

Studie zur wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie

Teil 6:

## **Empirische Befunde zur Effektivität der Hypnotherapie<sup>1</sup>**

Dirk Revenstorf, Dietrich Schauer & Erich Flammer  
Universität Tübingen

**Version 2.0 Mai 2002**

Entwurf – bitte nicht zitieren

---

<sup>1</sup> Diese Studie wird gemeinsam gefördert von der  
Deutschen Gesellschaft für Hypnose und der  
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose.

# Empirische Befunde zur Effektivität der Hypnotherapie

Dirk Revenstorf, Dietrich Schauer & Erich Flammer

## Inhalt

1. Einleitung	3
2. Methodologische Grundlagen von Meta-Analysen	3
3. Probleme bei der Erstellung von Meta-Analysen	7
4. Methoden und Ergebnisse bereits durchgeführter Meta-Analysen	9
4.1. Smith, Glass und Miller (1980): The Benefits of Psychotherapy	9
4.2. Grawe, Donati und Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel	10
4.3. Revenstorf und Prudlo (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose	13
4.4. Romminger (1995): Meta-Analyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose	15
4.5. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000): Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention	15
4.6. Bongartz, Flammer und Schwonke (in Vorbereitung): Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie	16
4.7. Weitere Veröffentlichungen	17
5. Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie	18
6. Empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie geordnet nach den "12 wesentlichen Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Erwachsenen"	21
7. Zusammenfassung	27
8. Literatur	28

## 1. Einleitung

Es hat in den letzten 25 Jahren bereits eine Reihe von Meta-Analysen gegeben, in denen Hypnotherapie mitberücksichtigt wurde, oder die ausschließlich zu Hypnotherapie erstellt wurden. Diese Meta-Analysen unterscheiden sich allerdings in Form, Fragestellung und den Inklusionskriterien der einbezogenen Studien.

Zunächst sollen die methodologischen Grundlagen, die zum Verständnis der hier angeführten Meta-Analysen nötig sind, kurz erläutert werden. Damit wird verständlich, warum sich die in den Literatur-Recherchen identifizierten Studien und die Ergebnisse bezüglich des Ausmaßes der Wirksamkeit von Hypnose unterscheiden.

Die Recherche, deren Ergebnisse hier abschließend vorgestellt werden, orientiert sich an den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie und schließt an mehrere Recherchen zu Meta-Analysen von Arbeitsgruppen der Universitäten Konstanz und Tübingen an, die in den 90er Jahren durchgeführt wurden.

## 2. Methodologische Grundlagen von Meta-Analysen

Zielsetzung von Meta-Analysen ist die Zusammenfassung von mehreren oder möglichst allen Untersuchungen zu einem Thema, um bezüglich einer Fragestellung zu einer Bewertung zu gelangen. Es ist festzustellen, dass der Begriff *Meta-Analyse* nicht einheitlich verwendet wird und oft im Zusammenhang mit Evaluation und Qualitätssicherung genannt oder gar synonym verwendet wird. Eingeführt wurde der Begriff von Glass (1976), der statistische Verfahren zur Zusammenfassung vorstellt und diese vom *Review* abgrenzt. In einem *narrativen Review*, auch Übersichtsarbeit genannt, werden Untersuchungen angeführt, erläutert und die methodisch unzulänglichen verworfen. Teilweise werden die restlichen Untersuchungen dann einfach nach "signifikant" und "nicht signifikant" geordnet und ausgezählt (Glass, 1976, S.4f).

Letztere Methode wird auch als *Box-Score-Technik* bezeichnet und oft zu den Verfahren der Meta-Analyse hinzugezählt. Erstmals wurde diese Methode von Luborsky, Singer und Luborsky (1975) in einem etwas über 100 kontrollierte Studien umfassenden Vergleich von Therapierichtungen angewandt.

Reviews bzw. Übersichtsarbeiten im klassischen Sinne befinden sich in dem regelmäßig neu herausgegebenen "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" von Garfield und Bergin (1978,

1986). In einem *integrativen Review* schließlich wird zu den Ergebnissen noch eine erklärende Theorie angeboten (Fricke & Treinies, 1985, S.12).

Würde man die enge Definition von Glass anwenden, wäre der größte Teil der Meta-Analyse von Grawe et al. (1994) "Psychotherapie im Wandel", in dem 897 Studien angeführt werden, eine Übersichtsarbeit mit einer Box-Score-Methode, wenn auch eine sehr differenzierte. Lediglich der Abschnitt über die 41 direkten Therapievergleichsstudien, in dem Effektstärken berechnet wurden, wäre dann eine Meta-Analyse im engeren Sinne nach Glass (1976). Auf die Meta-Analyse von Grawe et al. (1994) wird später noch weiter eingegangen.

Wir verwenden im Folgenden den Begriff Meta-Analyse so, dass Reviews bzw. Übersichtsarbeiten, in denen eine Box-Score-Technik angewandt wurde, mit eingeschlossen sind, was auch dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht.

Statistische Verfahren zur Zusammenfassung laufen auf die Bildung eines Veränderungsmaßes oder einer Effektgröße für die einzelnen untersuchten Bedingungen, hier Therapieformen, hinaus. Zum Sprachgebrauch sei noch angemerkt, dass die Begriffe "Effektstärke" und "Effektgröße" gelegentlich synonym verwendet werden. Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch existiert der Begriff "Effect Size". Wir benutzen hier "Effektgröße" als Überbegriff für alle Veränderungsmaße. Mit "Effektstärke" sind hier nur die unten beschriebenen Berechnungsweisen von standardisierten Mittelwertsdifferenzen gemeint. Ob diese sich auf Vergleiche mit Kontrollgruppen oder auf Prä-Post Vergleiche beziehen, wird gegebenenfalls spezifiziert. "Effektstärken" sind also spezielle "Effektgrößen".

Das gebräuchlichste Veränderungsmaß bzw. die gebräuchlichste Effektgröße ist derzeit die von Smith, Glass, und Miller (1980) eingeführte *Effektstärke* (ES). Hier wird die Mittelwertsdifferenz zwischen der Versuchsbedingung und der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt nach der Therapie ins Verhältnis zur Standardabweichung der Kontrollgruppe gesetzt (*Kontrollgruppen-Vergleich*).

$$(1) \quad ES = \frac{\bar{x}_{KG\ post} - \bar{x}_{TG\ post}}{s_{KG\ post}}$$

ES: Effektstärke  
 $\bar{x}$ : Mittelwert  
KG: Kontrollgruppe  
TG: Therapiegruppe  
s: Standardabweichung  
prä: vor der Therapie  
post: nach der Therapie

Es gibt verschiedene Varianten der Berechnung von Effektstärken, bei denen z.B. die einzelnen Standardabweichungen von Versuchs- und Kontrollgruppe oder auch aus mehreren Studien unterschiedlich gemittelt werden. Gemeinsam ist allen Verfahren, dass eine standardisierte Meßwertdifferenz errechnet wird.

Eine besondere Form von Effektstärke, die ohne Kontrollgruppe auskommt, wurde von Grawe und Braun (1994) beschrieben. Sie wird auch in der Software *Figurationsanalyse* (Grawe und Baltensperger, 1998), ein Instrument zur Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis, benutzt. Hier wird die Meßwertdifferenz einer Therapiegruppe vor und nach der Therapie ins Verhältnis zur Standardabweichung vor der Therapie gesetzt (*Prä-Post-Vergleich*).

$$(2) \quad ES = \frac{\bar{x}_{TG\ prä} - \bar{x}_{TG\ post}}{S_{TG\ prä}}$$

In Studien, in denen keine Kontrollgruppe vorhanden ist, aber zwei Therapiebedingungen, kann nur diese Berechnungsweise angewandt werden. Wenn die Zuteilung der Patienten randomisiert erfolgt, werden solche Studien in vielen Meta-Analysen integriert. Bei Quasi-experimentellen Designs mit nur einer Therapiegruppe kann nur diese zweite Berechnungsweise angewandt werden, bei Designs mit Kontrollgruppen beide. Die zweite Berechnungsweise, die auch als Pseudo-Effektstärke bezeichnet wird, ist inzwischen sehr weit verbreitet. Dies folgt aus dem pragmatischen Umstand, dass Institutionen wie Psychosomatische Fachkliniken oder Beratungsstellen keine Kontrollgruppen bilden können. Unter günstigen organisatorischen Umständen ist es höchstens möglich Kontrollgruppen mit Patienten von einer Warteliste zu bilden, diese ist dann aber nicht randomisiert. Der zweite Meßzeitpunkt einer Kontrollgruppe von der Warteliste entspricht dabei dem ersten Meßzeitpunkt der Therapiegruppe, insofern wären die in die Formel eingesetzten Mittelwerte und Standardabweichungen äquivalent. Außerdem sind in der Psychotherapie-Forschung bereits eine Vielzahl von Messungen an Kontrollgruppen vorgenommen worden, so dass man nur noch belegen müßte, dass eine Therapiegruppe eine Stichprobe aus einer bereits untersuchten Population darstellt. Bei der Behandlung von Rauchern z.B. kann auch ohne Kontrollgruppen-Vergleich von einem Erfolg gesprochen werden, wenn die Spontanremissionsrate von 15% überschritten wird (Baer, Foreyt & Wright, 1977), ähnliches gilt für viele Anwendungen im medizinischen Bereich.

Es gab eine Reihe von Untersuchungen zu den Veränderungen, die in Placebo-Kontrollgruppen im Vergleich zu Behandlungsgruppen stattfinden, um zwischen spezifischen und unspezifischen Therapieeffekten zu differenzieren (Prioleau, Murdoch und Brody, 1983; Shapiro und Shapiro, 1983; Grawe, 1992). Eine sehr effektive Placebo-Behandlung wie Gespräche mit "warmherzigen Professoren ohne formelle Therapieausbildung" kann unter Umständen ebensogut wirken, wie Gespräche mit ausgebildeten

Therapeuten (Grawe et al, 1994, S. 711; Strupp und Hadley, 1979) . Grawe (1992, S. 134) zeigte an 111 unbehandelten Kontrollgruppen, dass Veränderungen dort im Bereich von  $-.26$  bis  $+.76$  Effektstärken liegen, mit einer durchschnittlichen Effektstärke von  $.10$ . Bowers und Clum (1988) verglichen über 69 Studien verhaltenstherapeutische Behandlung sowohl mit unbehandelten als auch mit Placebo-Kontrollgruppen. Der Unterschied zwischen den echten Behandlungsbedingungen und den unbehandelten Kontrollgruppen betrug  $.76$ , der zwischen unbehandelten und Placebo-Kontrollgruppen betrug  $.21$ . Die Differenz beider Werte wird als spezifischer Effekt der Therapiemethode betrachtet und war hier mit  $.55$  doppelt so groß wie die zweite Differenz zwischen Placebo- und unbehandelter Kontrollgruppe. Veränderungen bei Placebo-Kontrollgruppen werden von Grawe auf einen *unspezifischen Wirkfaktor* zurückgeführt und in Zusammenhang mit einer guten Therapiebeziehung gebracht. Er betont, dass jeder Therapeut diesen unspezifischen Wirkfaktor nutzen können muß und schreibt schließlich: "Dafür hatte der Hypnotherapeut Milton Erickson eine besonders klare Einsicht, der geradezu als Virtuose in der spezifischen Nutzung dieses "unspezifischen" Wirkfaktors angesehen werden kann." (S.713).

Bei der Berechnungsweise der Effektstärke von Grawe und Braun (1994) werden nur dann höhere Werte erzielt als bei der von Smith, Glass, und Miller (1980), wenn als zugehörige Kontrollgruppe eine wirksame Placebo-Behandlung eingesetzt wird oder Effekte wie spontane Remission und Regression zu Mitte auftreten, was in der Regel allerdings der Fall ist (Matt und Navarro, 1997). Diese Differenz in der absoluten Höhe der Effektstärken muß bei der Interpretation nur dann beachtet werden, wenn Ergebnisse verglichen werden, die mit verschiedenen Formeln berechnet wurden. Hartmann und Herzog (1993) haben verschiedene Berechnungsweisen von Effektstärken, z.B. mit den oben erwähnten unterschiedlichen Methoden gemittelter Standardabweichungen, miteinander verglichen und festgestellt, dass diese um  $.90$  korrelieren und sich weitgehend entsprechen.

Zur Beurteilung von Effektstärken hat Cohen (1969) vorgeschlagen, von  $.2$  bis  $.5$  von einem schwachen, bis  $.8$  von einem mittleren und darüber von einem starken Effekt zu sprechen. Wie oben ausgeführt sollte dies aber nicht pauschal so geschehen, sondern die zugrundeliegende Berechnungsweise und weitere Aspekte, die unten angeführt werden, sollten bei der Interpretation beachtet werden.

Andere gebräuchliche Maße für die Veränderung in Therapiegruppen in Meta-Analysen sind: *Punkt-Biserial-Korrelation*, *Fail-Safe-N* (Rosenthal, 1979), *Binominal-Effekt-Size-Display* (Rosenthal, 1982) oder das *Delta-Maß*, ein spezieller Korrelationskoeffizient (siehe hierzu Bortz & Döring, 1995). Alle diese Effektgrößen sind unter bestimmten Verteilungsannahmen ineinander umrechenbar: Im Rahmen der üblichen Annahme der Normalverteilung der Daten ist z.B. die Effektstärke von  $.83$  (siehe S.16) so zu interpretieren, daß 69% der behandelten Patienten im Durchschnitt besser abschneiden als unbehandelte Patienten.

Eine differenziertere und aussagekräftigere Form der Veränderungsmessung ist der *Reliable-Change-Index* von Jacobson und Revenstorf (1988). Hier werden Prozentanteile von Stichproben ober- und unterhalb von Cut-Off-Werten (z.B. kann bei Becks Depressionsinventar der Schwellenwert von 16 als Grenze zwischen gesund und klinisch belastet gelten) sowie innerhalb eines Konfidenzintervalls (bezügl. der Meßfehler) berechnet. Auf Verteilungsannahmen wird verzichtet, womit der Tatsache genüge getan wird, dass klinische Stichproben so gut wie nie normalverteilt sind, sondern unsymmetrisch (schief) und gelegentlich sogar polymodal (mehrgipflig). Allerdings werden zur Analyse die gesamten Rohdaten benötigt, worauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren kaum verbreitet ist (Schauenburg und Strack, 1997).

### 3. Probleme bei der Erstellung von Meta-Analysen

Es gibt bei der Erstellung einer Meta-Analyse zahlreiche statistische und methodologische Probleme, weshalb immer wieder kritisiert wurde, dass die Zielsetzung einer Meta-Analyse gar nicht erfüllbar wäre. Bei Erstellung und Interpretation von Meta-Analysen, die den Beleg der Wirksamkeit eines Therapieverfahrens oder den Vergleich des Ausmaßes der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren zum Ziel haben, sollten bestimmte Probleme besonders beachtet werden:

1. Je nach methodologischer Orientierung werden mehr oder weniger Studien als methodisch adäquat integriert oder als inadäquat ausgeschlossen. Aspekte hierbei sind oft die Verwendung von Kontrollgruppen und randomisierte Zuteilung zu Untersuchungsbedingungen im Gegensatz zu quasi-experimentellen Designs. Eine weitere Unterscheidung ist die zwischen klinischen und Analogstudien.
2. Meta-Analysen, die die Berechnung von Effektstärken oder anderen Effektgrößen anstreben, können nur Studien integrieren, in denen entsprechende Daten mitgeteilt werden.
3. Unterschiede von Stichprobengrößen sollten bei der Integration beachtet und gegebenenfalls als Gewichte berücksichtigt werden, wofür es verschiedene Verfahren gibt.
4. Die Heterogenität bzw. die Homogenität von Stichproben beeinflusst die Höhe der Effektstärke: homogene Stichproben erzielen aufgrund kleinerer Standardabweichungen höhere Effektstärken.
5. Je spezifischer die Messinstrumente auf die Patienten-Stichproben und die Symptomatik zugeschnitten sind, desto höhere Effektstärken werden gemessen.

6. Die Schwere der Symptombelastung der Patienten vor der Therapie beeinflusst die Höhe der Effektstärke in der Weise, dass bei Stichproben mit schwerer belasteten Patienten höhere Effektstärken resultieren können. Bei extrem schwer belasteten Patienten, vor allem wenn diese vor der Therapie gezielt aus einer größeren Stichprobe ausgewählt wurden, kann zusätzlich der Effekt der Regression zur Mitte zum Tragen kommen.
7. Variablen sind unterschiedlich veränderungssensitiv (Lambert und Hill, 1994). Wenn in Studien nur veränderungssensitive Variablen gemessen, die z.B. nur die Hauptsymptomatik betreffen, werden höhere Effektstärken erzielt, als in Studien, in denen mehr und auch weniger veränderungssensitive Variablen gemessen werden. Dies hängt mit Befunden aus der Prozeßforschung zusammen, die zu einem Phasenmodell der Psychotherapie geführt haben (Howard et al., 1986, 1992; siehe auch Grawe, 1998, S.19f). Danach verändert sich in einer Therapie zuerst das allgemeine Wohlbefinden, dann die Symptomatik und schließlich auch die psychosoziale Anpassung und die Persönlichkeit. Je mehr in Studien also allgemeines Wohlbefinden und Symptomatik erfasst wird, desto höhere Effektstärken werden erzielt, je mehr auch Variablen der psychosoziale Anpassung und der Persönlichkeit erfaßt werden, desto niedrigere Effektstärken werden erzielt. In der Forschungspraxis wurden bislang kaum standardisierten Meßbatterien benutzt, obwohl es hierfür von der Society for Psychotherapy Research Empfehlungen gibt (Grawe und Braun, 1994, S. 244). Verschiedene Therapierichtungen fokussieren aber aufgrund ihrer theoretischen Ausrichtung unterschiedliche Aspekte der therapeutischen Veränderung und wählen daher verschiedene Meßinstrumente aus.

Bei der Erstellung von Meta-Analysen ist es dann kaum möglich, die unterschiedliche Veränderungssensitivität der Variablen bei der Integration der Daten zu gewichten, zumal die Veröffentlichungen zum Phasenmodell von Psychotherapie noch relativ neu sind und bislang zu wenig Beachtung gefunden haben. Grawe et al. (1994) lösten dieses Problem, indem für verschiedene Variablen und Veränderungsbereiche getrennte Signifikanztests berechnet wurden.

8. Studien werden oft in praxisfernen Settings wie an Universitäten durchgeführt und nicht immer von wenigstens durchschnittlich erfahrenen Therapeuten. Eine Kritik an der Meta-Analyse von Grawes et al. (1994) war daher, dass einige der Behandlungen in einbezogenen Studien zu tiefenpsychologischen bzw. psychodynamischen Therapien von nicht hinreichend qualifizierten Personen durchgeführt wurden (Tschuschke, 1997).
9. In der Recherche nach Studien für eine Meta-Analyse sollte Vollständigkeit angestrebt werden. Es sollen auch Studien integriert werden, deren Ergebnis nicht signifikant sind. Es ist aber fraglich, ob alle Studien, die nicht-signifikant waren, auch wirklich veröffentlicht wurden. Dadurch ist das Bild, das in einer Meta-

Analyse entsteht, bereits bei einer einfachen Box-Score-Methode verzerrt. Ein Versuch diese Problematik zu lösen stellt die Berechnung des *Fail-Save-N* (Rosenthal, 1979) dar. Hierbei wird bei einem vorliegenden positiven Ergebnis für die Wirksamkeit einer Therapiemethode berechnet, wieviele nicht-signifikante Studien unveröffentlicht existieren müssten, damit das Ergebnis im Sinne eines Fehlers 1. Art als nicht-signifikant gelten könnte.

10. Schließlich ist es sowohl was die Auswahl der benutzten Interventionen als auch was die behandelten Patientengruppen betrifft fraglich, ob hierbei die therapeutische Praxis wiedergespiegelt wird.

Eine Reihe dieser Probleme spielen bei der meta-analytischen Evaluation der Wirksamkeit von Hypnotherapie eine wichtige Rolle. In den folgend beschriebenen Meta-Analysen gereichen diese Probleme teilweise zum Nachteil, teilweise zum Vorteil bei der Darstellung der Hypnotherapie.

## **4. Methoden und Ergebnisse bereits durchgeführter Meta-Analysen**

### **4.1. Smith, Glass und Miller (1980): The Benefits of Psychotherapy**

In dieser bis dahin umfangreichsten Recherche wurden 475 Studien identifiziert. Diese Recherche war jedoch nicht vollständig, außerdem wurden Analogstudien und unveröffentlichte Dissertationen integriert. Erstmals wurden für jede Therapierichtung aus den jeweils recherchierten Studien Effektstärken berechnet (zur Kritik siehe Grawe et al., 1994, S.47ff). Die Anzahl der Studien zur Hypnotherapie geht aus der Veröffentlichung nicht klar hervor.

Die Effektstärke für Hypnotherapie fiel mit 1.82 sehr hoch aus. Die über alle Therapiemethoden gerechnete durchschnittliche Effektstärke betrug .85, d.h. die berechnete Effektstärke von Hypnotherapie war mehr als doppelt so hoch (Tabelle 1).

**Tabelle 1.** Effektstärken, die in der Meta-Analyse von Smith, Glass und Miller für verschiedene Therapierichtungen berechnet wurden. (übernommen aus Smith, Glass und Miller, 1980, S. 89)

<i>Type of therapy (arbitrary order)</i>	<i>Average effect size</i>
1. Psychodynamic therapy	.69
2. Dynamic-eclectic therapy	.89
3. Adlerian therapy	.62
4. Hypnotherapy	1.82
5. Client-centered therapy	.62
6. Gestalt therapy	.64
7. Rational-emotive therapy	.68
8. Other cognitive therapies	2.38
9. Transactional analysis	.67
10. Reality therapy	.14
11. Systematic desensitization	1.05
12. Implosion	.68
13. Behaviour modification	.73
14. Cognitive-behavioural therapy	1.13
15. Eclectic-behavioural therapy	.89
16. Vocational-personal development	.65
17. Undifferentiated counseling	.28
18. Placebo treatment	.56
Total	.85

#### **4.2. Grawe, Donati und Bernauer (1994): Psychotherapie im Wandel**

In diese Meta-Analyse wurden nur Studien mit Kontrollgruppen oder mit mindestens einer Vergleichs-Bedingungen anderer Therapieverfahren berücksichtigt. Die Zuteilung mußte randomisiert sein. Beispielsweise wurde die bekannte Menninger-Studie, die einzige Studie zur Langzeit-Psychoanalyse überhaupt, nicht integriert, da sie zwar zwei Therapiebedingungen, aber keine randomisierte Zuteilung der Patienten aufwies; ansonsten wurde das sorgfältige methodische Vorgehen in dieser Studie von Grawe et al. sehr gewürdigt (S.173ff).

Grawes Meta-Analyse beinhaltet zwei Abschnitte: In einen ersten Teil werden 897 Studien zu verschiedenen

Studie zur wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
Prof. Dr. Dirk Revenstorf  
Universität Tübingen  
Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

Therapierichtungen, die bis zu Jahreswende 1983/84 veröffentlicht waren, zusammengetragen und nach methodologischen Gesichtspunkten in ihrer Gütequalität auf einem Profil beurteilt. Studien zur Behandlung von Rauchen, Übergewicht, Bettnässen und geistiger Behinderung wurden nicht berücksichtigt. Die Wirksamkeit wurde mit einer differenzierten Box-Score-Technik dargestellt, in der die Ergebnisse für Hauptsymptomatik und mehrere andere Variablen und Veränderungsbereiche getrennt ausgezählt wurden. Auf eine Effektstärkenberechnung wurde hier im Gegensatz zu Smith, Glass und Miller (1980) aufgrund methodologischer Vorbehalte verzichtet.

In einem zweiten Teil wurden 41 Studien integriert die bis 1991 veröffentlicht wurden, in denen ein direkter Vergleich zwischen verschiedenen Therapiemethoden vorgenommen wurde. Hier wurde es als methodologisch gerechtfertigt angesehen Effektstärken für mehrere Therapierichtungen zu berechnen, da wenigstens innerhalb der einzelnen Studien die Behandlungsbedingungen, die randomisierten Patientenstichproben und vor allem die gemessenen Variablen konstant waren.

Viel zu wenig Beachtung gefunden hat eine Kosten-Nutzen-Analyse von Baltensperger (1993), die bei Grawe et al. in der Diskussion der Ergebnisse der Meta-Analyse ausführlich dargestellt wird (S.678ff). Der gesellschaftliche Nutzen von Psychotherapie wird hier am Beispiel Schweiz sehr deutlich.

Bezüglich Hypnotherapie wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie eingesetzt wurde, also keine Kombination mit anderen Verfahren wie Kognitiv-Behavioraler-Therapie. Insgesamt wurden 19 Studien identifiziert. Das methodologische Güteprofil wurde mit z-Werten von -0.2 bis +0.5 als durchschnittlich bewertet. Es wurden fast nur Studien gefunden, in denen Hypnotherapie mit Kontrollgruppen oder anderen Entspannungsverfahren verglichen wurde (Tabelle 2 und 3), fast keine Studien zum Vergleich mit anderen Therapieverfahren (Tabelle 4). Daher wird Hypnotherapie nur im ersten Teil der Meta-Analyse angeführt, wobei 16 von 19 Studien signifikant waren. Im zweiten Teil mit den direkten Therapievergleichen konnte Hypnotherapie nicht berücksichtigt werden, womit auch keine Effektstärke für Hypnotherapie berechnet wurde.

Studie zur wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
 Prof. Dr. Dirk Revenstorf  
 Universität Tübingen  
 Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

**Tabelle 2.** Wirkungsbereich von Hypnotherapie. Prä-Post-Vergleiche in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al., 1994, S. 635).

Veränderungs- bereiche	Globale Erfolgsbe- urteilung	Hauptsymptomatik		Sonstige Befind- lichkeits- masse	Persön- lichkeits- oder Fä- higkeits- bereich	Zwischen- mensch- licher Bereich	Freizeit	Arbeit	Sexualität	Psycho- physiolo- gische Masse	Anzahl Bedin- gungen
		individuell definiert	für alle Patienten gleich								
<b>Bedingungen</b>											
Total	-	-	13/17	2/5	0/3	1/2	0/1	0/1	0/1	2/5	19
Einzel	-	-	12/16	2/4	0/2	1/2	0/1	0/1	0/1	2/5	17
Gruppe	-	-	1/1	0/1	0/1	-	-	-	-	-	2
ambulant	-	-	13/17	1/4	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	2/5	17
stationär	-	-	-	1/1	0/2	1/1	-	-	-	-	2
Drogen- und Alko- holabhängigkeit	-	-	-	1/1	0/2	1/1	-	-	-	-	2
Angst	-	-	2/4	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/2	4
Schmerzen	-	-	6/7	-	-	-	-	-	-	0/1	7
Psychosomatische Störungen	-	-	3/3	-	-	-	-	-	-	2/2	3
Schlafstörungen	-	-	2/3	1/3	-	-	-	-	-	-	3

Die Zahl hinter dem Strich (Nenner) gibt die Anzahl Behandlungsbedingungen an, in denen im betreffenden Bereich Masse erhoben und berechnet worden sind. Die Zahl vor dem Strich (Zähler) gibt die Anzahl Behandlungsbedingungen an, in denen sich signifikante positive oder negative (-) Veränderungen gezeigt haben. 0 bedeutet keine signifikanten Veränderungen.

**Tabelle 3.** Wirkungsbereich von Hypnotherapie. Kontrollgruppen-Vergleiche in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al., 1994, S. 635). Legende siehe Tabelle 2.

Veränderungs- bereiche	Globale Erfolgsbe- urteilung	Hauptsymptomatik		Sonstige Befind- lichkeits- masse	Persön- lichkeits- oder Fä- higkeits- bereich	Zwischen- mensch- licher Bereich	Freizeit	Arbeit	Sexualität	Psycho- physiolo- gische Masse	Anzahl Bedin- gungen
		individuell definiert	für alle Patienten gleich								
<b>Bedingungen</b>											
Total	-	-	6/8	0/2	0/2	-	-	-	-	1/2	9
Einzel	-	-	5/7	0/1	0/1	-	-	-	-	1/2	7
Gruppe	-	-	1/1	0/1	0/1	-	-	-	-	-	2
ambulant	-	-	5/6	0/2	0/1	-	-	-	-	1/1	6
stationär	-	-	1/2	-	0/1	-	-	-	-	0/1	3
Alkohol-abhängigkeit	-	-	0/1	-	0/1	-	-	-	-	-	2
Schmerzen	-	-	4/5	0/1	0/1	-	-	-	-	-	5
Hypertonie	-	-	1/1	-	-	-	-	-	-	1/1	1
Einschlafstörungen	-	-	1/1	0/1	-	-	-	-	-	-	1

**Tabelle 4.** Wirkungsvergleiche zwischen Hypnotherapie und Therapien anderer Richtungen in 10 Veränderungsbereichen (aus Grawe et. al., 1994, S. 636).

Veränderungs- bereiche	Globale Erfolgsbe- urteilung	Hauptsymptomatik		Sonstige Befind- lichkeits- masse	Persön- lichkeits- oder Fä- higkeits- bereich	Zwischen- mensch- licher Bereich	Freizeit	Arbeit	Sexualität	Psycho- physiolo- gische Masse	Anzahl Vergleiche
		individuell definiert	für alle Patienten gleich								
Hypnose vs. Verhaltenstherapie	-	-	0/1	0/1	0/2	0/1	0/1	0/1	0/1	-	2
Hypnose vs. medikamentöse Therapien	+1/1	-	+1/1	0/1	-1/2	0/1	-	-	-	-	3
Hypnose vs. unspezifische Therapien	-	-	0/1	0/2	0/2	0/1	-	-	-	-	2
Hypnose vs Kombination medi- kamentöse und Psychotherapie	-	-	-	+1,-1/1	0/1	0/1	-	-	-	-	1
Hypnose vs. versch. Entspan- nungsverfahren	+1/1	-	0/8	-	-	-	-	-	-	0/4	8

Die Zahl hinter dem Strich (Nenner) gibt die Anzahl der berechneten Vergleiche an. Die Zahl vor dem Strich (Zähler) zeigt das Ergebnis des Vergleichs; + bedeutet signifikante Überlegenheit, - signifikante Unterlegenheit der erstgenannten Bedingung, 0 bedeutet keine signifikanten Unterschiede.

Grawe kommt zu folgender Bewertung von Hypnotherapie: “Insgesamt wurde für die Hypnose ... eine gute Wirksamkeit festgestellt. Dies gilt besonders für die Behandlung von Schmerzen, psychosomatischen Störungen und Schlafstörungen.“ (S. 634) ... “Sie kann grundsätzlich von Therapeuten ganz verschiedener Orientierung im Rahmen umfassenderer Behandlungspläne eingesetzt werden und sollte daher zum methodischen Rüstzeug möglichst vieler Psychotherapeuten zählen. Ihre gute Wirksamkeit zur Besserung bestimmter Symptome lässt es gerechtfertigt und wünschenswert erscheinen, dass sie in der psychotherapeutischen Alltagspraxis häufiger angewendet wird, als es gegenwärtig geschieht.“ (S.636f)

### 4.3. Revenstorf und Prudlo (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose

Dieser Artikel mit der darin enthaltenen Meta-Analyse wurde als Gutachten für die Milton Erickson Gesellschaft Austria (MEGA) erstellt.

Es wurden Studien mit Kontrollgruppe und / oder Vergleichs-Bedingung einbezogen. Es wurden nur Studien berücksichtigt in denen reine Hypnotherapie, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren, untersucht wurde. Es gab keine Einschränkungen bezüglich der Anwendungsbereiche, daher wurden auch Studien wie z.B. zur Geburtshilfe berücksichtigt. Analogstudien wurden ebenfalls berücksichtigt. Effektstärken wurden nicht berechnet, sondern lediglich der Anteil der signifikanten von den gefundenen

Studie zur wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
 Prof. Dr. Dirk Revenstorf  
 Universität Tübingen  
 Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

Studien angegeben. Es wurden 77 Studien in 17 Anwendungsbereichen identifiziert, von denen insgesamt 67 signifikante Ergebnisse zeigten (Tabelle 5).

**Tabelle 5.** Zusammenstellung von 77 empirischen Studien zur Effektivität von Hypnotherapie (aus Revenstorf und Prudlo (1994), S.210).

<i>Störung</i>	<i>Prä-Post-Vergleich</i>	<i>Kontrollgruppen-Vergleich</i>	<i>Anzahl der Studien</i>
1. Chirurgie		1/1	1
2. Hochdruck	1/2	1/1	3
3. Asthma	1/2	1/1	3
4. Krebs (Überlebenszeit)	(Überlebenszeit)	1/1	1
5. Warzen	31% Verbesserung		7
6. Colon irritabile		1/1	1
7. Übelkeit (Krebs)	3/3		3
8. Kopfschmerzen	6/6	1/1	7
9. Krebs-Schmerz	6/6		6
10. Chronischer Schmerz		2/2	2
11. Angst	3/4	5/6	10
12. Schlafstörung	2/2	1/1	3
13. Enuresis		1/1	1
14. Sucht	1/3		3
15. Adipositas	4/4		4
16. Rauchen	34% Abstinenz		21
17. Geburtshilfe		1/1	1
Insgesamt	27/32	16/17	77

#### 4.4. Romminger (1995): Meta-Analyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose<sup>2</sup>

In dieser Meta-Analyse wurden ausschließlich Studien mit Kontrollgruppe berücksichtigt, in denen die methodische Qualität sowie die mitgeteilten Daten ausreichten, um sie zur Berechnung von Effektgrößen statistisch zu integrieren. Studien, in denen keine Kontrollgruppe, aber eine Vergleichsbedingung gegeben war wurden nicht integriert. Es wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie eingesetzt wurde, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren. Es wurden 36 Studien identifiziert, aus denen eine Effektstärke von .83 errechnet wurde. Dies entspricht einem Punkt-Biserialen Korrelationskoeffizienten von .38. Daraus wurde das Verhältnis der Verbesserung von behandelten zu unbehandelten Patienten abgeschätzt (Binominal Effect Size Display nach Rosenthal (1982)), welches bei 69% zu 31% liegt. Für drei Bereiche lagen hinreichend viele Studien vor, so daß für sie gesonderte Effektstärken berechnet wurden. Diese lagen für Rauchen bei .89, für Angst bei .95 und für Schmerz bei .54 (Tabelle 6).

**Tabelle 6.** Meta-Analyse zur Hypnotherapie (aus Revenstorf, 1997, S. 11).

<i>Störung</i>	<i>Effektstärke</i>	<i>Punkt-Biserialer Korrelation</i>	<i>Verbesserung Unbe-handelte / Behandelte</i>
homogene Studien	.68	.32	34/66%
Rauchen	.89	.40	30/70%
Angst	.95	.44	29/71%
Schmerz	.54	.26	37/63%
alle Studien	.83	.38	31/69%

#### 4.5. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000): Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention

In diesem Themenheft befinden sich Übersichtsarbeiten zu ausgewählten Anwendungsbereichen (Schmerzkontrolle, verschiedene medizinische Anwendungen, PTSD, Rauchen, Kinder) und ein Review über Kombination von Hypnose und Kognitive Verhaltenstherapie. Alle Übersichtsarbeiten beziehen sich ausdrücklich auf die APA-Kriterien (Chambless und Hollon, 1998), die bei der Beurteilung der methodischen

---

<sup>2</sup> Diplomarbeit, Ergebnisse veröffentlicht in: Revenstorf (1997): Klinische Hypnose – Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie

Qualität der recherchierten Studien konsequent angelegt werden. Es werden aber auch nicht-kontrollierte Studien wie Fallberichte zumindest genannt. Aufgrund dieser strengen Kriterien wird durchweg festgestellt, dass es wesentlich mehr systematischer Forschung bedarf. Dennoch wird für die Bereiche Schmerzkontrolle, verschiedene medizinische Anwendungen und Rauchen eine gute empirische Basis der Wirksamkeit festgestellt, für PTSD hingegen scheint bis auf eine Studie eine systematische Forschung fast vollständig zu fehlen – obwohl Hypnose hier traditionsgemäß intensiv verwendet wird. Sehr deutlich sind die Belege dafür, dass Kognitive Verhaltenstherapie kombiniert mit Hypnotherapie wesentlich wirksamer ist, was sich z.B. bei Angststörungen und Übergewicht zeigt.

Bei der Übersichtsarbeit zur Behandlung von Schmerzen handelt es sich um eine eigenständige Meta-Analyse (Montgomery, 2000). Anhand von 18 Studien wurde eine nach Stichprobengröße gewichtete Effektstärke (nach Hunter und Schmidt, 1990) von .74 errechnet.

Die Übersichtsarbeiten erheben bei den Literatur-Recherchen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, außerdem sind die Anwendungsbereiche, die in diesem Themenheft abgedeckt sind, sehr selektiv.

#### **4.6. Bongartz, Flammer und Schwonke (in Vorbereitung): Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie**

Diese Meta-Analyse baut auf die oben angeführten Arbeiten von Revenstorf, Prudlo und Romminger auf. Es wurden alle Studien mit Kontrollgruppe und / oder einer Vergleichs-Bedingung berücksichtigt, wenn aufgrund der mitgeteilten Daten eine statistische Integrierbarkeit zur Berechnung von Effektstärken möglich war. Es wurden nur Studien berücksichtigt, in denen reine Hypnotherapie angewendet wurde, also nicht in Kombination mit anderen Verfahren. Es wurden nur klinische Studien aufgenommen, keine Analogstudien.

Aus insgesamt 43 Studien wurde eine Effektstärke von .51 errechnet, was einer Korrelation von .24 und einem Binominal Effect Size Display von 62% zu 38% entspricht. Ferner wurde eine Fail-Safe-N von 165, 81 errechnet, d.h. es müßten über 165 Studien mit nicht-signifikantem Ergebnis unveröffentlicht sein, damit das Gesamtergebnis dieser Meta-Analyse falsch im Sinne eines Fehlers der 1. Art wäre.

Gesondert konnte für die 19 Studien, in denen Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen eingesetzt wurde, eine Effektstärke von .38 errechnet werden sowie für die 24 Studien, in denen Störungen aus dem ICD-10 Kapitel F (Psychische und Verhaltensstörungen) behandelt wurden, eine Effektstärke von .60.

Erstmalig wurde der Versuch unternommen, die angewendeten hypnotherapeutischen Techniken zu kategorisieren und nach klassischer und moderner Hypnose zu unterscheiden, wobei 74% der Studien eher klassischen Methoden zugeordnet wurden.

Zusätzlich wurde anhand einer erweiterten Stichprobe von insgesamt 89 Studien, die die nötigen statistischen Angaben mitteilten, untersucht, inwieweit die Höhe von Effektstärken auf das Studiendesign zurückzuführen ist. Die Faktoren randomisiert vs. nicht-randomisiert und Kontrollgruppen- vs. Prä-Post-Vergleich wurden varianzanalytisch untersucht. Nicht-randomisierte Prä-Post-Vergleiche erzielten hierbei höhere Effektstärken als randomisierte Kontrollgruppen-Vergleiche. Dieser Befund ist konsistent mit den eingangs formulierten methodologischen Vorbemerkungen: der Prä-Post-Vergleich erfasst sowohl spezifische wie unspezifische, der Kontrollgruppenvergleich im günstigen Fall lediglich die spezifischen Effekte.

#### **4.7. Weitere Veröffentlichungen**

Wadden und Anderton (1982) belegen anhand von 17 klinischen Studien eine gute Wirksamkeit von Hypnotherapie bei Schmerzen, Asthma und Warzen, berechnen jedoch keine Effektstärken.

Kirsch et al. (1995) erstellten eine Meta-Analyse über 18 Studien zum Vergleich von Kognitiver Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnotherapie. Die Unterschiede zwischen den Behandlungsbedingungen waren nach Angaben der Autoren nur gering. 70% der Patienten, die zusätzlich Hypnotherapie erhielten, ging es besser als den Patienten, die lediglich mit Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden. Dieses Resultat war besonders deutlich in der Behandlung von Übergewicht und wurde in Langzeit-Katamnesen sogar noch deutlicher.

Kirsch (1996) konnte diesen Befund in einer weiteren Meta-Analyse, die ausschließlich der Behandlung von Übergewicht durch Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnotherapie gewidmet war, verdeutlichen.

Kluft (1999) legt eine Kosten-Nutzen-Analyse von Psychotherapie bei Dissoziativer Identitätsstörung vor. Kontrollierte klinische Studien existieren nicht, Kluft nennt lediglich zwei Follow-Up-Studien (Coons, 1986 und Kluft 1994). In der Therapie dieser Patienten ist Hypnose eine elementare Methode, Watkins und Watkins (1993) haben mit den Konzepten der Ego-State-Therapy hierfür entsprechende Grundlagen gelegt

(Kluft, 1999, S.308).<sup>3</sup>

## 5. Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie

Die Ergebnisse unserer Recherche werden nach den Anwendungsbereichen und Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie sortiert und ausgewertet, um festzustellen, inwieweit die Wirksamkeit von Hypnotherapie empirisch belegt ist. Da die genauen Formulierungen und Details relevant sind, werden größere Teile der Originaltexte folgend zitiert:

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie definierte zunächst die “Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Erwachsenen“ sowie die Anzahl der erforderlichen Wirksamkeitsnachweise ([www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de), ohne Datumsangabe):

1. “Da die Gesamtzahl aller Störungsbilder im Indikationsbereich der Psychotherapie zu groß ist, um jeweils Einzelnachweise zu verlangen, kann nicht auf der Ebene einzelner Störungen über die wissenschaftliche Anerkennung entschieden werden. Es muß eine Kategorisierung in größere Klassen von Störungen erfolgen, wobei sinnvollerweise neben der möglichen nosologischen und phänomenologischen Nähe auch die Häufigkeit in der Allgemeinbevölkerung, ihr Vorkommen in der psychotherapeutischen Praxis und ihre Bedeutung als Gegenstand der Psychotherapieforschung berücksichtigt werden sollten. Eine vollständige Gleichwertigkeit der Klassen kann dabei nicht erreicht werden. Auf dieser Basis hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie die folgende Zusammenfassung der *wesentlichen Anwendungsbereiche von Psychotherapie* in Anlehnung an den ICD-10-Schlüssel erstellt. Sie sind nicht als Alternative zu geltenden Diagnoseschlüsseln wie der ICD-10 oder zu nosologischen Klassifikation zu verstehen, die anderen, sehr viel weiteren Aufgabenstellungen dienen.“
2. “Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist.“
3. Hierzu wird ergänzt: “Die Anzahl von drei erforderlichen Studien für einen einzelnen

---

<sup>3</sup> Im Bereich Kosten-Nutzen-Analysen und Qualitätssicherung bei Hypnotherapie wurde unsererseits bislang kaum recherchiert, es werden wahrscheinlich weitere Veröffentlichungen existieren.

Anwendungsbereich kann teilweise reduziert werden, wenn – in der Regel ältere – methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien ohne Angabe eines spezifischen Störungsbereichs oder mit mehreren klar definierten Störungsgruppen vorliegen. Dies gilt allerdings nur für die Anwendungsbereiche 1 bis 8 der aufgeführten Liste. Liegen in der Regel mindestens 8 solche allgemeinen, ansonsten methodisch adäquate Studien vor, kann die Wirksamkeit für einen Anwendungsbereich aus dieser Gruppe bereits dann als hinreichend nachgewiesen gelten, wenn lediglich zwei für diesen Anwendungsbereich spezifische Studien vorliegen. Die Wirksamkeit für die Anwendungsbereiche 9 bis 12 der Anwendungsbereichsliste kann lediglich durch spezielle Wirksamkeitsnachweise im Sinne von 1. nachgewiesen werden.“

4. “Nur solche Therapieverfahren, die für mindestens fünf Anwendungsbereiche der Psychotherapie (1 bis 12 der Anwendungsbereichsliste) oder mindestens vier der "klassischen" Anwendungsbereiche (1 bis 8) als *wissenschaftlich anerkannt* gelten können, sollen als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum *Psychologischen Psychotherapeuten* entsprechend § 1 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten zugelassen werden.“
5. “Therapieverfahren, die für eine geringere Anzahl von Anwendungsbereichen ... als wissenschaftlich anerkannt gelten können, können im Rahmen der vertieften Ausbildung als *Zusatzverfahren* gelehrt werden.“

Die an das ICD-10 angelehnten Anwendungsbereiche sind:

- |  |  |
|--|--|
| <b>1. Affektive Störungen (F 3)</b>                            | <b>6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)</b>                    |
| <b>2. Angststörungen</b>                                       | nicht-organische Schlafstörungen (F 51)  |
| phobische Störungen (F 40)                                     | nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52)   |
| andere Angststörungen (F 41)                                   |  |
| Zwangsstörungen (F 42)   | <b>7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)</b>                                   |
| <b>3. Belastungsstörungen (F 43)</b>                           | <b>8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)</b>                               |
| Belastungsreaktionen   | Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62)   |
| posttraumatische Belastungsstörungen                           | Verhaltensstörungen (F 63 – 69)  |
| Anpassungsstörungen  | <b>9. Abhängigkeiten und Mißbrauch (F 1, F 55)</b>   |
| <b>4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen</b> | <b>10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F 2)</b>                                       |
| dissoziative Störungen (F 44)                                  | <b>11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7)</b> |
| somatoforme Störungen (F 45)                                   | <b>12. Hirnorganische Störungen</b>  |
| Neurasthenie (F 48)  |  |
| <b>5. Eßstörungen (F 50)</b>                                   |  |

Diese 12 Anwendungsbereiche sind an das ICD-10 lediglich *angelehnt*. Das bedeutet z.B., dass Studien zur Behandlung von Übergewicht von uns im Anwendungsbereich Eßstörungen angeführt werden. Übergewicht wurde bei der Konzeption des ICD-10 aus dem Kapitel F herausgelassen, da die Rolle psychologischer Faktoren bei der Entstehung von Übergewicht nicht genügend geklärt erschien. Da es aber offensichtlich psychotherapeutisch beeinflussbar ist, scheint der Anwendungsbereich Eßstörungen die sinnvollste Zuordnungskategorie.

Ein für Hypnotherapie ebenfalls relevanter Anwendungsbereich ist F 54 Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten. Hier werden die Studien zu den verschiedenen medizinischen Anwendungen von Hypnose zugeordnet. Etwas uneindeutig ist das teilweise bei Studien, in denen Angstsymptomatiken behandelt werden wie Angst vor dem Zahnarzt oder vor Operationen. Diese werden als spezifische Phobien dem Anwendungsbereich Angststörungen zugeordnet. Ängstlichkeit und Lebensqualität nach Operationen hingegen werden hier eingeordnet. Behandlung von Warzen wird ebenfalls hier eingeordnet. Chronische Schmerzen werden als somatoforme Störung im Anwendungsbereich 4 eingeordnet, während akute Schmerzen (z.B. in der Geburtshilfe oder bei chirurgischen Eingriffen) ebenfalls hier unter F 54 eingeordnet werden.

Klassische psychosomatische Krankheiten wie Asthma, Bluthochdruck und Neurodermitis werden im ICD-10 nicht explizit unter den somatoformen Störungen genannt, wo wir sie aber trotzdem zuordnen. Ansonsten hätte man sie ebenfalls unter F 54 Anpassungsstörungen bei somatischen Krankheiten zuordnen können.

Weiterhin formulierte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie "Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie" ([www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de), 8.6.2000):

1. Die Stichprobe muss hinreichend beschrieben sein.
2. Es muss ein klinisch relevantes Outcome-Kriterium genannt werden, das mit reliablen Methoden feststellbar ist, z. B. Syndromskalen.
3. Es muss ein klinisch relevantes Indikationskriterium genannt werden. Dies kann eine Diagnose sein (z. B. Generalisierte Angsterkrankung), es kann aber auch ein Zielsyndrom sein (z. B. Neglect oder Schlafstörung), sofern plausibel gemacht werden kann, dass die Veränderung eines solchen Zielkriteriums bei der Behandlung einer krankheitswertigen Störung bedeutsam sein kann.
4. Es muß eine Kontrollbedingung gegeben sein, die im Vergleich zur Intervention erlaubt abzuschätzen, wie über die Zeit hin der Spontanverlauf oder der Verlauf unter einer anderen Therapie gewesen wäre.
5. Es muß nachvollziehbar gemacht werden, worin die therapeutische Intervention und der therapeutische Prozeß bestand.

6. Aussagen zur Stabilität des Behandlungserfolges (Katamnese) sind wünschenswert.“

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie besteht im Unterschied zu den meisten der oben angeführten Meta-Analysen nicht auf einer Vollständigkeit der Recherche. Es wird nicht gefordert, dass Studien mit nicht-signifikantem Ergebnis angegeben werden, es sollen lediglich eine bestimmte Anzahl von Studien mit signifikantem Ergebnis pro Anwendungsbereich angeführt werden, um eine Wirksamkeit zu belegen. Ein solches Vorgehen kann man auch als *Verifikation* bezeichnen.

Es können nicht nur klinische Studien, sondern auch Analogstudien angeführt werden.<sup>4</sup> Ansonsten können außer Studien mit Kontrollgruppe und Studien mit einer Vergleichsbedingung wie Entspannungsverfahren auch Studien über den Vergleich von anderen Therapierichtungen wie Kognitiver Verhaltenstherapie mit und ohne Kombination mit Hypnotherapie angeführt werden.

Es wird auch nicht auf die Berechnung von Effektstärken oder anderen Maßen bestanden, obwohl die Anführung von Meta-Analysen möglich ist. Ebenfalls möglich ist die Angabe von Kosten-Nutzen-Analysen sowie von kontrollierten Einzelfallstudien ([www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de), Leitfaden für die Erstellung von Gutachten-Anträgen zu Psychotherapieverfahren, 22.9.1999).

Insgesamt ähneln die Kriterien des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie denen der American Psychological Association (Chambless und Hollon, 1998). Da diese für uns nicht verbindlich sind, gehen wir zunächst nicht näher auf sie ein.

## **6. Empirische Befunde zur Effektivität von Hypnotherapie geordnet nach den “12 wesentlichen Anwendungsbereichen von Psychotherapie bei Erwachsenen“**

Zunächst haben wir die Studien, die in die oben angeführten Meta-Analysen integriert wurden, gesichtet und soweit möglich den 12 Anwendungsbereichen des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zugeordnet (Tabelle 7). Wir haben nur die Studien gezählt, die positive Ergebnisse erbrachten und die den methodologischen Mindestanforderungen für Wirksamkeitsnachweisen entsprechen, daher entspricht die Summe der Studien pro Spalte nicht der der Anzahl der Studien, die in den Meta-Analysen insgesamt

---

<sup>4</sup>Prof. Margraf, März 2000, persönliche Mitteilung an Prof. Revenstorf

integriert sind.

Aufgrund der verschiedenen Inklusionskriterien der Meta-Analysen stellen die früher erstellten Recherchen mit einer kleineren Anzahl von Studien nicht automatisch Teilmengen der später erstellten umfangreicheren Recherchen dar, es ergeben sich lediglich Schnittmengen. Unsere Recherche versucht alle bislang identifizierten Studien zusammenzufassen und durch weitere, aktuellere oder bislang nicht integrierte Studien zu ergänzen.

Für die Meta-Analyse von Smith, Glass und Miller (1980) war diese Zuordnung nicht möglich, da hierzu die Quellenangaben nicht eindeutig sind. Für das Themenheft des International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000) ist diese Zuordnung unvollständig, da bei einem Teil der in den Übersichtsarbeiten angegebenen Studien wichtige Informationen z.B. zum Design fehlen.

Abschließend wird diese Zusammenfassung und der aktuelle Stand unserer Recherche für die einzelnen Anwendungsbereiche kommentiert. Tabelle 8 gibt einen Überblick über die einzelnen Anwendungsbereiche weiter nach Diagnosen aufgeschlüsselt, soweit diese in den Studien angegeben sind.

Wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
 Revenstorff, Schauer & Flammer:  
 Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

**Tabelle 7.** Wirksamkeitsnachweise von Hypnotherapie verschiedener Recherchen geordnet nach wesentlichen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen.

Anwendungsbereiche	Recherchen					
	WAK Stand Sept. 2001 167 Studien	IJCEH April 2000 Reviews	Bongartz, Flammer 2001 43 Studien	Romminger 1995 36 Studien	Revenstorff, Prudlo 1994 77 Studien	Grawe et al. 1994 19 Studien
	Anzahl der Studien					
<b>1. Affektive Störungen (F 3)</b>						
<b>2. Angststörungen</b> phobische Störungen (F 40) andere Angststörungen (F41) Zwangsstörungen (F 42)	20	HT+VT: 2	8	6	8	2
<b>3. Belastungsstörungen (F 43)</b> Belastungsreaktionen posttraumatische Belastungsstörungen Anpassungsstörungen	1	1 (+1 in press) (1 MA*)				
<b>4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen , dissoziative Störungen (F 44)</b> somatoforme Störungen (F 45) Neurasthenie (F 48)	33	z.T Studien in AB 7	9		12	4
<b>5. Eßstörungen (F 50)</b>	8 1 MA	HT+VT: 5 Adipositas 1 MA 1 Bulimie			4	
<b>6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)</b> nicht-organische Schlafstörungen (F 51) nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F 52)	10				4	2
<b>7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)</b>	66	1 Rv (med.) 1 MA (Schmerz)	21	14	21	6
<b>8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)</b> Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) Verhaltensstörungen (F 63 – 69)						
<b>9. Abhängigkeiten und Mißbrauch (F 1, F 55)</b>	28	3-16 HT+VT: 5	5	4	21	1
<b>10. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)</b>						
<b>11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7)</b>	1 (Kinder)					
<b>12. Hirnorganische Störungen</b>						

MA bedeutet Meta-Analyse, AB bedeutet Anwendungsbereich, Rv bedeutet Review bzw. Übersichtsarbeit  
 \* MA über Therapiemethoden von PTSD allgemein

Wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
Revenstorf, Schauer & Flammer:  
Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

**Tabelle 8:** Überblick über die Wirksamkeitsnachweise von Hypnotherapie in den einzelnen Anwendungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen aufgeschlüsselt nach Diagnosen, soweit in den Studien angegeben.

Anwendungsbereiche	Anzahl der Studien und Diagnosen	
<b>1. Affektive Störungen (F 3)</b>		
<b>2. Angststörungen</b> phobische Störungen (F 40) andere Angststörungen (F41) Zwangsstörungen (F 42)	20	2 Schlangenphobie 3 Angst vor zahnärztlicher Behandlung 7 Prüfungsangst (Analogstudien) 7 HT+VT 3 Selbst-Hypnose-Training
<b>3. Belastungsstörungen (F 43)</b> Belastungsreaktionen posttraumatische Belastungsstörungen Anpassungsstörungen	1	1 Vergleich HT / KVT 1 Studie in press. MA Sherman (1998) Therapiemethoden bei PTSD allgemein: Vorteil von HT evtl. erst in Katamnesen deutlich
<b>4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen</b> dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) Neurasthenie (F 48)	33	5 Migräne 10 andere Kopfschmerzen 5 andere chronische Schmerzen 4 Asthma 3 Bluthochdruck 4 Colon irritabile 1 Prävention der Neubildung von Darmgeschwüren 1 Neurodermitis bei Kindern MA Montgomery (2000) 18 Studien (Schmerzen): ES = .74 [AB 4&7] MA Grawe et al. (1994) 6 Studien (Schmerzen): gute Wirksamkeit [AB 4&7] MA Grawe et al. (1994) 4 Studien (somatoforme Störungen.): gute Wirksamkeit
<b>5. Eßstörungen (F 50)</b>	8	1 Bulimie HT+VT 7 Adipositas davon 5 HT+VT MA Kirsch (1996) HT+VT vs. VT: Überlegenheit in Katamnesen noch deutlicher
<b>6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)</b> nicht-organische Schlafstörungen (F 51) nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F 52)	10	5 Schlafstörungen 1 Schlafwandeln 1 Bruxismus 1 sexuelle Dysfunktionen bei Männern 2 Enuresis (Kinder und Jugendliche) MA Grawe et al. (1994) 2 Studien: gute Wirksamkeit
<b>7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)</b>	66	Anästhesie und Entspannung bei chirurgischen Eingriffen und radiologischen Untersuchungen Verbesserung des Heilungsprozesses und der Befindlichkeit nach chirurgischen Eingriffen Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebs Reduktion von Übelkeit und Übergeben bei Chemotherapie Schmerzen bei Krebserkrankung Geburtsvorbereitung Schmerzen vor und bei der Geburt Beschleunigung des Heilungsprozesses bei Verbrennungen und Knochenbrüchen Warzen Tinnitus andere spezielle Krankheitsbilder MA Bongartz, Flammer und Schwonke (2002) 19 Studien (Unterstützung medizinischer Maßnahmen): ES = .38 MA Montgomery (2000) 18 Studien (Schmerzen): ES = .74 [AB 4&7] MA Grawe et al. (1994) 6 Studien (Schmerzen): gute Wirksamkeit [AB 4&7]
<b>8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)</b> Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) Verhaltensstörungen (F 63 – 69)		
<b>9. Abhängigkeiten und Mißbrauch (F 1, F 55)</b>	28	1 Methadon-Patienten: Rückfall-Prävention 26 Raucherentwöhnung 5 davon HT+VT vs. VT
<b>10. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)</b>		
<b>11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7)</b>	1	1 lernbehinderte Kinder: HT in Gruppen, Selbsthypnosetraining
<b>12. Hirnorganische Störungen</b>		

MA bedeutet Meta-Analyse, AB bedeutet Anwendungsbereich

### **Anwendungsbereich 1. Affektive Störungen (F 3)**

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor.

### **Anwendungsbereich 2. Angststörungen**

Dieser Anwendungsbereich umfasst phobische Störungen (F 40), andere Angststörungen (F 41) sowie Zwangsstörungen (F 42). In diesem Anwendungsbereich liegen 20 Studien zur Behandlung von Phobien und Angststörungen vor. Davon sind 2 Studien über Schlangenphobie, 3 Studien über Angst vor zahnärztlicher Behandlung und 7 Studien über Prüfungsangst. Bei letzteren handelt es sich nicht um klinische, sondern um Analogstudien mit Studenten. In 7 Studien wurde Hypnotherapie explizit mit verhaltenstherapeutischen Techniken kombiniert, in 3 Studien fand ein Selbst-Hypnose-Training statt.

### **Anwendungsbereich 3. Belastungsstörungen (F 43)**

Dieser Anwendungsbereich umfasst Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen. In diesem Anwendungsbereich liegt nur 1 kontrollierte Studie vor, in der die Wirksamkeit von Hypnotherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie verglichen wurde (Brom et al., 1989). Es zeigten sich keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede, beide Behandlungen waren aber im Vergleich zu einer Kontrollgruppe wirksam. In einer Meta-Analyse zur Behandlung von PTSD wurde die Vermutung geäußert, dass der Vorteil von Hypnotherapie erst in Katamnesen deutlich wird (Sherman, 1998). Eine weitere Studie ist in Vorbereitung (Classen et al., in press; laut Cardena, 2000).

### **Anwendungsbereich 4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen**

Dieser Anwendungsbereich umfasst dissoziative Störungen (F 44) somatoforme Störungen (F 45) und Neurasthenie (F 48). Von den insgesamt 33 Studien sind: 5 über die Behandlung von Migräne, 10 über andere Kopfschmerzen, 5 über andere chronische Schmerzen, 4 über Asthma, 3 über Bluthochdruck, 4 über Colon irritabile, 1 über Prävention der Neubildung von Darmgeschwüren und 1 Studie über Neurodermitis bei Kindern. Grawe et al. (1994) stellten anhand von 4 Studien für diesen Anwendungsbereich bereits eine gute Wirksamkeit fest, welche inzwischen weiter belegt ist.

### **Anwendungsbereich 5. Eßstörungen (F 50)**

Dieser Anwendungsbereich umfaßt zunächst Anorexie und Bulimie, wir ordnen hier aber auch Adipositas zu. Insgesamt liegen 8 Studien vor. Es liegt nur eine Studie über die Behandlung von Bulimie vor (Griffiths et al., 1994). In dieser Studie wurde Hypnotherapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert. Die restliche

Studien sind über die Begandlung von Adipositas, davon 5 über die Kombination von Hypnotherapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie. Die Überlegenheit von kombinierter Behandlung wird in Katamnesen noch deutlicher als bei Behandlungsende, was in zwei Meta-Analysen (Kirsch et al., 1995; Kirsch 1996), davon eine speziell zu Adipositas, weiter untermauert wurde.

#### **Anwendungsbereich 6. Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)**

Dieser Anwendungsbereich umfasst nicht-organische Schlafstörungen (F 51) und nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (F52). In diesem Anwendungsbereich liegen insgesamt 10 Studien vor. Davon sind: 5 Studien über Schlafstörungen, 1 Studie über Schlafwandeln (Reid et al., 1981), 1 Studie über Bruxismus (Clarke und Reynolds, 1991), 1 Studie über sexuelle Dysfunktionen bei Männern (Aydin et al., 1997) und 2 über Enuresis. Letztere können nur bedingt angeführt werden, da hier Kinder und Jugendliche behandelt wurden und Enuresis keine nicht-organische Schlafstörung im engeren Sinne darstellt.

Grawe et al. (1994) stellten anhand von 2 Studien für diesen Anwendungsbereich bereits eine gute Wirksamkeit fest, welche inzwischen weiter belegt ist.

#### **Anwendungsbereich 7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten (F 54)**

Diesem Anwendungsbereich werden alle Studien zur Anwendung von Hypnose im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen und Diagnosen zugeordnet. Insgesamt wurden 66 Studien gefunden. Zu den Anwendungen zählen: Anästhesie und Entspannung bei chirurgischen Eingriffen und radiologischen Untersuchungen, Verbesserung des Heilungsprozesses und der Befindlichkeit nach chirurgischen Eingriffen, Verlängerung der Überlebenszeit bei Krebs, Reduktion von Übelkeit und Überegeben bei Chemotherapie, Schmerzen bei Krebserkrankung, Geburtsvorbereitung und Schmerzen vor und bei der Geburt, Beschleunigung des Heilungsprozesses bei Verbrennungen und Knochenbrüchen, Behandlung von Warzen, Tinnitus und anderer spezieller Krankheitsbilder. Über die Behandlung von Schmerzen liegt eine eigenständige Meta-Analyse (Montgomery, 2000) vor. Anhand von 18 Studien wurde eine nach Stichprobengröße gewichtete Effektstärke nach Hunter und Schmidt (1990) von .74 errechnet. Bongartz, Flammer und Schwonke (in Vorbereitung) errechneten für 19 Studien, in denen Hypnose zur Unterstützung medizinischer Maßnahmen eingesetzt wurde, eine Effektstärke von .38. Grawe et al. (1994) stellten anhand von 6 Studien für diesen Anwendungsbereich bereits eine gute Wirksamkeit fest, welche inzwischen weiter belegt ist.

#### **Anwendungsbereich 8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 6)**

Dieser Anwendungsbereich umfasst Persönlichkeitsstörungen (F 60 – 62) sowie Verhaltensstörungen (F 63 –

69. Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor.

#### **Anwendungsbereich 9. Abhängigkeiten und Mißbrauch (F 1, F 55)**

In diesem Anwendungsbereich liegen uns insgesamt 28 Studien vor. 1 Studie über Methadon-Patienten (Manganiello, 1984) belegt die Wirkung von Hypnose in der Rückfall-Prävention. Eine weitere Studie mit eher untypischer Fragestellung, die aber auch bei Grawe et al. (1994) angeführt wird, vergleicht Psychotherapie, psychedelische Therapie (mit LSD) und Hypnose getrennt und in Kombination mit dem Ergebnis, dass hypnodelische Therapie am wirksamsten ist (Ludwig et al., 1965). In den restlichen 26 Studien werden Raucherentwöhnungen untersucht, in 5 Studien davon in expliziter Kombination bzw. im Vergleich mit Kognitiver Verhaltenstherapie. In einer sehr methodenkritischen Überblicksarbeit von Green und Lynn (2000) bleiben von ursprünglich 59 recherchierten Studien nur bzw. immerhin 3 übrig, die den rigidesten Kriterien standhalten, und unter Vorbehalten weitere 13 Studien.

#### **Anwendungsbereich 10. Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 2)**

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor.

#### **Anwendungsbereich 11. Anpassungsstörungen, psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (F 7)**

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Lediglich eine Studie zu Hypnotherapie in Gruppen und Selbsthypnose-Training mit lernbehinderten Kindern könnte angeführt werden (Johnson et al., 1981).

#### **Anwendungsbereich 12. Hirnorganische Störungen**

Für diesen Anwendungsbereich liegen bislang keine kontrollierten Studien vor.

## **7. Zusammenfassung**

Die Anwendungsbereiche, in denen empirische Belege für die Wirksamkeit von Hypnotherapie vorliegen, stellen nur einen kleinen Ausschnitt der hypnotherapeutischen Praxis dar (Bongartz, Flammer und Schwonke, in Vorb.). Dennoch liegen mit 167 relevanten Untersuchungen für 6 aller 12 bzw. für 5 der ersten 8 Anwendungsbereiche zahlenmäßig genügend Studien vor um die Wirksamkeit von Hypnotherapie im Sinne

der Kriterien des wissenschaftlichen Beirats der Psychotherapie zu belegen. Man kann damit sagen, daß bei verschiedenen Ängsten, bei Somatisierungsstörungen und dissoziativen Störungen, bei Schlafstörungen und bei Abhängigkeiten Hypnotherapie indiziert ist und daß bei Anpassungsstörungen im Sinne der Bewältigung somatischer Krankheiten, insbesondere Schmerz, Hypnotherapie ebenfalls eine hohe Wirksamkeit aufweist. Für posttraumatische und andere Belastungsreaktionen liegt bisher nur eine kontrollierte Untersuchung vor, obwohl Hypnotherapie hier viele Möglichkeiten zur Behandlung bietet. Wie weit das Verfahren dagegen bei schizophrenen und affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen indiziert ist, lässt sich allein aufgrund empirischer Belege bisher nicht entscheiden. Insgesamt kann gesagt werden, dass Hypnotherapie als ein wirksames Verfahren in vielfältigen Bereichen psychischer und somatischer Krankheiten gelten kann, das in den meisten Anwendungsgebieten als ressourcen-orientierte Kurzzeittherapie konzipiert wird und zugleich aber einen Zugang zu psychodynamischen Hintergründen einschließt.

## 8. Literaturverzeichnis

- Baer, P., Foreyt, J., & Wright, S. (1977). Selfdirected termination of excessive cigarette use among untreated smokers. *Journal of Behavior Therapy*, 8, 71-74
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* New York: John Wiley & Sons Inc.
- Bongartz, Flammer und Schwonke (in Vorbereitung): *Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie*
- Bortz, J. und Döring, N., (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*, Berlin: Springer
- Bowers, T.G. & Clum, G.A. (1988). Relative contribution of specific and non-specific treatment-effects: Meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323
- Cohen J. (1969). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. New York: Academic press
- Fricke, R. & Treinies, G. (1985). *Einführung in die Meta-Analyse*. Verlag Hans Huber, Bern
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher* 5, Nr. 10, 3-8
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 3, 132-
- Grawe, K., Baltensperger, C. (1998). *Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozeß und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis*. Psychomedia, Zug
- Grawe, K., Braun, U. (1994). *Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe

Wissenschaftliche Anerkennung Hypnotherapie  
Revenstorf, Schauer & Flammer:  
Teil 6. Empirische Befunde zur Effektivität

- Hartmann, A. & Herzog, T. (1993). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? Vortrag gehalten auf der 39. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Freiburg
- Howard, K.I., Lueger, R.J. Maling, M.S. & Martinowich, Z. (1992). A phasetheory of psychotherapy. Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, USA
- Hunter J, Schmidt FL (1990) Methods of meta-analysis. Sage, Newbury Park
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (April 2000): Special Issue: The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention
- Jacobson, N. S., Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. Behavioural Assessment 10, 133-145
- 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: Millre, E.N. & Magruder, K. M. (Eds.), Cost-Effectiveness of Psychotherapy Oxford University Press
- Lambert, M.J. & Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Ed.) Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change, New York: Wiley
- Luborsky, L. Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008
- Matt, G.E. & Navarro, A.M. (1997). What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions, Clinical Psychology Review, 17, 1-32
- Prioleau, L., Murdoch, M. & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. The Behavioral and Brain Sciences, 6, 275-310
- Revenstorf (1997): Klinische Hypnose – Gegenwärtiger Stand der Theorie und Empirie, Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 5-13
- Revenstorf und Prudlo (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose, Hypnose und Kognition, 11 (1 und 2), 190-224
- Romminger (1995): Meta-Analyse empirischer Arbeiten zur klinischen Hypnose, Diplomarbeit Universität Tübingen
- Rosenthal R (1979) The "file drawer problem" and tolerance for null results. Psychological Bulletin 86: 638-641
- Rosenthal R, Rubin, DB (1982) A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. Journal of Educational Psychology 74:166-169
- Schauenburg, H. und Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinischsignifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Heft 48 S.257-264
- Schulte, D. (1993). Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? Zeitschrift für klinische Psychologie, 22,

374-393

- Shapiro, D. & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 165-180
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore London: Johns Hopkins Univ. Press
- Strupp, H. H. & Hadley, S.W. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136
- Tschuschke, V. Heckrath, C. & Tress, W. (1997). *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Wadden TA, Anderton CH (1982) The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin* 91:215-243
- Watkins, J.G. & Watkins, H. H. (1993), Ego-state-therapy in the treatment of dissociative disorder, In.: R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 277-299). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (November 2001): [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de)