durchgeführt wird und hauptsächlich kognitive Aspekte der hypnotischen Trance erfasst. Aus dem Untersuchungsinstrumentarium der Marburger Gesundheitsstudie (Bernhard et al., 2000) wurden die Selbstbeschreibungs-Skalen „Gesundheitsqualität“ und „Lebenszufriedenheit“ verwendet. Zur Messung der Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen wurde der „Fragebogen zur Selbstwirksamkeit“ (Schwarzer, 1993b) verwendet.

Während der BMI und das Körperfett zu allen drei Messzeitpunkten erhoben wurden, kamen die anderen Erhebungsinstrumente zum ersten (t1) und zweiten Messzeitpunkt (t2), direkt nach Behandlungs-Ende, zum Einsatz.

2.3 DURCHFÜHRUNG

Die Behandlung fand am Psychologischen Institut der Universität Tübingen 14-tägig über eine Dauer von je zwei Stunden statt. Den insgesamt 6 Gruppensitzungen gingen 2 Einzelsitzungen voraus, in denen die individuelle Problematik der Klienten und deren Lebenssituation abgeklärt und die jeweilige Intervention darauf abgestimmt wurde, soweit dies im Rahmen einer Gruppentherapie möglich ist. Bei den verhaltenstherapeutisch behandelten Personen wurde zusätzlich eine Problemanalyse (Bartling et al., 1997) vorgeschaltet. Analog hierzu wurde in der ersten Trance-Sitzung in den

Hypnose-Gruppen die Lebenssituation der Klientinnen berücksichtigt.

In beiden Therapiegruppen wurden folgende im Zusammenhang mit Adipositas relevanten Themen bearbeitet: Ernährung, Bewegung, soziale Kompetenz, Körperwahrnehmung und Sexualität. Im Einzelnen wurden hierzu verhaltenstherapeutisch folgende Techniken angewandt: Selbstbeobachtung, soziale Kontrakte, Stimuluskontrolle, verdecktes Konditionieren, Selbstinstruktion, Selbstverstärkung und Reaktionskontrolle. Die zusätzlich angewandten hypnotherapeutischen Techniken in der Experimentalgruppe bestanden aus Zukunftsprogression in eine veränderte Körperform und Lebenshaltung, Handlevitation als Induktion und als ideomotorisches Signal für die unbewusste Veränderungsbereitschaft, Metaphern zur Evokation innerer Suchprozesse und als Material für indirekte Suggestionen, Ressourcen-Konditionierung (Ankern) zur Unterstützung des veränderten Verhaltens, Motivationsüberprüfungen und posthypnotischen Suggestionen.

2.4 STATISTISCHE AUSWERTUNGEN

Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen über die Messzeitpunkte wurden anhand einer ANOVA (mit Messwiederholungen) geprüft. A posteriori wurden t-Tests (zweiseitig) für unabhängige Stichproben zur Überprüfung der Gruppenunterschiede zu den einzelnen Messzeitpunkten durchgeführt und solche für abhängige Stichproben, um Unter-

schiede innerhalb einer Gruppe zwischen zwei Messzeitpunkten zu berechnen. Für den Zusammenhang der Suggestibilität sowie der Variablen Lebenszufriedenheit, Gesundheitsqualität, und Selbstwirksamkeit mit dem Therapieerfolg, wurden Pearsons Produktmoment-Korrelationen berechnet. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 5\%$ festgesetzt.

3. ERGEBNISSE

3.1 VERÄNDERUNGEN DES BMI

Die Varianzanalyse ergab über den Katamnesezeitraum hinweg einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit [$F(2,40)=33,13$; $p=.00$]. Der Body Mass Index (und somit das Gewicht) sank signifikant in beiden Behandlungsgruppen. Während in der rein verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe das Gewicht der Teilnehmerinnen sechs Monate nach Behandlungsbeginn um durchschnittlich 3,34 kg sank, konnte in der kombinierten Gruppe (VT und Hypnose) sogar eine Gewichtsreduktion um durchschnittlich 5,21 kg verzeichnet werden. Jedoch war keine der Bedingungen der anderen statistisch überlegen.

Post-hoc-Tests zeigten, dass die signifikante Veränderung in beiden Therapiegruppen auf eine Gewichtsreduktion zwischen der Prä- und Postmessung (nach der Behandlung) zurückzuführen war. Danach blieb die rein verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe auf niedrigem Niveau konstant, während die Teil-

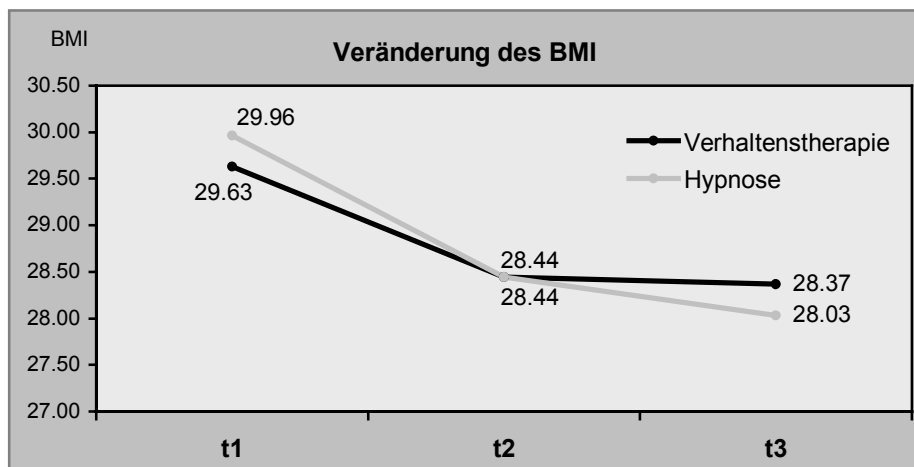


Abbildung 1: Mittlere Veränderung des Body Mass Index der Teilnehmerinnen in beiden Therapiegruppen über alle 3 Messzeitpunkte (6 Monate)

nehmerinnen der Gruppe mit zusätzlicher Hypnotherapie ihr Gewicht weiter, jedoch statistisch nicht signifikant, reduzieren konnten.

Therapeutisch relevant ist neben der statistischen Signifikanz als Beleg für die Wirksamkeit der Behandlung die Frage der klinischen Signifikanz, nämlich wie viele Personen dadurch gesund geworden sind. Erachtet man im vorliegenden Fall hinsichtlich des BMI für Frauen in der Altersklasse der Teilnehmerinnen einen Wert von 26 als den Punkt, der zwischen „adipös“ und „gesund“ unterscheidet (Cut-off-Punkt), so ergeben sich für die einzelnen Teilnehmerinnen die in Abbildung 2 dargestellten klinisch relevanten Veränderungen durch die Therapie. Wie aus dieser Abbildung ersichtlich, veränderten 3 Frauen in den VT-Gruppen

ihr Gewicht nicht oder nahmen sogar zu. In den hypno-behavioralen Behandlungsgruppen nahm keine zu. In den gesunden Bereich gelangten 5 durch die VT-Behandlung und 6 durch die hypno-behaviorale Behandlung. Insgesamt kann man also sagen: 90% der Frauen konnte durch die Behandlung geholfen werden ihr Gewicht zu reduzieren, 25% konnten „geheilt“ werden.

3.2 VERÄNDERUNGEN DES KÖRPERFETTANTEILS

Analog zum Ergebnis des BMI sank der Fettanteil im Körper der Teilnehmerinnen in beiden Behandlungsgruppen über die Zeit. Während in der reinen VT-Gruppe der Fettanteil der Teilnehmerinnen über den

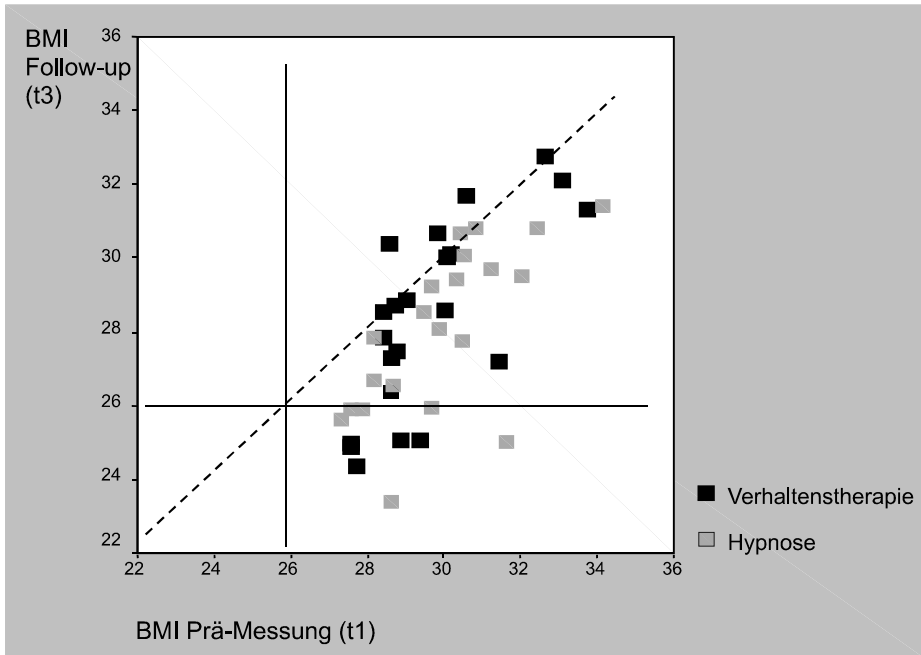


Abbildung 2: Klinisch signifikante Veränderungen der einzelnen Teilnehmerinnen von Prä nach Post. Alle Teilnehmerinnen, die sich auf der gestrichelten Diagonalen befinden, haben ihr Gewicht nicht verändert. Alle, die unterhalb der gestrichelten Diagonalen liegen haben es reduziert und diejenigen, die oberhalb der Diagonalen liegen haben zugenommen. Unterhalb der waagrechten Linie gelten die Personen als gesund (Cut-off-Punkt bei einem BMI von 26)

gesamten Erhebungszeitraum um durchschnittlich 2,3% abnahm, verzeichneten die hypno-behavioralen Gruppen sogar eine durchschnittliche Fettanteil-Abnahme von 4,3%. Die Varianzanalyse ergab allerdings keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen [$F(1,39)=1,74$; $p=.19$], während der Haupteffekt für den Faktor Zeit in beiden Gruppen signifikant war [$F(1,39)=25,97$; $p=.00$]. Auch hier

ging die Veränderung entscheidend auf die Reduktion des Fettanteils zwischen der Prä- und Postmessung zurück. Danach blieb die rein verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe konstant, während die Teilnehmerinnen der hypno-behavioralen Gruppe ihren Fettanteil weiter reduzieren konnten. Abbildung 3 veranschaulicht auch hier die Entwicklung über den Katamnesezeitraum.

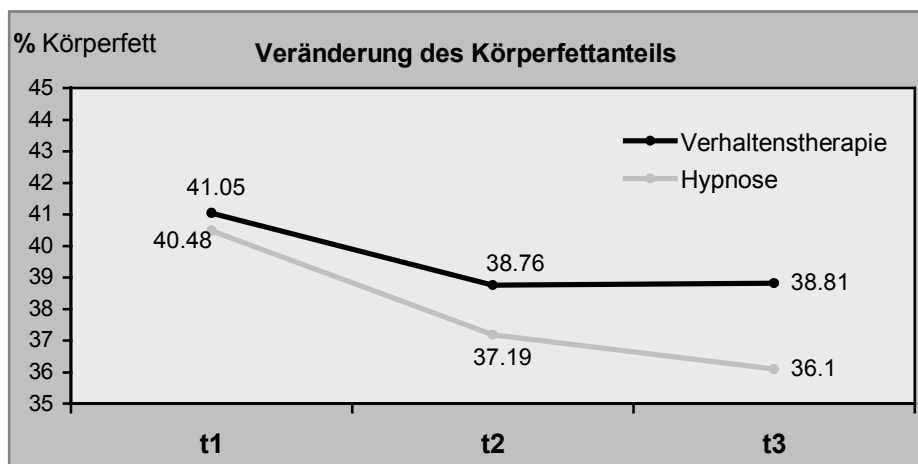


Abbildung 3: Mittlere Veränderung des Anteils des Körperfetts der Teilnehmerinnen in beiden Therapiegruppen über alle 3 Messzeitpunkte (6 Monate)

3.3 SUGGESTIBILITÄT

Die Suggestibilität der zusätzlich mit Hypnose behandelten Klienten hatte keinen Einfluss auf den Therapieerfolg. Die Pearson-Korrelation zwischen der Suggestibilität (HGSHS) und der BMI-Differenz zwischen den sechs Monaten ergab einen Wert von $r = -0.108$ ($p = 0.36$). Die Korrelation zwischen der Imaginationsfähigkeit (CIS) und der BMI-Differenz bestätigte dieses Ergebnis ($r = -0.085$; $p = 0.36$). Ein Zusammenhang zwischen der Suggestibilität der Klienten und dem Therapieerfolg (Gewichtsreduktion) war somit nicht gegeben.

3.4 LEBENSZUFRIEDENHEIT, GESUNDHEITSQUALITÄT UND SELBSTWIRKSAMKEIT

Wie erwartet, erhöhte sich die Lebenszufriedenheit der Teilnehmerinnen direkt nach der Therapie gegenüber der Prä-Messung in beiden Therapiegruppen (hoch signifikanter Zeiteffekt: $F(1,41) = 23,81$; $p = .00$). Zusätzlich ergab sich eine signifikante Wechselwirkung [$F(1,41) = 6,445$; $p = .015$] zwischen Behandlungstyp und Zeit. D.h., dass sich die Lebenszufriedenheit der Klienten in der zusätzlich mit Hypnose behandelten Gruppe gegenüber der rein verhaltenstherapeutischen Gruppe signifikant stärker erhöhte. Abbildung 4 veranschaulicht dieses Ergebnis graphisch.

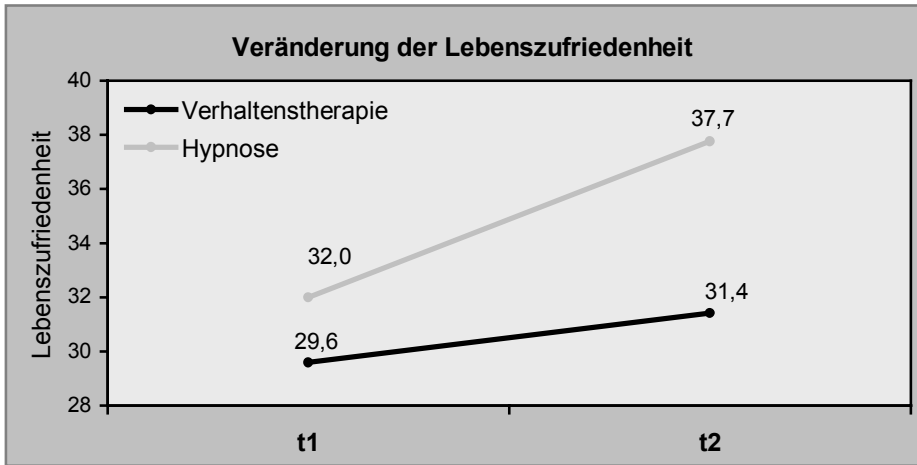


Abbildung 4: Mittlere Veränderung der subjektiv eingeschätzten Lebenszufriedenheit der Teilnehmerinnen in beiden Therapiegruppen von Prä nach Post. Ein hoher Wert bildet eine hohe Zufriedenheit ab

Analog zur Veränderung der Lebenszufriedenheit erhöhte sich auch die subjektiv eingeschätzte Gesundheit der Teilnehmerinnen von Prä nach Post in beiden Therapiegruppen [$F(1,41)=23,3$; $p=.00$] ohne statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p>0.05$). Tendenziell schätzten jedoch die Frauen in der Gruppe mit zusätzlicher Hypnotherapie ihren Gesundheitszustand nach der Therapie höher ein.

Auch die Selbstwirksamkeit der Teilnehmerinnen erhöhte sich von der Prä- zur Postmessung in beiden Gruppen [$F(1,41)=40,61$; $p=.00$], jedoch statistisch nicht signifikant. Tendenziell wurde wieder deutlich, dass auch die Selbstwirksamkeit der Klienten in der Gruppe unter Hypnose im Vergleich zur reinen VT-

Gruppe von Prä nach Post stärker anstieg.

Betrachtet man, unabhängig von der Art der Intervention, den Zusammenhang zwischen Gewichtsreduktion und Lebenszufriedenheit, Gesundheitsqualität und Selbstwirksamkeit, zeigten sich, wie zu erwarten, positive Zusammenhänge. Hoch signifikante positive Pearson-Korrelationen mit der Prä/Post-Differenz des BMI ergaben sich für die Lebenszufriedenheit der Teilnehmerinnen ($r=0.50$; $p<.00$) sowie für deren subjektiv eingeschätzte Gesundheitsqualität ($r=0.38$; $p<0.01$). Je höher also die Gewichtsabnahme, desto höher die Lebenszufriedenheit und die subjektiv eingeschätzte Gesundheit der Klienten. Der positive Zusammenhang zur Selbstwirk-

samkeit war marginal ($r=0.2$; $p=0.09$).

4. DISKUSSION

Die vorliegende Untersuchung befasst sich mit Frauen einer Altersklasse und einem Gewichtsbereich, die zu wiederholten Diäten und dem damit verbundenen negativen Folgen neigen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine kurz- und mittelfristige auch klinisch bedeutsame Gewichtsreduktion bei dieser Gruppe von Adipösen sowohl durch eine rein verhaltenstheoretisch orientierte Therapie als auch durch eine zusätzlich angewendete Hypnotherapie erreicht werden kann. Zu beachten ist, dass die Teilnehmerinnen der VT-Gruppe sich zum Teil leicht enttäuscht darüber zeigten, nicht unter Hypnose behandelt zu werden. Die vorgefundenen Effekte im Rahmen dieser Studie könnten in diesem Sinne also motivational beeinflusst sein. Entgegen einigen empirischen Befunden (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995) konnten die Teilnehmerinnen an der reinen Verhaltenstherapie auch nach sechs Monaten zu 90% ihr Gewicht halten. Der erwartete Jo-Jo-Effekt blieb somit aus – zumindest innerhalb dieses Katamnesezeitraumes.

Die entscheidende Gewichtsabnahme trat während der Therapie auf (Prä-Post-Vergleich). Im Zeitraum danach zeigt sich, dass die zusätzlich mit Hypnose behandelten Personen ihren BMI und ihren Körperfettanteil weiter reduzieren konnten. Man kann daher von einer Überle-

genheit der Kombinationsbehandlung ausgehen, wie sie bereits in anderen Studien gefunden wurde (Goldstein, 1981). Dieser Vorteil der hypnotherapeutischen Behandlung wäre möglicherweise bei einer größeren Stichprobe oder längeren Katamnese noch deutlicher geworden bzw. statistisch signifikant ausgefallen. Der Therapieerfolg korrelierte deutlich mit Variablen des Befindens (Lebenszufriedenheit, Gesundheitsgefühl), was für eine auch subjektive Relevanz der Veränderung spricht. Die Personen in der mit Hypnose behandelten Gruppe verzeichneten hinsichtlich dieser Variablen einen (z.T. statistisch signifikant) stärkeren Zuwachs im Vergleich zu denen der rein verhaltenstherapeutisch behandelten Gruppe. Dabei hatte die Suggestibilität keinen Einfluss auf den Therapieerfolg – entgegen den Befunden anderer Autoren (Bowers, 1989; Hoppe, 1986).

Zusammengefasst spricht die vorliegende Untersuchung für die Einbeziehung hypnotherapeutischer Interventionen bei der Behandlung von Adipositas. Wie auch in anderen Studien zu dieser Thematik betont wird (Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995), scheint die zusätzliche Hypnose den Behandlungserfolg zu vertiefen und zu stabilisieren. Die mit der Hypnose verbundene Verankerung der Verhaltensänderung in der impliziten Informationsverarbeitung (Halsband, in Vorbereitung) schlägt sich daher auch deutlicher in Lebenszufriedenheit, Gesundheitsgefühl und Selbstwirksamkeit der Klienten nieder – Aspekte, die bei adipösen Menschen in der Regel

gering ausgeprägt sind und die es somit ebenfalls zu behandeln gilt.

5. LITERATUR

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M. (1997). Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- 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.
- Bowers, K.S. (1989). Das Neo-Dissoziationsmodell und das sozialpsychologische Modell der Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 6, 32-32.
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis*, 40, 169-172.
- Bruch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 26, 212-217.
- Cautella, J.R. (1966). Behavior therapy and geriatrics. *Journal of Genetic Psychology*, 108, 9-17.
- Deutsche Gesellschaft für Gesundes Leben, DGGL (1997). Ärztefortbildung und Patienten – Arztseminar am Elisabethenkrankenhaus. Essen
- Goldstein, Y. (1981). The effect of demonstrating to a subject that she is in hypnotic trance as a variable in hypnotic interventions with obese women. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis*, 29, 15-23.
- Hoppe, F. (1986). Direkte und indirekte Suggestion in der hypnotischen Beeinflussung chronischer Schmerzen: Theoretische Ansätze und empirische Untersuchungen. Frankfurt: Lang.
- Johnke & Peters (1999). Untersuchung der Effekte gruppendynamischer Prozesse, Verhaltenstherapie und Hypnotherapie auf Adipositas. Dissertation, Kiel, 2002.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatment. *Another meta-reanalysis*, 64, 517-519.
- 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, 214-220.
- Kluft, R.P. (1999). Dissociative Identity Disorder. In: Miller, E.N. & Magruder, K.M. (Herausgeber). Cost-Effectiveness of Psychotherapy. Oxford University Press.

- Reich, G., Cierpka, M. (Hrsg.) (1997). *Psychotherapie der Essstörungen – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme.
- Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose. *Hypnose und Kognition*, 11, 190-224.
- Revenstorf, D. (1990). *Klinische Hypnose*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Sallis, J.F. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behavior. *Health Education Research*, 283-292.
- Schwarzer, R. (1993b). *Measurement of perceived self-efficacy: A documentation of psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Psychologisches Institut.
- Shor, R., Orne, E.C. (1962). *Harvard Group Scale of Susceptibility, Form A*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Tunschoff, T. (1996). *Mit Bauch und Kopf: Therapiemanual (zur gruppentherapeutischen Behandlung der Adipositas in der stationären Rehabilitation)*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Tübingen.
- Wadden, T.A. & Anderton, C.H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 215-243.
- Wilson, S.C., Barber, T.X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 235-249.
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

ENDNOTE

¹ Bei dieser Methode wird Schwachstrom durch den Körper gesendet. Da elektrischer Strom im menschlichen Körper leichter durch die Flüssigkeit in der Muskulatur als durch das Körperfett fließt, kann die Waage aus dem Widerstand im Körper und den Angaben über Größe und Gewicht der jeweiligen Person, den Körperfett-Anteil errechnen.

KORRESPONDENZADRESSE:

PROF. DR. DIRK REVENSTORF
UNIVERSITÄT TÜBINGEN
ABT. KLINISCHE UND PHYSIOLOGISCHE
PSYCHOLOGIE
GARTENSTR. 29
D-72074 TÜBINGEN
TEL.: 07071/29 75306
E-MAIL:
DIRK.REVENSTORF@UNI-TUEBINGEN.DE