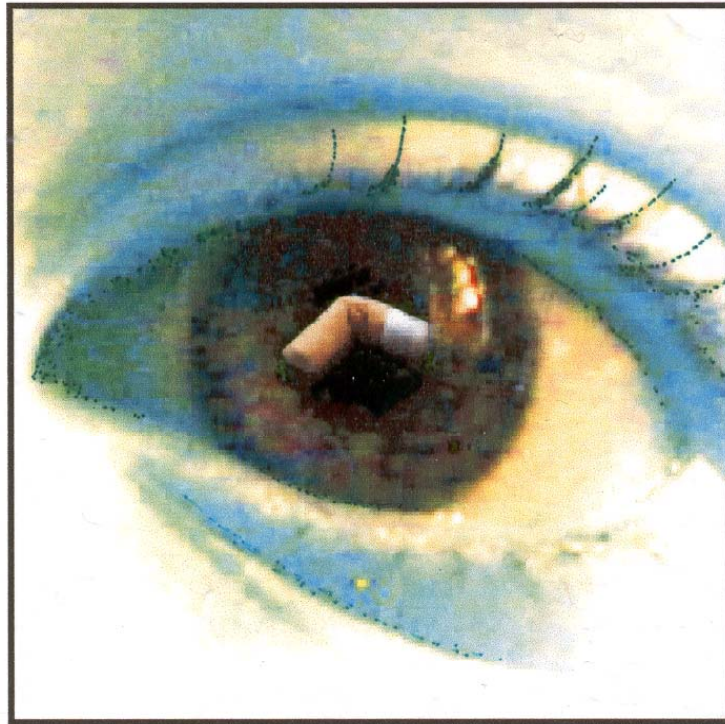


Hypnotherapie bei Nikotinabusus

Dr. Cornelia C. Schweizer

Eingereicht: Hykog/ExkliHyp

Prof. Dr. Dirk Revenstorf



Zusammenfassung:

Seit einigen Jahren zeichnet sich bezüglich der Bewertung der negativen Auswirkungen des Rauchens eine Wende ab: Die gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens ist drastisch gesunken. Eine Folge dieser Neubewertung ist die vermehrte Nachfrage nach effektiven Entwöhnungsbehandlungen für dafür bereite Raucher, die den Entzug ohne professionelle Hilfe nicht bewältigen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde ein hypnotherapeutisches Entwöhnungsprogramm konzipiert und evaluiert, welches:

- auf die Ressourcen der Klienten fokussiert und daher ohne die Verwendung aversiver Suggestionen auskommt
- unterschiedliche Therapiekonzepte bei gleichzeitiger Berücksichtigung der physiologischen Suchtkomponente kombiniert.

Schlüsselworte: *Suchttherapie, Raucherentwöhnung, Hypnose für Gruppen, Nutzung der klienteneigenen Ressourcen*

Hypnotherapy of Nicotine Abusus

Summary:

During the last years the acceptance for smoking in our society decreased dramatically. As a consequence there is a increasing demand for effective smoking-cessation-therapy for smokers who are willing to quit smoking but not able to do so without professional help. In this article we give a report on a hypnotherapeutic smoking-cessation-therapy and present the concept and evaluation.

The programme focuses on the clients resources and thus does not use aversive suggestions. Furthermore it combines different therapeutic concepts and accounts for physiological components of the addiction as well.

Keywords: *addiction therapy, smoking cessation therapy, grouphypnosis, resource oriented therapeutic approach*

1 Einleitung: Stand der Forschung

Die derzeit gängigsten Verfahren der Raucherentwöhnung sind verhaltenstherapeutische Behandlungen, bei denen Methoden des Selbstmanagements, Verstärkung und Informationsvermittlung kombiniert werden mit Nikotinsubstitution. Die Erfolge dieser Behandlungsformen sind vielfach belegt; die langfristige Abstinenzrate liegt bei etwa 25 Prozent (Haustein, 2001), was in Anbetracht der Tatsache, dass es sich beim Rauchen um eine Sucht – und nicht lediglich ein Gewohnheitsproblem handelt – als gut einzuschätzen ist. Der Vergleich mit hypnotherapeutischen Verfahren zeigt jedoch, dass die Erfolgsraten hier teils wesentlich höher – bei bis zu 88 Prozent liegen (Kline, 1970). Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass sich die vorliegenden hypnotherapeutischen Arbeiten zur Raucherentwöhnung durch eine große Varianz der Abstinenzraten auszeichnen; neben der erwähnten Studie mit der hohen Erfolgsrate gibt es auch Arbeiten, die lediglich bei vier Prozent der Teilnehmenden eine langfristige Abstinenz belegen (Perry, 1975). Der Grund hierfür liegt in der teilweise unzureichenden Methodik: Heterogene Erfolgsmaße, unterschiedliche Formen der Vorselektion von Klienten und nicht klar definierte Katamnesezeiträume machen eine Vergleichbarkeit der Studien häufig unmöglich.

2 Methodische Vorüberlegungen

2.1 Standards für Raucherentwöhnungsverfahren

Um die methodische Korrektheit und damit die Vergleichbarkeit einer Studie zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung zu gewährleisten, ist die Orientierung an folgenden Standards für Raucherentwöhnungsverfahren notwendig (Haustein, 2001):

- Der Behandlungserfolg wird an Markern gemessen (durch Erhebung des CO-Gehalts in der Expirationsluft oder Messung des Cotinin-Spiegels im Plasma, Urin oder Speichel).
- Als Erfolgskriterium gilt eine Abstinenzzeit von mindestens sechs Monaten; die Reduktion des Zigarettenkonsums auf weniger als zehn Zigaretten täglich wäre lediglich als Teilerfolg zu bewerten.
- Praktikabilität und wirtschaftliche Vertretbarkeit des Verfahrens müssen gewährleistet sein, da von Millionen potentiell entwöhnungswilliger Rauchern auszugehen ist.

2.2 Generelle methodische Voraussetzungen

Weiter gibt es methodische Voraussetzungen, die ein Therapieverfahren generell erfüllen sollte, um als nachweislich wirksam gelten zu können. Im Einklang mit der APA (American Psychological Association) stellen Chambless und Hollon (1998) dazu folgende Kriterien auf:

Studien müssen als Kontrollgruppenstudie mit randomisierter Zuteilung, Zeitreihenanalyse oder als Einzelfallstudie mit mindestens drei Probanden konzipiert sein. Um die notwendige statistische Power zu sichern, schlagen die Autoren mindestens 25 Versuchspersonen pro Gruppe vor. Weiter müssen Eingangskriterien und Meßinstrumente zur Erhebung des Erfolgs valide und reliabel definiert und beschrieben werden. Notwendig ist außerdem ein genaues Therapiemanual, um Art und Verlauf der Behandlung nachvollziehbar zu machen.

2.3 Zusätzliche Forderungen für die hypnotherapeutische Forschung

Spezifisch für den Bereich hypnotherapeutischer Forschung fordern Lynn et al. (2000) außerdem:

- *Stichprobe, Meßinstrumente, Aufnahmekriterien* für die Probanden und *Randomisierung* sollten genau beschrieben und spezifiziert werden.
- Eine die Reliabilität gewährleistende *Beschreibung des therapeutischen Vorgehens* muß vorliegen.
- Der Grad der *Hypnotisierbarkeit* sollte immer erhoben werden: Ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, so sollten sie entweder parallelisiert werden oder aber die Hypnotisierbarkeit muß als unabhängige bzw. Covariate in die statistischen Analysen eingehen.
- Zudem wird auch die *Motivation* wirksam und sollte deshalb immer erfaßt werden.
- Variablen zum *Rapport* und Art der *interpersonalen Beziehung* sollten ebenfalls erhoben werden.
- Erhoben werden sollten auch positive und negative *Prädiktoren für den Therapieerfolg*.
- Demografische *Daten* sollen vollständig angegeben, *Drop-outs* aufgeführt und Gründe für das Ausscheiden diskutiert werden.
- Die *statistische Power* sollte durch eine ausreichend große Stichprobe gesichert, beziehungsweise deren notwendige Mindestgröße unter Einbeziehung der gewünschten Effektstärke im voraus ermittelt werden.
- *Katamnesezeiträume* sind ausreichend lang zu wählen, beziehungsweise Katamnesen mehrfach durchzuführen: Unter Umständen relativieren sich damit Effekte wieder (wie zum Beispiel in der Raucherentwöhnung) oder aber sie treten erst mit zeitlicher Verzögerung ein.

3 Therapeutische Vorüberlegungen

3.1 Erfolgsvariablen in der Raucherentwöhnung

Eine Befragung von 12.000 Ex-Rauchern für das „Gesundheitsmagazin Praxis“ ergab fünf Variablen, die von den ehemaligen Rauchern als entscheidend für ein erfolgreiches Abstinenzwerden eingeschätzt wurden:

1. *Sofort-Stop*: Von einem Tag auf den anderen aufzuhören ist erfolversprechender als die sogenannte „Reduktionsmethode“. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht auch folgendes Ergebnis einer Befragung von 265 Personen durch die BZgA: 80 Prozent der langfristig erfolgreichen Ex-Raucher beendeten mit der Sofort-Stop-Methode das Rauchen.
1. *Soziale Unterstützung*: Es ist hilfreich, den Entschluß, das Rauchen zu beenden, öffentlich zu machen; Familienangehörige und Freunde sollten über das Abstinenzvorhaben informiert werden. Auch die soziale Unterstützung bei Gruppenbehandlungen ist in diesem Zusammenhang zu sehen: Besonders hilfreich werden regelmäßige Gruppentreffen (71 Prozent) und der Austausch mit anderen (67 Prozent) erlebt (Huber, o. J., zitiert nach Dauenhauer, 1996).
3. *Rückweg verbauen durch Vertragsmanagement*: Vereinbarungen, Wetten und Verträge mit Bekannten und Familienangehörigen stellen Belohnungen bei erfolgreicher Abstinenz – beziehungsweise „Bußgelder“, wenn geraucht wurde, in Aussicht
4. *Selbstverstärkung*: Sich für den Erfolg selbst zu belohnen, stellt eine weitere wichtige Variable dar (Mohl, 1980). Dies kann zum Beispiel durch Belohnungen für eine bestimmte Anzahl rauchfreier Tage, durch das tägliche Sich-bewußtmachen, was bereits erreicht wurde oder eine Sparsbüchse, in die für jede nicht gerauchte Schachtel der entsprechende Betrag geworfen wird, geschehen.

Darüber hinaus sind die folgenden Variablen wichtig (BZgA, 2000):

Motivierung: Zur Motivierung werden häufig kognitive Therapietechniken angewendet, die auf der Theorie der kognitiven Dissonanz, Attributionstheorien und Reaktanztheorien oder der Rational Emotiven Therapie nach Ellis (1997) basieren. Die Motivierung beinhaltet die Auflistung oder Imagination der Vor- und Nachteile des Rauchens beziehungsweise Nichtrauchens, Information zu tabakassoziierten Gesundheitsschäden sowie zu den gesundheitlichen Vorteilen des Nichtrauchens, Besprechung der Motive für das Entwöhnungsvorhaben, Diskussion möglicher Schwierigkeiten in der Realisation und Vorstellungsübungen zum Leben als Nichtraucher.

Nikotinsubstitution: Die Nikotinsubstitution bildet zumindest bei stark abhängigen Rauchern häufig einen wesentlichen Behandlungsbaustein zusätzlich zu gleichzeitig erfolgenden anderen Therapiemaßnahmen.

Entspannungstraining: Ein leicht zu erlernendes Entspannungsverfahren wie zum Beispiel die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft dem Ex-Raucher zum einen, mit akuten Entzugssymptomen wie Unruhe und Nervosität umzugehen und erlaubt zudem langfristig, Streßbewältigung anders als durch Rauchen zu praktizieren.

Stimuluskontrolle: Dazu gehört, in der ersten Zeit nach dem Aufhören alles zu vermeiden, was als mit dem Rauchen gekoppelt erlebt wird. Aschenbecher und andere an das Rauchen erinnernde Gegenstände müssen entsorgt werden, ebenso selbstverständlich die Zigaretten selbst. Außerdem sollte generell eine Neustrukturierung des Tagesablaufs angestrebt werden, um auch hier Hinweisreize aufs Rauchen zu vermeiden.

Alternativverhalten, Problemlösung und soziale Fertigkeiten: Durch Einübung neuer Verhaltensweisen sollen Versuchungssituationen bewältigt werden. Dies kann eine einfache Maßnahme wie Ablenkung beim aufkommenden Rauchwunsch sein, aber auch komplexe soziale- und Problemlösefertigkeiten beinhalten, wenn es etwa darum geht, Konfliktsituationen konstruktiv anzugehen, statt zur Zigarette zu greifen.

Essverhalten und Gewichtskontrolle: Exzessives Essen soll häufig Entzugerscheinungen mindern, zudem kommt es infolge der Stoffwechsellumstellung nach dem Aufhören ohnehin zu einer Gewichtszunahme. Das Resultat ist eine oft hohe Gewichtszunahme, die vor allem Frauen gelegentlich dazu bewegt, wieder mit dem Rauchen zu beginnen, um ab- oder nicht weiter zuzunehmen. Aus diesem Grund sollte das Essverhalten nach dem Rauchstop in der Raucherentwöhnung stets thematisiert werden.

Bewegung und Sport: Der Aufbau einer sportlichen Betätigung erfüllt mehrere Funktionen: Zum einen beugt Bewegung der Gewichtszunahme vor, zum anderen kann sie als Alternativverhalten in Versuchungssituationen, zur Streßreduktion und zur Kompensation des Verstärkerverlusts nach Beendigung des Rauchens eingesetzt werden.

Identitätsbildung: Nachdem der Raucher sich oft über Jahrzehnte als solcher definierte und das Rauchen meist in der Pubertät als der identitätsbildenden Phase begonnen wurde, ist das Rauchverhalten eng mit dem eigenen Selbstbild verknüpft. Darauf, dass es in diesem Kontext eine unbefriedigende Lösung sein muß, nach dem Aufhören lediglich etwas *nicht zu sein* – nämlich *Nichtraucherin*, wurde in der Literatur verschiedentlich hingewiesen (zum Beispiel Gerl, 2002). Notwendig ist in diesem Zusammenhang also der Aufbau einer neuen, befriedigenden und positiv formulierten Identität.

Rückfallprophylaxe: Eine wirksame Rückfallprophylaxe sollte die häufigsten Situationen, die das Scheitern von Entwöhnungsversuchen bedingen, thematisieren, antizipieren und mögliche Bewältigungsstrategien erarbeiten.

3. 2 Wirkvariablen hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung

Mehrere Autoren haben versucht, die einzelnen Wirkvariablen bei der Raucherentwöhnung mit Hypnose herauszuarbeiten (Holroyd, 1980; Agee, 1983; Gerl, 1997; Freund & Gerl, 1999). Demnach sollte ein erfolgreiches hypnotherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm möglichst folgende Bedingungen erfüllen:

Wirkvariablen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung:

- Nutzung der positiven Erwartungseffekte durch die Verwendung des Begriffs „Hypnose“
- hohe Motivation des Klienten
- ein erfahrener Therapeut, der persönlich anwesend zu sein hat
- drei bis fünf Sitzungen
- individuelle und Ich-stärkende Suggestionen
- posthypnotische Suggestionen
- Übung in Selbsthypnose
- unterstützende Telefonkontakte nach den Sitzungen
- soziale Unterstützung, vor allem durch nichtrauchende Bezugspersonen

3 Ziele der vorliegenden Studie

Primäres Ziel der vorliegenden Studie war es, der Fragestellung, ob Hypnotherapie tatsächlich ein in der Raucherentwöhnung effizientes Therapieverfahren darstellt, nachzugehen und zu versuchen, sie anhand einer methodisch korrekten Studie zur Überprüfung der Effektivität zu beantworten.

Um darüberhinaus ein möglichst wirksames Entwöhnungsprogramm entwickeln und durchführen zu können, wurde die Berücksichtigung der genannten Wirkvariablen der Raucherentwöhnung angestrebt.

Die dritte Zielsetzung betraf die Frage, ob Einzel- oder Gruppensettings bessere Erfolgsraten erzielen würden. Angesichts der hohen Zahl potentiell Entwöhnungswilliger wären wirksame Gruppenprogramme wichtig; anhand der vorliegenden Literatur läßt sich jedoch keine abschließende Aussage zu den jeweiligen Erfolgsquoten machen – tendenziell wird allerdings eher die Meinung vertreten, Einzelprogramme wären aufgrund des individuellen Vorgehens erfolgreicher.

5 Entwicklung des eigenen Programms

5.1 Nichthypnotische Therapieelemente:

5.1.1 Patenschaften

Für die eine Hälfte der Experimentalgruppe wurden die Hypnosesitzungen als Gruppenhypnose konzipiert. Die zugrunde liegende Überlegung hierbei war, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, durch Erfahrungsaustausch und Modellernen ihre Kompetenzen im Umgang mit Versuchungssituationen zu erweitern und Unterstützung in der Gruppe zu erfahren. Ein wichtiges Element in diesem Zusammenhang war die Bildung von Patenschaften: Die Klienten sollten mindestens einen Telefonkontakt pro Woche mit einer bestimmten Person aus der Gruppe initiieren. Die Teilnehmer wurden instruiert, die Patenschaft insbesondere auch dann zu nutzen, wenn sie im Verlauf der Behandlung Krisen erlebten und spürten, dass ihr Vorsatz, abstinent zu bleiben, zu wanken begann.

5.1.2 Abstinentztage

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Behandlungserfolge im allgemeinen dann von den Klienten besser aufrechterhalten werden können, wenn die Veränderung intern attribuiert wird (Lambert & Bergin, 1994). Insbesondere gilt auch der Zusammenhang zwischen dem Aufhören schon zwei Tage vor Therapiebeginn – im Folgenden als „Abstinentztage“ bezeichnet – und einem positiven Behandlungsverlauf als belegt (Schlarb & Schweizer, 1999). Alle Klienten wurden daher gebeten, zweieinhalb Tage vor der ersten Hypnosesitzung das Rauchen einzustellen. Um schwierige Fälle nicht auszusortieren, war von vornherein vorgesehen, auch Personen, welche die Abstinentzeit nicht durchhielten, in die Studie aufzunehmen.

5.1.3 Nikotinpflaster

Ebenfalls bei der Vorbesprechung erhielten alle Teilnehmenden für einen Zeitraum von drei Wochen Nikotinpflaster, um auf diese Weise auch der physiologischen Suchtkomponente entgegenzuwirken.

5.1.4 Kohlenmonoxidmessung

Um die Kohlenmonoxidwerte der Raucher bestimmen zu können, wurden mittels eines einfachen Atemtests die CO-Werte in der Ausatemluft ermittelt. Die Werte jeder einzelnen Sitzung konnten also zum einen der Kontrolle des Zigarettenkonsums, zum anderen aber auch als Instrument zur Motivationserhöhung dienen.

5.1.5 „Tipps und Tricks“

Ein auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien beruhendes Blatt mit Ratschlägen zur Raucherentwöhnung wurde erarbeitet, das die Klienten bei der Vorbesprechung erhielten. Diese Zusammenstellung von praktischen Tipps sollte helfen, neue Nichtraucherhaltensweisen zu entwickeln und vor allem auch das Durchhalten der oben erwähnten Abstinentztage erleichtern.

5.2 Hypnotherapeutische Vorgehensweise:

5. 2. 1 Grundidee der hypnotherapeutischen Vorgehensweise

Dem hypnotherapeutischen Vorgehen lag die Idee zugrunde, das Abstinenzwerden von der Zigarette als einen Prozeß des Abschiednehmens zu begreifen und die Raucherphase als einen Lebensabschnitt zu würdigen und abzuschließen. Dementsprechend sollten vor allem Suggestionen verwendet werden, die Themen wie „Erinnerungen an die schönen Seiten des Rauchens aushalten lernen“, „loslassen können“, „Freude über das bevorstehende rauchfreie Leben“ und ähnliches ansprechen.

Die Suggestionen sollten primär auf die Nutzung der natürlichen Ressourcen hinzielen; als weitere Themen wurden die Fokussierung auf den besseren Gesundheitszustand, die größere Genußfähigkeit als Nichtraucher, aber auch mögliche Symptomfunktionen oder Hindernisse, die dem Nichtrauchen noch im Weg stehen könnten, vorgesehen.

Durch die Verwendung hypnosystemischer Techniken, die es dem Klienten durch die Arbeit mit inneren Anteilen erlauben, sowohl mit den aufhörmotivierten als auch mit den diesbezüglich skeptischen Persönlichkeitsanteilen in Kontakt zu kommen, sollte außerdem die Ambivalenz bezüglich des Nichtrauchens therapeutisch bearbeitet werden.

Von negativen Suggestionen, die Angst vor den Folgen des Rauchens oder unangenehme Empfindungen beim Rauchen suggeriert hätten, sollte möglichst wenig Gebrauch gemacht werden, da hiervon, wenn überhaupt, nur ein kurzfristiger Effekt erwartet wurde.

5. 2. 2 Formulierung der Suggestionen und Hypnosetechnik

Bei der Ausgestaltung der Trance wurde eine größtenteils nondirektive Vorgehensweise gewählt und mit Hilfe folgender Techniken umgesetzt:

Indirekte Formulierungen: Durch die Nutzung von indirekten Formulierungen wird die subjektiv erlebte Wahlfreiheit der Klienten erhöht, Widerstände minimiert und Suchprozesse ausgelöst.

Konfusion: Suggestionen, die Verwirrung erzeugen, sind geeignet, eingefahrene Denkmuster umzustrukturieren; der rationale Verstand wird überlastet, und die nachfolgenden Suggestionen werden ohne bewußte Hinterfragung aufgenommen (vgl. Revenstorf, 1990). Ein Beispiel für die Verwendung der Konfusionsstrategie wäre: „... und es ist gleichgültig, ob die Lider die Augen schließen oder ob die Augen die Lider schließen ... Augen schließen ...“

Dissoziation: Auch die Dissoziation ist eine Technik, die dazu dient, das gewohnte Denken in Frage zu stellen. Beispiel hierfür wäre die Formulierung „... und Ihr bewußter Verstand hört dieser Geschichte zu, während Ihr Unbewußtes auf seinen eigenen Wegen geht ...“

Verstärkung subliminaler Bewegungen: Diese Technik kann dazu dienen, bestimmte Veränderungen, beispielsweise eine Handlevitation oder den Lidschluß herbeizuführen, ohne dass es dazu einer direkten Anweisung von Seiten des Therapeuten bedarf.

6 Erfolgsparemeter und Hypothesen

6. 1 Erfolgsparemeter

Der Erfolg der Behandlung wird in der vorliegenden Studie primär an den Abstinenzraten zu unterschiedlichen Meßzeitpunkten (nach drei und zwölf Monaten) gemessen.

Weitere Erfolgsparemeter sind:

- Reduktion des Konsums
- geringere FTND-Werte (zur Beschreibung der Meßinstrumente siehe 7. 4)
- gesunkene Kohlenmonoxidwerte-Werte
- Beteiligung an allen Behandlungssitzungen

6. 2 Die wichtigsten Hypothesen

1: Hypnoseherapie versus Kontrollgruppenbehandlung

Die Klienten der Experimentalgruppe (Hypnose, verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster) sind signifikant erfolgreicher als die der Kontrollgruppe (verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster).

2: Einzel- versus Gruppenbehandlung

Die Erfolgsrate der Gruppenbehandlung ist nicht signifikant geringer als die der Einzelbehandlung.

3: Suggestibilität

Die Suggestibilität der bei der Katamnese abstinenten Probanden, gemessen mit der CIS (zur Beschreibung der Meßinstrumente siehe 7. 4), ist signifikant höher als die der nicht Abstinenten.

4: Abstinenztage

Klienten, die während der Abstinenztage nicht geraucht haben, sind erfolgreicher als solche, die während der Abstinenztage rauchten.

5: Nikotinpflaster

Die Behandlung mit der Kombination von Nikotinpflaster und Hypnose (Klienten der Experimentalgruppe, die zusätzlich Pflaster verwendeten), ist erfolgreicher als eine Behandlung ohne Hypnose, aber mit Nikotinpflaster (Kontrollgruppe) oder eine solche mit Hypnose, aber ohne Nikotinpflaster (Klienten der Experimentalgruppe, die kein Pflaster verwendeten).

6: Rauchverhalten

Die bei der Katamnese nicht abstinenten Teilnehmer haben früher begonnen, zu rauchen, rauchen bereits länger und haben mehr erfolglose Aufhörversuche hinter sich als die Abstinenten. Die Konsumhöhe und der FTND-Wert der Klienten stellen einen Prädiktor für die zu erwartende Abstinenz dar; je höher diese sind, desto weniger erfolgreich ist der Klient.

7: Demographische Variablen

Das Programm ist unabhängig von allen demographischen Variablen gleich erfolgreich.

8: Allgemeine Veränderungen

Wurden von den Klienten Rituale oder allgemeine Veränderungen des Verhaltens im Zusammenhang mit dem Nichtrauchen entwickelt, ist der Erfolg höher.

9: Therapeutenvariable

Die Therapeutenvariable korreliert nicht mit dem Behandlungserfolg.

10: Psychische Symptombelastung, Ärger und Depression

Hohe Werte im SCL-90-R, STAXI und ADS sind Prädiktoren für weniger Erfolg (zur Beschreibung der Messinstrumente siehe 7. 4).

7 Methode

7. 1 Versuchsdesign

Eine Darstellung der Versuchsgruppen findet sich in untenstehender Tabelle:

Experimentalgruppe I	Experimentalgruppe II	Kontrollgruppe
Gruppenhypnosebedingung mit VT- Elementen, Nikotinpflaster, CO- Messung, Gruppengesprächen und Patenschaften.	Einzelhypnosebedingung mit VT- Elementen, Nikotinpflaster und CO- Messung.	VT- Elemente, Nikotinpflaster und CO- Messung
n = 60	n = 46	n = 43
gesamt: n = 149		

Tabelle 1: Versuchsdesign

7. 2 Stichprobe

7. 2. 1 Stichprobenrekrutierung

Die Probanden wurden über mehrere Pressenotizen angeworben. Auf Anfrage wurden Informationsbriefe versandt, in denen Art, Dauer und Kosten der Behandlung genau beschrieben wurden.

7. 2. 2 Eingangsvoraussetzungen, Zusammensetzung und Umfang der Stichprobe

Von den insgesamt 149 Klienten wurden 52 im Rahmen einer vorangegangenen Studie zur Gruppenhypnose mit identischen oder vergleichbaren Therapieelementen (Schlarb & Schweizer, 1999, 2001) behandelt; hiervon entfallen 40 auf die Gruppenhypnosebedingung und zwölf auf die Kontrollgruppe. Einzige Eingangsvoraussetzung auf Seiten der Klienten war deren Wille, das Rauchen zu beenden. Der Stichprobenumfang ging mit 149 Probanden etwas über den gemäß Cohen für Häufigkeitsdifferenzen notwendigen Wert von $n = 143$ bei maximal fünf Freiheitsgraden für mittlere Effektgrößen – ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ vorausgesetzt – hinaus. Für die Berechnung von multiplen Korrelationen oder Varianzanalysen sind nach Cohen jeweils nur deutlich kleinere Stichprobenumfänge notwendig, sofern ebenfalls von einer mittleren Effektstärke und einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ ausgegangen wird (Cohen in Bortz & Döring, 2002). Die geringere Anzahl von Probanden in der Kontrollgruppenbedingung kam dadurch zustande, dass es äußerst schwierig blieb, Personen für die Nikotinpflasterbehandlung zu finden. Bezüglich der Ungleichverteilung der Klientenanzahl zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe ist außerdem anzumerken, dass die vorangehende Studie für die Kontrollgruppe nach vier Wochen eine Abstinenzrate von lediglich 33 Prozent – im Vergleich zu 83 Prozent in der Experimentalgruppe – ergab. Aus ethischen Überlegungen wurde daher angestrebt, die deutlich weniger erfolgsversprechende Kontrollgruppenbehandlung bei nicht mehr Klienten als notwendig durchzuführen, obwohl die methodische Aussagekraft der Studie dadurch etwas leidet.

7. 2. 3 Beschreibung der Stichprobe

Von den insgesamt 149 Teilnehmern waren 74 weiblich und 75 männlich.

Gemäß dem FTND waren: 19 Prozent psychisch-, aber nicht nikotinabhängig (Score 0 – 2)

21 Prozent nicht zuzuordnen (Score 3 – 4)

60 Prozent nikotinabhängig (Score 5 – 10)

Die Klienten rauchten – bei einer Spanne von acht bis 80 – durchschnittlich 27,77 Zigaretten pro Tag; in der Kontrollgruppe mit 27,50 Zigaretten täglich unwesentlich weniger als in der Experimentalgruppe mit durchschnittlich 28,04 Zigaretten pro Tag. 89 Prozent der Klienten hatten schon mindestens einen Abstinenzversuch hinter sich. Bezüglich keiner der oben erwähnten Variablen gab es signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe, der Gruppen- und der Einzelbehandlung oder zwischen den Klienten, die im Rahmen der vorangehenden beziehungsweise der vorliegenden Studie behandelt wurden.

7.3 Behandlungsablauf

Experimentalgruppe I – Gruppensitzung:

In der Gruppensitzung trafen sich sechs Teilnehmer mit zwei Therapeutinnen zu fünf 90 – 120-minütigen Gruppensitzungen. Dabei wurden zunächst im Vorgespräch die Motivation abgeklärt, Nikotinpflaster verteilt, das Blatt mit den "Tipps & Tricks" besprochen, die Prinzipien der Klinischen Hypnose erläutert und die Patenschaften initiiert. Die drei Hypnosensitzungen folgten mit wöchentlichen Abstand und hatten jeweils unterschiedliche Themen zum Inhalt:

Sitzung 1: Vertrauen in die Behandlung und die eigenen Ressourcen aufzubauen

- Erste Tranceerfahrung und Ratifizierung: Pendelübung
- Sicherer Ort und Wohlfühlkugel
- Vertiefung und Rückholanker
- Nutzung der Trance und Motivationsüberprüfung: "Im Wald und innerer Heiler"
- Schachtelgeschichte: Steinpalme
- Reorientierung

Sitzung 2: Bearbeitung von Ambivalenzen im Zusammenhang mit dem Abstinenzwerden

Die Raucherseite zur Koalition bewegen, damit keine „Untergrundorganisation“ aus dem unbewussten Wunsch, weiter zu rauchen, entsteht. Versuch, die Raucher- und die Nichtraucherseite – welche beide im Grunde genommen etwas Gutes für den Klienten wollen- zu integrieren.

- Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker
- Magnetische Hände und Vertiefung
- Nutzung der Trance: Ambivalenzarbeit
- Ressourcenaktivierung: Adlermetapher
- Versuchungssituationen üben
- Reorientierung

Sitzung 3: Endgültiger Abschied von der Zigarette und Rückfallprophylaxe

- Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker
- Vertiefung
- Nutzung der Trance: "Im grünen Bereich und Begegnung mit dem Rauchwunsch"
- Malermethapher
- Nutzung der Trance: "Red Ballon und Schatzkästchen"
- Reorientierung

Es folgte eine Katamnesesitzung nach 3 Monaten, in deren Rahmen nochmals eine Entspannungstrance durchgeführt und in der Zwischenzeit aufgetretene Probleme besprochen wurden.

Experimentalgruppe II – Einzelsitzung:

Die Einzelsitzungen entsprachen inhaltlich und bezüglich des Ablaufs den Gruppensitzungen; allerdings reduzierte sich die Sitzungsdauer durch den Wegfall des Gruppengesprächs auf fünf 60-minütige Einzelsitzungen mit einer Therapeutin und es wurden keine Patenschaften gebildet.

Kontrollgruppe:

Die Kontrollgruppe traf sich in Gruppen mit etwa zehn Teilnehmern und bekam alle Elemente (VT, Nikotinpflaster und CO- Messung) außer der Hypnose. Durch deren Wegfall wurden hier nur zwei 120-minütige Sitzungen im Abstand von drei Monaten durchgeführt.

7.4 Meßinstrumente

7. 4. 1 Anmeldebogen

Der Bogen wurde entwickelt, um bereits vor dem ersten persönlichen Klientenkontakt die folgenden Informationen erheben zu können:

Datenerhebung im Anmeldebogen:

1. Demographische Variablen
2. Aktuelles Rauchverhalten (FTND, siehe unten)
3. Beginn und Dauer des Rauchens
4. Art und Dauer bisheriger Abstinenzversuche
5. Bevorzugte Rauchsituationen
6. Zuversichtlichkeit, in bestimmten Situationen abstinent bleiben zu können
7. Aufhörtmotivation
8. Soziale Unterstützung bezüglich des Abstinenzvorhabens

7. 4. 2 Fagerström Test Nicotine Dependence: FTND

Der FTND ist ein Instrument zur Bestimmung des Grades der Nikotinabhängigkeit von Rauchern (Heatherton, Fagerström et al. 1991). Die sechs Items wurden für die vorliegende Untersuchung in den Anmeldebogen integriert.

Die Items des FTND:

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
4. Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?
5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Die einzelnen Items sind unterschiedlich gewichtet; insgesamt ergibt sich ein Summenscore von null bis zehn. Die Konsumhöhe und der Zeitraum zwischen Erwachen und erster Zigarette liefern 66 Prozent des möglichen Gesamtscores.

Fagerström hat die Summenscores folgendermaßen gruppiert (Schoberberger, 1972):

- FTND-Score 5 – 10: Nikotinabhängig
- FTND-Score 3 – 4: Nicht entscheidbar, ob psychisch- oder nikotinabhängig
- FTND-Score 0 – 2: Psychisch-, aber nicht nikotinabhängig

7. 4. 3 Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R

Die heute gültige Form des SCL-90-R wurde 1977 von Derogatis (Derogatis, 1977) an einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychatriepatienten entwickelt. Der Test bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte.

7. 4. 4 Creative Imagination Scale: CIS

Zur Überprüfung der Suggestibilität wurde die CIS von Wilson (1976) und Barber (1978) verwendet. Die Skala besteht aus zwei motorischen und acht kognitiven Items, deren Inhalt sich die Klienten vorzustellen angewiesen werden.

7. 4. 5 Allgemeine Depressions Skala: ADS

Der Fragebogen (Hautzinger & Bailer, 1992) stellt ein an repräsentativen Stichproben normiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Vorhandenseins und der Dauer von Beeinträchtigungen durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster dar.

7. 4. 6 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI

Der Fragebogen von Schwenkmezger, Hodapp (Schwenkmezger et al., 1992) ist ein kurzes und ökonomisches Verfahren zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck. Die Skala basiert auf der gleichnamigen amerikanischen Fassung, dem State-Trait-Anger-Expression-Inventory (Spielberger, 1988), stellt jedoch nicht eine einfache Übersetzung der Originalitems, sondern eine Neuentwicklung unter Ausweitung des ursprünglichen Itempools dar. Hierfür wurde der Test um für die der deutschen Sprache spezifischen Beschreibungen von Ärger und Ärgerausdruck erweitert und eine bevölkerungsrepräsentative Normierung durchgeführt.

7. 4. 7 Protokollbogen

Um insbesondere bei den Gruppenbehandlungen die Protokollführung zu erleichtern, wurde ein Formblatt entwickelt, in welches neben Namen und Codenummer der Klienten deren Konsumhöhe und Kohlenmonoxidwerte zu den fünf Meßzeitpunkten, die erfolgte Rückgabe der Tests und Vergabe beziehungsweise Nutzung der Nikotinpflaster vermerkt wurden.

7. 4. 8 Klienten-Feedbackbogen

Nach jeder Hypnosesitzung füllten die Klienten einen Rückmeldungsbogen aus. Dieser diente nicht in allen Teilen der statistischen Auswertung, sondern sollte vorrangig den Therapeutinnen die Möglichkeit geben, ein Feedback der Klienten über ihre Befindlichkeit zu erhalten.

Intention dabei war, auf der Basis dieser zusätzlichen Informationen das weitere therapeutische Vorgehen optimal auf die Bedürfnisse des jeweiligen Klienten abstimmen zu können.

Der Rückmeldungsbogen enthält Fragen über die Bereiche:

1. Rauchverhalten
2. Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens
3. Behandlung allgemein
4. Hypnose (nur in der Experimentalgruppe)
5. Allgemeine Befindlichkeit (fokussiert werden hier die Bereiche Depression und Aggressivität)

7.4.9 Therapeutenfragebogen

Nicht für die statistische Auswertung sondern ausschließlich als Instrument der therapeutischen Reflexion verwendet wurde der Therapeutenfragebogen, der von den Therapeutinnen nach jeder Sitzung ausgefüllt wurde. Der Bogen erfragt die von therapeutischer Seite wahrgenommenen hypnotischen Reaktionen beim Klienten und den Rapport während der vorangegangenen Sitzung:

- Ausmaß der Amnesie
- Abwesender Eindruck
- War entspannt
- Katalepsie, motorische Reaktionen
- Trancetiefe gesamt
- Guter Rapport
- Hat sich gut aufgehoben gefühlt
- Sitzung hat Klient befriedigt

Die Beantwortung erfolgte auf einer 10-Punkte-Skala: Eins entspricht dabei einer sehr geringen, zehn einer sehr hohen Ausprägung des Merkmals.

7.4.10 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: VEV

Der VEV wurde 1978 von Zielke & Kopf-Mehnert entwickelt. Er dient dazu, Stärke und Richtung der Veränderung von Verhalten und Erleben bei Klienten nach Beendigung einer Therapie zu messen.

7.4.11 Katamnesebogen

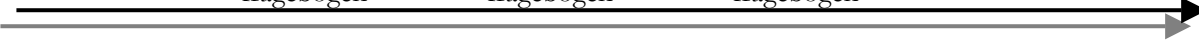
Alle Klienten füllten bei der Katamnese Sitzung einen kurzen Katamnesebogen aus.

Dieser enthält Fragen über die Bereiche:

1. Gegenwärtiges Rauchverhalten
2. Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens
3. Einschätzung und Nutzung der unterschiedlichen Behandlungsbausteine

7.5 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

Vorbesprechung	1. Sitzung	2. Sitzung	3. Sitzung	Katamnese
Anmeldebogen mit FTND		FTND	FTND	Katamnesebogen mit FTND
FTND				VEV
SCL-90				
CIS				
STAXI (1)				STAXI (2)
ADS-L (1)				ADS-L (2)
CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung
Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen
	Klienten-Feedbackbogen	Klienten-Feedbackbogen	Klienten-Feedbackbogen	
	Therapeutenfragebogen	Therapeutenfragebogen	Therapeutenfragebogen	



 Zeit

8 Ergebnisse

8.1 Haupthypothese I: Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung

Innerhalb der Experimentalgruppe waren beim Katamnese termin nach drei Monaten 66,3 Prozent abstinent im Vergleich zu nur 27,3 Prozent Abstinenten in der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Katamnese

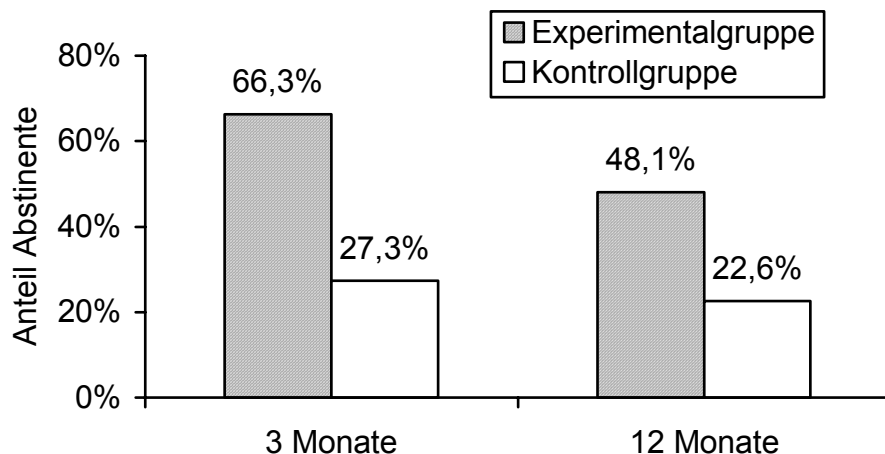
waren 48,1 Prozent der Teilnehmer der Experimentalgruppe und 22,6 Prozent der Probanden der Kontrollgruppe abstinent. Die folgende Tabelle stellt dieses wichtige Ergebnis der Studie dar.

	abstinent	
	3 Monate	12 Monate
Experimentalgruppe	n = 61 66,3 %	n = 37 48,1 %
Kontrollgruppe	n = 9 27,3 %	n = 7 22,6 %
Gesamt	n = 70 56 %	n = 44 40,7 %

Tabelle 2: Abstinenzzraten in der Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich die Unterschiedlichkeit der Abstinenzzraten zwischen Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei-Monats-Katamnese als signifikant ($\chi^2 = 15,02$ df = 1, $p = 0,000$). In der Hypnosegruppe war zu diesem Zeitpunkt demnach der Anteil an Abstinenten signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Für die Zwölf-Monats-Katamnese belegte der Chi-Quadrat-Test ebenfalls signifikante Unterschiede der Raten von Experimental- und Kontrollgruppe: ($\chi^2 = 5,93$ df = 1, $p = 0,015$): Auch nach zwölf Monaten war in der Hypnosegruppe der Anteil an Abstinenten signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Die folgende Graphik veranschaulicht diese Ergebnisse:



Graphik 1: Abstinenzzraten in der Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

8.2 Haupthypothese II: Einzel- versus Gruppenbehandlung

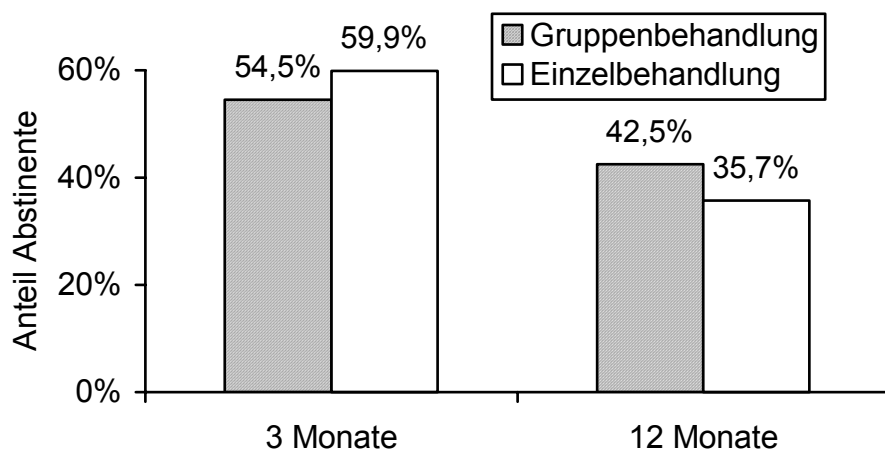
Von den Klienten der Gruppenbehandlung waren beim Katamnetermin nach drei Monaten 54,5 Prozent abstinent im Vergleich zu 59,5 Prozent Abstinenten in der Einzelbehandlung, während bei der Zwölf-Monats-Katamnese von den in der Gruppe behandelten Personen 42,5 Prozent und im Einzelsetting 35,7 Prozent abstinent waren. Die folgende Tabelle stellt diese Ergebnisse dar.

	abstinent	
	3 Monate	12 Monate
Gruppenbehandlung	n = 48 54,5 %	n = 34 42,5 %
Einzelbehandlung	n = 22 59,9 %	n = 10 35,7 %
Gesamt	n = 70 56 %	n = 44 40,7 %

Tabelle 3: Abstinenzzraten in der Gruppen- und Einzelbehandlung bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich die Unterschiedlichkeit der Abstinenzzraten zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung nach drei Monaten als nicht signifikant ($\chi^2 = 0,26$, df = 1, $p = 0,613$). Für die Zwölf-Monats-

Katamnese ergab der durchgeführte Chi-Quadrat-Test folgende Werte: $\chi^2 = 0,39$, $df = 1$, $p = 0,529$. Auch bei der Zwölf-Monats-Katamnese ist also davon auszugehen, dass die Abstinenzraten von Gruppen- versus Einzelbehandlung sich nicht signifikant unterscheiden. Gemäß Erdfelder und Mausfeld (1996) kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Abstinenzraten von Gruppen- versus Einzelbehandlung sich nicht signifikant unterscheiden. Die folgende Graphik veranschaulicht obige Ergebnisse:



Graphik 2: Abstinenzraten in der Gruppen- und Einzelbehandlung bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

8.3 Suggestibilität

Die Mittelwerte der Zigarettenreduktion in Abhängigkeit von der Suggestibilität (mit Mediansplit gerechnet) stellten sich wie folgt dar: Die überdurchschnittlich suggestiblen Personen reduzierten ihren Konsum um durchschnittlich 26,60 Zigaretten ($s = 12,97$), während die unterdurchschnittlich Suggestiblen nur um 9,43 Zigaretten ($s = 12,66$) täglich reduzierten. Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass damit die überdurchschnittlich suggestiblen Klientinnen im Vergleich zu den unterdurchschnittlich Suggestiblen ihren Konsum signifikant deutlicher reduzierten ($t = 5,90$, $df = 74$, $p = 0,000$).

8.4 Abstinenztage

76,7 Prozent der bei der Katamnese Abstinenten hatten die beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn durchgehalten, ohne zu rauchen, im Vergleich zu nur 26,3 Prozent Abstinenten in der Gruppe derer, die die Abstinenzzeit vor Behandlungsbeginn nicht einhielten. Tabelle 4 stellt diesen Zusammenhang dar.

	abstinent
Abstinenztage eingehalten	n = 56 (76,7 %)
Abstinenztage nicht eingehalten	n = 5 (26,3 %)
Gesamt	n = 61 (66,3 %)

Tabelle 4: Einhaltung der Abstinenztage vor Behandlungsbeginn und spätere Abstinenz

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Unterschied der Abstinenzraten zum Katamnesezeitpunkt zwischen denjenigen, die die Abstinenzzeit zu Beginn eingehalten hatten, und solchen Teilnehmern, bei denen das nicht der Fall gewesen war ($\chi^2 = 17,13$, $df = 1$, $p = 0,000$).

8.5 Nikotinpflaster

Um eine mögliche Unterschiedlichkeit in der Konsumhöhe zwischen Personen in der Hypnosegruppe, die Nikotinpflaster verwendeten, solchen, die die Hypnosebehandlung durchliefen, ohne Pflaster zu benutzen und den Klienten der Kontrollgruppe, die Nikotinpflaster, aber keine Hypnose bekamen, zu belegen, wurde eine 2-faktorielle Varianzanalyse für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ in den drei Stufen „Behandlungsbeginn“, „Drei-Monats-Katamnese“ und „Zwölf-Monats-Katamnese“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Hypnose und Pflaster“, „Hypnose ohne Pflaster“ und „nur Pflaster“ (Kontrollgruppenbehandlung) gerechnet; siehe dazu die folgenden Tabellen.

Konsum	M			s		
	Hyp & Pfl	Hypnose	Pflaster	Hyp & Pfl	Hypnose	Pflaster

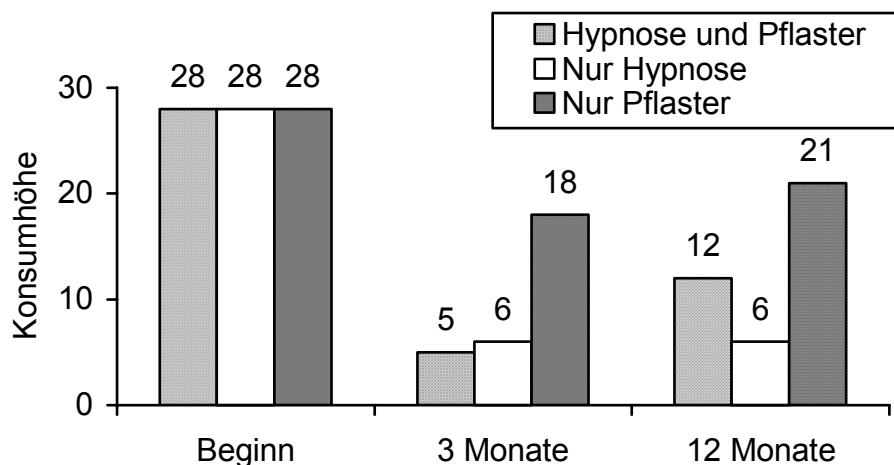
zu Beginn	28,05	28,00	27,50	14,85	8,37	13,30
nach 3 Monaten	4,98	6,00	18,00	8,46	13,42	14,41
nach 12 Monaten	12,02	6,00	20,91	12,59	13,42	16,02

Tabelle 5: Konsumhöhe von Hypnosebehandelten, die Pflaster verwenden, Hypnosebehandelten, die keine Pflaster verwenden und Probandinnen der Kontrollgruppe (nur Pflaster) bei Behandlungsbeginn, Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese. Die Versuchspersonenanzahlen betragen jeweils n = 41 für die Hypnose & Pflasterbedingung, n = 5 für die Nur-Hypnosebedingung und n = 22 für die Nur-Pflasterbedingung

Quelle	df	F	p
Zeit	1,69	33,39	0,000 ***
Behandlungsform	2,69	3,73	0,029 *
Zeit * Behandlungsform	3,39	4,23	0,005 **

Tabelle 6: Ergebnisse der ANOVA für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ und dem zwischen dem Versuchspersonen variierenden Faktor „Behandlungsart in Verbindung mit der Pflasterverwendung“. Die Fehlervarianz beträgt 65.

Die varianzanalytische Auswertung belegte signifikante Ergebnisse sowohl für die beiden Haupteffekte „Zeit“ und „Behandlungsform“ als auch für deren Wechselwirkung. Die folgende Graphik veranschaulicht die Ergebnisse: Die Konsumhöhe sinkt in der Hypnosebehandlung sowohl mit als auch ohne Pflaster bis zur Drei-Monats-Katamnese etwa gleich stark ab, während in der Kontrollgruppe deutlich weniger reduziert wird. Bis zur Zwölf-Monats-Katamnese steigt der Konsum in der Gruppe, die Hypnose in Verbindung mit Pflastern bekam, jedoch wieder an, während er in der Nur-Hypnosbedingung konstant bleibt.



Graphik 4: Konsumhöhe und Pflasterverwendung

Weiter wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben für die beiden Gruppen Hypnose *mit* und Hypnose *ohne* Pflaster und die abhängige Variable Konsumhöhe gerechnet. Die Ergebnisse sprachen nicht für signifikante positive Effekte der Pflasterverwendung, zeigten sich dabei jedoch teilweise inkonsistent mit denen der Varianzanalyse, was vor allem mit den stark unterschiedlichen Konsummittelwerten zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Katamnese zusammenhängen dürfte. Siehe dazu die folgende Tabelle:

Konsumhöhe	M		s		t	df	p
	Pflast.	Kein Pf.	Pflast.	Kein Pf.			
bei Beginn	29,1	25,2	14,7	8,3	0,68	61	0,498
nach 3 Monaten	5,5	5,0	8,6	12,2	0,12	54	0,898
nach 12 Monaten	10,7	9,7	12,3	14,1	0,30	75	0,760

Tabelle 7: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der Konsumhöhe von Pflasterverwendern und Nichtverwendern innerhalb der Hypnosegruppe bei Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten

Wie die Differenz in der Konsumhöhe zwischen Personen der Hypnosebehandlung mit beziehungsweise ohne Pflasterverwendung bei der Zwölf-Monats-Katamnese einzuschätzen ist, läßt sich anhand des vorhandenen Datenmaterials nicht abschließend beurteilen.

8.6 Rauchverhalten

Die Reduktionsmittelwerte von Personen, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten und solchen, die noch nie versucht hatten, aufzuhören, unterschieden sich im t-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($t = 2,16$, $df = 78$, p

= 0,033): Wer früher bereits versucht hatte, das Rauchen zu beenden, reduzierte im Mittel um 19,76 Zigaretten ($s = 15,22$) im Vergleich zu nur 7,75 Zigaretten Reduktion bei denen, die erstmals eine Entwöhnungsversuch machten ($s = 10,71$).

Keine signifikanten Ergebnisse hingegen erbrachten die t-Tests für unabhängige Stichproben beim Vergleich von Einstiegsalter, Anzahl der als Raucherin verbrachten Jahre und der bisherigen Aufhörversuche zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Personen. Siehe dazu auch die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p
	abst.	n. abs.	abst.	n. abs.			
Einstiegsalter	17,07	17,13	3,11	3,36	0,09	122	0,925
Rauchdauer	27,90	25,44	9,29	8,89	1,50	123	0,136
Anzahl der Aufhörversuche	3,51	3,48	3,39	4,77	0,04	120	0,964

Tabelle 8: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich von Einstiegsalter, Rauchdauer und Anzahl bisheriger Aufhörversuche von bei der Katamnese Abstinenten und nicht Abstinenten

Die Verteilung der Abstinenz in Relation zur Art der Abhängigkeit stellt die folgende Tabelle dar:

	abstinent
Körperlich Abhängig	n = 39 (51,3 %)
Psychisch Abhängig	n = 13 (59,1 %)
Gesamt	n = 52 (53,1 %)

Tabelle 9: Art der Abhängigkeit und Abstinenz

Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigte, dass es keine signifikanten Unterschiede in den Abstinenzraten der körperlich versus der psychisch Abhängigen gab ($\chi^2 = 0,41$, $df = 1$, $p = 0,52$).

Bezüglich der Konsumhöhe zu Behandlungsbeginn zeigten sich im t-Test für unabhängige Stichproben keine Unterschiede zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Klientinnen ($t = -0,85$, $df = 77$, $p = 0,398$): Die später Abstinenten rauchten vor der Therapie durchschnittlich 26,61 Zigaretten täglich ($s = 12,98$); während diejenigen, die bei der Katamnese noch oder wieder rauchten, zu Beginn im Mittel 29,21 Zigaretten täglich konsumiert hatten ($s = 14,22$).

8.7 Demographische Variablen

Im Chi-Quadrat-Test zeigte sich für keine der untersuchten demographischen Variablen ein Zusammenhang mit der Abstinenz zum Katamnesezeitraum. Untersucht wurden dabei die Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluß, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit. Da die Signifikanz-Werte dabei durchgängig größer als 0,2 waren, kann davon ausgegangen werden, dass das Programm unabhängig von allen untersuchten demographischen Variablen gleich erfolgreich angewendet werden kann.

8.8 Allgemeine Veränderungen

81,8 Prozent der bei der Katamnese Abstinenten, aber nur 40 Prozent der nicht Abstinenten gaben an, Rituale oder spezielle Verhaltensweisen entwickelt zu haben, um sich selbst vom Rauchen abzuhalten. Der Chi-Quadrat-Test zeigte, dass dieser Unterschied signifikant war ($\chi^2 = 10,02$, $df = 1$, $p = 0,002$). Siehe dazu auch Tabelle 10.

	abstinent	nicht abstinent
Rituale entwickelt	n = 18 (81,8 %)	n = 4 (18,2 %)
Keine Rituale entwickelt	n = 16 (40,0 %)	n = 24 (60,0 %)
Gesamt	n = 34 (54,8 %)	n = 28 (45,2 %)

Tabelle 10: Entwicklung von Ritualen und Abstinenz

8.9 Therapeutenvariable

Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab keinen Unterschied bezüglich der Reduktionsraten in Abhängigkeit von der jeweils behandelnden Therapeutin ($M = 16,12$ versus $17,52$, $s = 17,64$ versus $11,73$, $t = -0,315$, $df = 58$, $p = 0,754$). Gemäß Erdfelder und Mausfeld kann hier also davon ausgegangen werden, dass die Klienten bei den beiden Therapeutinnen nicht unterschiedlich erfolgreich waren.

8. 10 Psychische Symptombelastung, Ärger und Depression

8. 10. 1 *Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R*

Im t-Test für unabhängige Stichproben zur Erhebung möglicher Unterschiede im SCL-90-R zwischen bei der Katamnese Abstinente versus nicht Abstinente zeigten sich folgende signifikante Ergebnisse: Bei der Katamnese abstinenter Teilnehmer hatten im Vergleich zu den nicht abstinenten bei Behandlungsbeginn signifikant geringere t-Werte in den Skalen Depression, Ängstlichkeit und der globalen psychischen Belastung, außerdem einen signifikant geringeren Roh-Wert in der Skala für phobische Angst. Im t-Test für eine Stichprobe zum Vergleich mit der Eichstichprobe des SCL-90-R ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

8. 10. 2 *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI*

Bezüglich des Vergleichs der STAXI-Werte zwischen Abstinente und nicht Abstinente belegte der t-Test für unabhängige Stichproben signifikant geringere Wert der Abstinente in der Ärger-Dispositions-Skala bei Messung bei Behandlungsbeginn und bei der Katamnese. Die Abstinente erfuhren demnach weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder Frustrationen ausgesetzt. Weiter unterschieden sich die Mittelwerte bezüglich der Ärger-Reaktions-Skala, einer Unterskala der oben erwähnten Ärger-Dispositionsskala, jedoch nur bei der Katamnese: Zum ersten Meßzeitpunkt zeigte sich hier noch kein signifikanter Unterschied. Bei der Katamnese waren die Abstinente signifikant weniger empfindlich gegenüber Kritik, wahrgenommener Abwertung und negativer Bewertung durch andere, während sie sich bei Behandlungsbeginn von den später nicht Abstinente diesbezüglich noch nicht signifikant unterschieden.

Hier ergaben sich außerdem bei den Abstinente signifikante Unterschiede im t-Test für abhängige Stichproben bezüglich der Mittelwerte der Ärger-Zustands-Skala der Messung bei Behandlungsbeginn im Vergleich zur Katamnese: Zum Meßzeitpunkt zwei ($M = 13,76$, $s = 5,07$) erlebten die Abstinente signifikant intensivere Ärgergefühle als zum Meßzeitpunkt eins ($M = 11,70$, $s = 3,33$), während dies bei den nicht abstinenten nicht der Fall war ($M = 13,37$, $s = 3,99$ für t_2 und $M = 12,04$, $s = 2,60$ für t_1). Der t-Test erbrachte für die Gruppe der Abstinente einen Wert von $t = -2,376$ mit $df = 36$ und $p = 0,023$.

Im t-Test für eine Stichprobe zum Vergleich mit der Eichstichprobe des STAXI ergaben sich folgende Ergebnisse: Zum Meßzeitpunkt bei Behandlungsbeginn hatten die hier behandelten Personen, und zwar insbesondere die später nicht Abstinente sowie Frauen, signifikant höhere Mittelwerte in der Ärger-Reaktions-Skala als die Eichstichprobe. Die Probanden waren also gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere besonders empfindlich und erlebten unter solchen Umständen intensive Ärgergefühle.

Gleichzeitig hatten die Klienten signifikant höhere Werte als die Eichstichprobe in der Ärgerkontroll-Skala, hier waren insbesondere Männer und die später Abstinente betroffen. Dieser Personenkreis wendete demnach viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in ärgerprovozierenden Situationen auf.

Bei der Katamnese hatten sich die oben beschriebenen Befunde bezüglich des Umgangs mit Ärgergefühlen verändert: In der Ärgerreaktions-Skala ergab sich nun nur noch für abstinenten Personen ein diesmal jedoch deutlich erhöhter Mittelwert. In der Ärger-Kontrollskala hatten die Männer signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe, schienen also Ärgergefühle nun weniger zu kontrollieren.

Die Frauen dagegen erreichten extrem hohe Werte in der Skala für nach innen gerichteten Ärger. Sie erlebten demnach zwar oft Ärger, zeigten dies aber nicht nach außen, sondern unterdrückten die Ärgergefühle, anstatt sie physisch oder verbal abzureagieren. Dementsprechend hatten die Klientinnen bei der Katamnese außerdem signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe in der Skala für nach außen gerichteten Ärger. Sie äußerten demnach ihren Ärger gegenüber anderen Personen oder Objekten seltener in aggressiver Weise.

8. 10. 3 *Allgemeine Depressions Skala: ADS*

Im Ausmaß der Depressivität ließen sich weder bei der Messung bei Behandlungsbeginn noch bei der Katamnese zwischen Abstinente und nicht Abstinente signifikante Unterschiede im Vergleich mit der Eichstichprobe feststellen.

9 Diskussion

9. 1 Interpretation der Ergebnisse

Die **Abstinenzquoten** von 66,3 Prozent nach drei und 48,1 Prozent nach zwölf Monaten in der Experimentalgruppe im Vergleich zu nur 27,3 Prozent nach drei, beziehungsweise 22,6 Prozent nach zwölf Monaten in der Kontrollgruppe sprechen für eine signifikante Überlegenheit der hypnotherapeutischen Vorgehensweise gegenüber der Nikotinpflasterbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Elementen. Signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe zeigten sich auch in der Reduktion des Konsums und der Werte im FTND; auch hier erwies sich die hypnotherapeutische Behandlung als erfolgreicher als die der Kontrollgruppe. Dies steht im Widerspruch zu den Aussagen Stumpfes (1990), der von einer vergleichbaren Effizienz der verschiedenen Verfahren zur Raucherentwöhnung bei Erfolgsraten von etwa 30 Prozent ausgeht, oder Hausteins (2001), der der Hypnotherapie in diesem Bereich keine wesentlichen Erfolge zuschreibt.

Als aus hypnotherapeutischer Sicht erfreulich zu bewerten sind diese Ergebnisse insbesondere auch deshalb, weil sich die erwähnten Zahlen auch bei einer konservativen Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Drop-outs nicht

wesentlich verschlechtern (58 Prozent nach drei beziehungsweise 39 Prozent Abstinente nach zwölf Monaten in der Experimentalgruppe versus 21 beziehungsweise 16 Prozent in der Kontrollgruppe) und außerdem anhand der Kohlenmonoxidwerte der Klienten operationalisiert wurden.

Die Ergebnisse zum **Gruppen- versus Einzelbehandlungssetting** belegten keine signifikant besseren Ergebnisse für die Einzelbehandlung: Von den in der Gruppe behandelten Klienten waren nach drei Monaten 55 Prozent und nach zwölf Monaten 43 Prozent abstinent, im Einzelsetting waren es 60 beziehungsweise 36 Prozent. Zu keinem Meßzeitpunkt erwies sich die Unterschiedlichkeit in den Abstinenzraten als signifikant, ebenso wenig ergab sich ein Unterschied in der Reduktion der FTND-Werte oder der Konsumhöhe zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung.

Auffällig ist jedoch, dass in der Einzelbehandlung die Abstinenzrate bei der Drei-Monats-Katamnese höher war als in der Gruppenbehandlung, und hier für die Differenz der Konsumhöhe ein fast signifikanter Wert zustande kam, dann jedoch steiler abfiel als in der Gruppenbehandlung und nach zwölf Monaten einen niedrigeren Wert als den der Gruppe erreichte. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die Klienten im Einzelsetting eine stärkere Bindung an „ihre“ Therapeutin entwickeln und daher im Sinne einer sozialen Erwünschtheit möglichst versuchen, bis zur Katamnese abstinent zu bleiben, danach jedoch, da dieser Motivator anschließend nicht mehr vorhanden ist, rückfällig werden, während die Teilnehmer der Gruppenbehandlung von Anfang an mehr auf ihre intrinsische Motivation angewiesen sind und daher auch nach dem Katamnese-treffen keinen Einbruch erleben. Letztlich kann darüber, wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist, jedoch nur spekuliert werden, da in der bisherigen Forschung derartige Befunde keine Erwähnung finden:

Festzuhalten bleibt jedoch, dass die vorliegende Studie keine Hinweise dafür erbringt, dass eine Behandlung im Einzelsetting der Gruppenbehandlung langfristig überlegen ist. Dies widerspricht auf den ersten Blick der vorherrschenden Meinung in der Literatur, welche meist von einer höheren Effizienz des Einzelsettings ausgeht; allerdings wird hier häufig Gruppenbehandlung mit vollständig standardisierten Suggestionen gleichgesetzt und übersehen, dass Gruppensetting und individualisiertes Vorgehen sich nicht ausschließen müssen. Angesichts der Millionen potentiell entwöhnungswilliger Raucher ist die hier belegte Gleichrangigkeit der Gruppenbehandlung im Vergleich zum Einzelsetting ein überaus positives Ergebnis.

Das Ergebnis, dass das Ausmaß der Zigarettenreduktion im Zusammenhang mit der **Suggestibilität** der Probanden stand (die überdurchschnittlich Suggestiblen reduzierten ihren Konsum signifikant deutlicher), entspricht der Tatsache, dass laut modernen Hypnosetheoretikern eine Hypnosebehandlung nur wirksam werden kann, wenn die betreffende Person ausreichend suggestibel ist: Dies wurde auch im Bereich der Raucherentwöhnung bereits verschiedentlich gezeigt: Der hier gefundene Zusammenhang des Erfolgs mit der Suggestibilität spricht außerdem dafür, dass die Klienten der Hypnosebehandlung auch tatsächlich eine solche erfahren haben.

Gerl und Freund (1999) halten die beiden **Abstinenztage**, die die Klienten vor der ersten Hypnosesitzung einzuhalten haben, einerseits für aussagekräftige Prädiktoren hinsichtlich der längerfristigen Abstinenz und andererseits für ein wichtiges Instrument zur Motivationsüberprüfung. Ihrer Meinung nach ist eine Therapie wenig sinnvoll, wenn der Klient nicht in der Lage ist, während der beiden Abstinenztage „rauchfrei“ zu bleiben. Die vorliegende Untersuchung stützt diese Ansicht insofern, als sich signifikante Unterschiede in den Abstinenzraten zum Katamnesezeitpunkt zwischen Klienten, die die zwei Tage durchgehalten hatten, und solchen, die es nicht geschafft hatten, zeigten: Letztere waren signifikant seltener abstinent. Wer die zweitägige Abstinenzzeit nicht durchgehalten hatte, brach die Behandlung zudem auch häufiger ab. Das Durchhalten der Abstinenzzeit ist insofern ein Prädiktor für den Behandlungserfolg. Allerdings waren immerhin 26,3 Prozent derer, die die Abstinenztage nicht durchgehalten hatten, bei der Katamnese abstinent. Davon, dass eine Behandlung bei nicht durchgehaltenen Abstinenztagen in jedem Fall aussichtslos sei, kann nach diesen Befunden also nicht ausgegangen werden.

Interessant waren die Ergebnisse zur **Nikotinplasterverwendung**: Bei der Drei-Monats-Katamnese rauchten die Klienten, die die Hypnosebehandlung *ohne Pflaster* durchlaufen hatten, etwa gleich viel wie diejenigen, die *zusätzlich Pflaster* verwendeten, während die in der Kontrollgruppe (also *mit Pflaster, aber ohne Hypnose*) Behandelten deutlich mehr rauchten. Die Tatsache, dass das Nikotinplaster die Wirksamkeit der Hypnose nicht zusätzlich steigerte, widersprach bereits den Erwartungen: Noch inkonsistenter mit bisherigen Befunden war jedoch die Tatsache, dass bis zur Zwölf-Monats-Katamnese die Klienten der *Nur-Hypnose-Gruppe* ihren Konsum nicht mehr steigerten, die Klienten, die *zusätzlich Pflaster* verwendet hatten, ihren Konsum jedoch mehr als verdoppelten. Die vorliegenden Ergebnisse widersprechen damit der vorherrschenden Meinung vom positiven Effekt des Nikotinplasters (zum Beispiel Haustein, 2001).

Zum **Rauchverhalten vor der Behandlung** wurde folgendes festgestellt: Personen, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten, reduzierten ihren Konsum signifikant deutlicher als Klienten, die noch keine Versuche unternommen hatten, das Rauchen zu beenden. Die Anzahl der bereits unternommenen Aufhörversuche stand zudem im Zusammenhang mit den Drop-out-Raten: Mit sinkender Anzahl der bisherigen Aufhörversuche nahm auch die Drop-out-Rate ab.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen Aufhörversuche, des Einstiegsalters beim Rauchen, der als Raucher verbrachten Jahre, der bisherigen Konsumhöhe und der Art der Abhängigkeit (körperlich versus psychisch abhängig gemäß dem FTND) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Probanden. Dieses Ergebnis entspricht zwar nicht der Hypothese und bisherigen Untersuchungen zu diesem Bereich,

ist jedoch erfreulich insofern, als es belegt, dass das vorliegende Programm auch bei starken Rauchern mit einer deutlich ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit erfolgreich ist.

Der Vergleich des Behandlungserfolgs über alle **demographischen Variablen** hinweg ergab zudem keine Unterschiede der Abstinenzraten: Das Programm scheint demnach gleichermaßen unabhängig von Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluß, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit für die unterschiedlichsten Personen geeignet zu sein.

Zur erlebten **allgemeinen Veränderung** (erhoben mit dem VEV) im Verlauf der Behandlung und der Frage, ob Klienten Rituale entwickelt haben, um sich vom Rauchen abzuhalten, ergaben sich folgende Ergebnisse: 82 Prozent der bei der Katamnese abstinenten Teilnehmer hatten Rituale oder spezielle, für sie hilfreiche Verhaltensweisen entwickelt, aber nur 18 Prozent der nicht Abstinenten. Dieses Ergebnis unterstreicht, wie wichtig es ist, Klienten im Therapieverlauf immer wieder zu ermuntern, eigene Rituale zur Bewältigung des Rauchwunsches zu entwickeln.

Keine Unterschiede im Behandlungserfolg zeigten sich in Abhängigkeit von der jeweils **behandelnden Therapeutin**. Die guten Behandlungsergebnisse scheinen demnach nicht auf der gelegentlich in der Literatur (zum Beispiel Gerl in Revenstorff & Peter, 2001) erwähnten Tatsache zu beruhen, dass immer wieder einzelne Therapeuten hervorragende Ergebnisse erzielen, sondern läßt zumindest vermuten, dass diese eher auf den Qualitäten des Programms an sich beruhen.

Interessant waren auch die Ergebnisse bezüglich **psychischer Symptombelastung** (Erhebungsinstrument: SCL-90-R), **Ärgerausdruck** (Erhebungsinstrument: STAXI) und **Depression** (Erhebungsinstrument: ADS):

Im **SCL-90-R** hatten bei der Katamnese abstinente Teilnehmer in der Messung bei Behandlungsbeginn signifikant geringere Werte in den Skalen Depression, Ängstlichkeit, phobischer Angst und globaler psychischer Belastung als später nicht abstinente Teilnehmer.

Im **STAXI** wurde außerdem bei den Abstinenten ein signifikant niedrigerer Wert in der Ärger-Dispositions-Skala im Vergleich zu den nicht Abstinenten festgestellt; und zwar sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei der Katamnese: Die abstinenten Klienten erfuhren also weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder frustriert. Auch in der Ärger-Reaktions-Skala des STAXI wurde in der Katamnese bei den Abstinenten ein signifikant niedrigerer Wert erhoben, während sich bei der Messung zu Behandlungsbeginn hier noch keine Unterschiede gezeigt hatten. Bei der Katamnese waren demnach abstinente Personen weniger empfindlich gegenüber Kritik und Abwertung als nicht abstinente, während sie sich zu Behandlungsbeginn nicht von letzteren unterschieden hatten.

Sehr interessant war auch folgendes Ergebnis: In der Ärger-Zustands-Skala gaben die Abstinenten bei der Katamnese signifikant intensivere Ärgergefühle im Vergleich zum Behandlungsbeginn an, was bei den nicht Abstinenten nicht der Fall war. Dies könnte so interpretiert werden, dass nach dem Wegfall des Rauchens als Mittel, erlebten Ärger zu dämpfen, dessen erlebte Intensität deutlich ansteigt, während diese sich bei denjenigen, die ihre Wut sich sozusagen weiterhin in Rauch auflösen lassen, gleich bleibt.

Beim Vergleich mit der Eichstichprobe des STAXIs ergaben sich folgende Ergebnisse: Zum Meßzeitpunkt bei Behandlungsbeginn hatten die hier behandelten Personen, und zwar insbesondere die später nicht Abstinenten, ebenso Frauen, signifikant höhere Mittelwerte in der Ärger-Reaktions-Skala als die Eichstichprobe. Diese Klienten waren demnach gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere besonders empfindlich und erlebten unter solchen Umständen intensive Ärgergefühle. Gleichzeitig hatten die Probanden signifikant höhere Werte als die Eichstichprobe in der Ärgerkontroll-Skala, hier waren insbesondere Männer und die später Abstinenten betroffen. Dieser Personenkreis wendete demnach viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in ärgerprovozierenden Situationen auf. Da Ärgerkontrolle eine in hohem Maße sozial erwünschte Verhaltensweise darstellt, könnte diese Kontrolle im Extremfall auch zu Passivität, Rückzug und Depression führen. Dies trifft hier möglicherweise besonders zu, da die Probanden gleichzeitig hohe Werte in der Ärger-Reaktions-Skala aufweisen.

Bei der Katamnese hatten sich die oben beschriebenen Befunde bezüglich des Umgangs mit Ärgergefühlen verändert: In der Ärgerreaktions-Skala zeigten sich nun nur noch für abstinente Personen ein diesmal jedoch deutlich erhöhter Mittelwert. In der Ärger-Kontrollskala hatten die Männer signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe, schienen Ärgergefühle nun also weniger zu kontrollieren.

Nur die Frauen dagegen hatten extrem hohe Werte in der Skala für nach innen gerichteten Ärger. Sie erlebten demnach zwar oft Ärger, zeigten dies aber nicht nach außen, sondern unterdrückten die Ärgergefühle, anstatt sie physisch oder verbal abzureagieren. Dementsprechend hatten die Frauen bei der Katamnese außerdem signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe in der Skala für nach außen gerichteten Ärger. Sie äußerten demnach ihren Ärger gegenüber anderen Personen oder Objekten seltener in aggressiver Weise, was wiederum im Zusammenhang mit den hohen Werten in der Skala für nach innen gerichteten Ärger als bedenklich bewertet werden könnte.

Darüber, wie diese Vielzahl an Einzelergebnissen zum Umgang mit Ärger zu deuten sind, kann nur spekuliert werden. Um verlässliche Aussagen machen zu können, wären weitere Forschungsarbeiten wünschenswert. Festzuhalten bleibt jedoch, dass es signifikante Unterschiede in der Art der Ärgerverarbeitung zwischen den hier untersuchten Rauchern und der Eichstichprobe, innerhalb der Klientenstichprobe zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Teilnehmern zu geben scheint. Lediglich in der Ärger-Temperaments-

Skala (einem Indikator für Impulsivität und das Erleben von Ärger bei bereits geringer Provokation) gab es weder innerhalb der Klientenstichprobe noch im Vergleich mit der Eichstichprobe signifikante Unterschiede.

Es erscheint daher notwendig, in der therapeutischen Arbeit im Raucherentwöhnungssektor verstärkt auch den Umgang mit aggressiven Gefühlen zu thematisieren, da das Rauchen – unter Umständen in Ermangelung anderer Bewältigungsstrategien – eingesetzt wird, um Ärger und Wut leichter steuern zu können.

Überraschenderweise, und konträr zur diesbezüglichen Hypothese konnten keine Zusammenhänge zwischen Depressivität, erhoben mit der **ADS**, und dem Behandlungserfolg aufgezeigt werden.

9.2 Methodische Mängel

Die vorliegende Studie erfüllt alle eingangs aufgeführten Kriterien für methodische Standards bei Raucherentwöhnungsstudien bis auf eines: Die randomisierte Zuteilung der Klienten zur Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppe. Eine Randomisierung war zunächst zwar vorgesehen, erwies sich aber unter praktischen Gesichtspunkten als nicht möglich: Zur Aquise waren zunächst, ohne spezifische Angaben zu machen, über Pressenotizen Raucherentwöhnungskurse angeboten worden. Nach der telefonischen Anfrage der Interessenten sollten die Probanden nach Alter, Geschlecht und Rauchverhalten parallelisiert und der Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppe zugeordnet werden. Erst im Anschluß an die Gruppenzuordnung sollten die potentiellen Teilnehmer Briefe erhalten, in welchen Art und Dauer der Behandlung detaillierter beschrieben werden sollten. Dieses methodisch korrekte Vorgehen erwies sich jedoch als nicht durchführbar; das unspezifische Angebot einer nicht näher beschriebenen Art von Raucherentwöhnung stieß nur auf sehr mäßiges Interesse; eine genügend große Stichprobe auf diesem Weg zu rekrutieren wäre innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit unmöglich gewesen. Daher war es für die Durchführung der Studie notwendig, getrennte Pressenotizen für Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppen zu veröffentlichen; die Resonanz stieg daraufhin merklich an. Das methodische Manko dieser fehlenden Randomisierung wird teilweise jedoch dadurch ausgeglichen, daß die beiden Gruppen sich in keinem der erhobenen Parameter unterschieden.

Ein weiterer – unter methodischem Aspekt – nicht optimal gelöster Punkt war die im Vergleich zur Experimentalgruppe kleinere Stichprobe in der Kontrollgruppenbedingung: Die Gründe für diese Ungleichverteilung wurden bereits unter 7. 2. 2 diskutiert.

9.3 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Studie weist vielfältige Implikationen für die therapeutische Arbeit im Raucherentwöhnungssektor auf: Die Überlegenheit der ressourcenorientierten Hypnotherapie gegenüber der Nikotinpflasterbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Elementen konnte ebenso belegt werden wie die nahezu gleichen Erfolgsraten im Einzelsetting gegenüber der ökonomisch effizienteren Gruppenbehandlung. Wichtig ist hierbei auch, dass sich das Programm unabhängig von demographischen Variablen der Klienten oder deren vorherigem Rauchverhalten als gleichbleibend wirksam erwies, und auch kein Zusammenhang zur Person der behandelnden Therapeutin hergestellt werden konnte.

Wichtige Hinweise gab die Studie zudem für das konkrete therapeutische Vorgehen: Sowohl die Angaben der Klienten zu den Situationen, in denen sie rückfällig wurden, als auch die Ergebnisse zum Umgang mit Ärger im STAXI belegen die Notwendigkeit, zur Rückfallprophylaxe in der Raucherentwöhnung nicht nur die „gängigen“ Anlässe für Rückfälle bei geselligen Anlässen in Verbindung mit Alkoholgenuß oder aufgrund der Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp zu bearbeiten, sondern auch Elemente wie Stressbewältigung und insbesondere den Umgang mit aggressiven Gefühlen. Wesentlich erscheint es zudem, Klienten zu ermutigen, eigene Rituale im Umgang mit dem Rauchwunsch zu entwickeln und anzuwenden.

Inkonsistent mit bisherigen Forschungsarbeiten waren die Befunde zur Nikotinpflasterverwendung: In der vorliegenden Studie ließen sich keine positiven Effekte nachweisen; für eine abschließende Beurteilung sollten jedoch weitere Forschungsergebnisse abgewartet werden.

Ein für die Hypnoseforschung wichtiges Ergebnis dieser Studie ist die Tatsache, dass mit der vorliegenden Arbeit eine umfassende und methodisch so weitgehend korrekte Überprüfung der Wirksamkeit von Hypnotherapie vorgenommen wurde, wie es innerhalb der übergeordneten ethischen Prinzipien möglich war. Dabei wurden eindeutig positive Effekte der Hypnose auf den Behandlungserfolg nachgewiesen. Um diese Ergebnisse weiter zu untermauern und damit im Sinne der erwähnten Prinzipien von Chambless und Hollon (1998) Hypnose bei Nikotinabusus zu den erwiesenermaßen effektiv und spezifisch wirksamen Verfahren zählen zu können, sind weitere methodisch einwandfreie Studien in diesem Sektor notwendig und wünschenswert.

„Dass sie dennoch und immer noch an Dämonen glauben – sozusagen an andere, tiefer hinter den Dingen zurück gezogene Dämonen – ist mir auch klar. Selbst Herr Shi-shmi glaubt an sie. Er bringt ständig kleine Brandopfer dar. Die Brandopfer bestehen aus kleinen weißen Röllchen, die er in den Mund steckt und – erschrick nicht – anzündet ... wie ein Feuerschlucker. Aber die Röllchen brennen nicht, sie

glimmen nur, rauchen und stinken ziemlich. Trotz scharfer Beobachtung konnte ich keinen Sinn in diesen verglimmenden Röllchen erkennen. (...) Es muß also eine kultische Handlung sein. Herr Shi-shmi beweist übrigens eine halsbrecherische und schon geradezu asketische Fertigkeit im Darbringen dieser Brandopfer. Bis das Röllchen nahe an seinen Mund herangekommen ist, behält er es im Mund, erst wenn es so klein ist, wie mein kleinstes Fingerglied, hört er damit auf. Dann scheint auch der Zauber (eine Bann-Beschwörung?), an die er ziemlich fest glaubt, verfliegen zu sein, denn den Rest des Röllchens wirft er achtlos weg. Etwa alle halbe Stunde – habe ich beobachtet – bringt Herr Shi-shmi so ein Rauchopfer dar. Nie vergißt er es. Er führt stets ein Päckchen mit solchen Röllchen mit sich, und in der Wohnung bewahrt er einen größeren Vorrat auf.“
(Herbert Rosendorfer, Briefe in die chinesische Vergangenheit)

Anschrift der AutorInnen:

Universität Tübingen
Psychologisches Institut
Abteilung Prof. Dr. Dirk Revenstorff
Gartenstraße 29
72074 Tübingen

Literatur:

- Agee, E. L. (1983). Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: A review of the literature. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*. 30; 11–126.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000). *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln.
- Chambless, D. L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,7–18.
- Dauenhauer, M. (1997). *Rauchen und Nikotinabhängigkeit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut der Eberhard-Karls-Universität. Tübingen.
- Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. & Rudinger, G. (Hrsg.) (1996). *Handbuch quantitative Methoden*. Psychologie Verlags Union, Weinheim. Beltz Verlag. 253–283.
- Gerl, W. & Freund, U. (2001). Rauchen. In: Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer.
- Gerl, W. (1997). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? In: *Hypnose und Kognition*. 14; 67–81.
- Gerl, W. (2002). Aus der Praxis – Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. In: *M.E.G.a.phon*. 12/2002; 8–10.
- Haustein, K.-O., (2001). *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen – Folgen – Behandlungsmöglichkeiten – Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Deutscher Ärzte-Verlag Köln.
- Hautzinger, M. & Bailer, M (1992). *Allgemeine Depressions Skala (ADS)*. Beltz Test.
- Heatherton et al. (1991) The Fagerström Test of Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit.J.Add.* 1991; 86: 119–127.
- Holroyd, J. (1980). Hypnotic treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 28; 341–357.
- Kline, M. V. (1970). The Use of Extended Group Hypnotherapy Sessions in Controlling Cigarette Habituation. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 18; 270–282.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4. Aufl. New York.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirical supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48,239-259.
- Mohl (1980). Informieren, motivieren, aktivieren. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): *Rauchen oder Gesundheit – Deine Wahl*. Bonn; 133–138.
- Perry & Mullen (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behavior treated by an hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology*. 31; 498–505.
- Revenstorff, D. (1991). Hypnose als kognitive Therapie. In: Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorff, D. (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Verlag Hans Huber. Stuttgart.
- Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer.
- Schlarb, A. & Schweizer, C. (1999). *Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung*. Diplomarbeit Eberhard-Karls-Universität. Psychologisches Institut Tübingen.

- Schoberberger, R., Fagerström, K.-O. & Kunze, M. (1995) Psychologische und physiologische Abhängigkeit bei Rauchen und deren Einfluß auf die Entwöhnungsmotivation. *Wien. med. Wschr.* 1995; 145: 70–73.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI): Handbuch.* Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *The state trait anxiety inventory (STAI): Test manual.* Palo Alto. Consulting Psychologists Press.
- Stumpfe, K.-D., Vähjunker, A. & Kulig, P. (1992). Ursachen für Rückfälle bei Nikotinabstinenz. *Psychomed*, 4, 48–51.
- 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 (4); 235–249.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV): Manual.* Beltz Test.