

Raucher-Entwöhnung mit Hypnotherapie Langzeit Katamnese zur Wirksamkeit

Zusammenfassung.

Es werden drei Methoden der Raucherentwöhnung untersucht. Eine hypnotherapeutische Einzelbehandlung, eine hypnotherapeutische Gruppenbehandlung und eine minimale instruktive Behandlungsform. Insgesamt wurden 149 Raucher behandelt. Die zwölfmonatige Katamnese ergab eine Abstinenzquote von 45% bei der hypnotischen Behandlung verglichen mit 16% bei der nichthyponotischen Minimalbehandlung. Die Gruppentherapie erwies sich als effektiver. Einfluss auf den Erfolg der Entwöhnung hat die Suggestibilität des Klienten, seine psychische Gesundheit und seine Fähigkeit, probeweise zwei Tage rauchfrei zu bleiben. Aspekte der Ärgerverarbeitung scheinen eine Rolle für die erfolgreiche Entwöhnung zu spielen. Im Rahmen der Hypnotherapie fördert nach den Befunden dieser Studie die Substitution durch Nikotinplaster die langfristige Stabilität des Erfolges nicht. Das vorgestellte kurze hypnotherapeutische Entwöhnungs-Programm mit drei Sitzungen erwies sich unabhängig von demographischen Variablen der Klienten und ihrer Raucherbiografie als wirksam und unabhängig von der Person der behandelnden Therapeutinnen. Es bietet eine ökonomische Form der Raucherentwöhnung mit an der Fachliteratur gemessen sehr guten Erfolgsaussichten.

Einleitung.

Rauchen als Problem. Weltweit rauchen nach Angaben der WHO derzeit mehr als 1,1 Milliarden Menschen; etwa 18 Millionen davon sind Deutsche, davon gelten 4 Millionen als süchtig. In der BRD ist die Zahl der Raucherinnen zwischen 1995 und 2000 trotz aller Kampagnen gleich geblieben: 35 % der Männer und 22 % der Frauen¹ – insgesamt 28 % der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren – rauchen. Dabei nimmt in der Altersklasse der über 40-jährigen der Anteil der Raucherinnen ab, nachdem die Quote bei den 35 bis 40-jährigen ihren Höchststand erreicht (Umfrage des statistischen Bundesamtes, dpa, 28. 07. 2000).

Von den regelmäßigen Rauchern geben 7 % an, weniger als fünf Zigaretten am Tag zu rauchen, 74 % rauchen zwischen sechs und 20 Zigaretten täglich und 19 % konsumieren mehr als eine Schachtel pro Tag (dpa, 28. 07. 2000). Der durchschnittliche Konsum einer Raucherin liegt damit bei etwa einer Schachtel pro Tag. Vor circa 15 Jahren lag der tägliche Verbrauch noch bei ungefähr 15 Zigaretten.

Obwohl sich in den 90-er Jahren Tabakgegner vermehrt zu Wort meldeten, stieg der Umsatz weiter; möglicherweise mitbedingt durch den Zuzug von Aussiedlern, die häufig rauchten. Auch steigende Preise konnten kaum vom Rauchen abhalten. Nachdem die bundesdeutsche Tabaksteuer 2001 an den höheren EU-Standard angepasst und in der Folge die Zigarettenpreise erhöht worden waren, hatte dies keinen Rückgang der Verkaufszahlen zur Folge. Anders als in Deutschland ist in den USA ein deutlicher Trend weg vom Rauchen zu verzeichnen: Dort sank die Raucherrate von 1965 bis 1993 von 42,4 auf 26,2 %, was im Wesentlichen auf öffentliche Aufklärungskampagnen zurückzuführen ist (Tölle, 1997). Derartige Aufklärungsaktionen gibt es in den letzten Jahren auch in Europa immer häufiger und in immer größerem Umfang. Wie sich der zunehmende Passivraucherschutz und die Rauchverbote in Restaurants, Bahn, Flug und öffentlichen Gebäuden auswirken, ist noch nicht abzusehen.

Die deutschen Jugendlichen liegen mit ihrem Nikotinkonsum international an der Spitze. 13 % aller 13-jährigen rauchen regelmäßig, bei den 15-jährigen ist es bereits ein Viertel. Deutschland

¹ Der Anteil der Raucherinnen nahm in der BRD während der letzten Jahre kontinuierlich zu, während der prozentuale Anteil der männlichen Raucher sank.

hat mit 400.000 Zigarettenautomaten die höchste Automatendichte der Welt; damit ist es in keinem anderen Land für Kinder derartig leicht, legal Zigaretten zu erwerben, was allerdings neuerdings durch den erschwerten Zugang zu Automaten sich geändert hat.

Gleichzeitig sterben jährlich mehr als 100.000 Menschen in der BRD an den Folgen des Tabakkonsums², und längst ist hinreichend bekannt, dass es desto schwieriger wird, das Rauchen zu beenden, je länger jemand raucht (Buchkremer & Batra, 1995). Ebenso erschwert ein jugendliches Einstiegsalter von unter 15 Jahren das Aufhören im Vergleich zu Rauchern, die schon 25 Jahre oder älter waren, als sie begannen zu rauchen (Deutsche Krebshilfe, 1996). Wesentlich ist das Einstiegsalter zudem auch in Bezug auf das Risiko, an Krebs zu erkranken: Wird vor dem 15. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen, so erhöht sich das Lungenkrebsrisiko im Vergleich zu Raucherinnen, die erst nach dem 25. Lebensjahr regelmäßig zur Zigarette greifen, um das Fünffache.

Während Gegner des Nikotinkonsums die gerichtlichen Verurteilungen von Tabakkonzernen zur Entschädigung von krebskranken Rauchern in Milliardenhöhe in den USA begrüßen, gibt es auch Stimmen, die dies für eine Bankrotterklärung an die Mündigkeit von Bürgern halten. Da im deutschen Sozialversicherungssystem die Behandlungskosten vom Versicherer getragen werden, haben Geschädigte bei uns weniger Anlass, diese Art der Rechtsprechung in Anspruch zu nehmen. Vergleicht man Einnahmen durch die Tabaksteuer 12 Milliarden Euro (im Jahr 2001, dpa, 28. 09. 2002) und die Belastung des Gesundheitswesens mit mindestens 16 Milliarden Euro durch Folgen der Tabakschäden die entsprechenden Statistiken müsste allerdings zumindest die Sozialversicherung Interesse an einer anderen Regelung der Kostenverteilung haben.

Da Nikotin im Gegensatz zu Alkohol und Heroin kaum psychotoxisch wirksam ist, zeigen auch stark abhängige Raucher – zumindest solange sie ausreichend mit Nikotin versorgt sind – nur geringe soziale Auffälligkeiten. Dieser Umstand trug sicherlich dazu bei, dass die Nikotinabhängigkeit erst seit 1978 von der WHO und von der American Psychiatric Association (APA) im DSM-III erst 1980 aufgeführt wird. Von der Tabakindustrie wurde firmenintern die suchterzeugende Wirkung von Nikotin bereits 1968 erfasst, jedoch der Öffentlichkeit gegenüber geleugnet (Haustein, 2001). Da Nikotinabusus gefährlicher ist als der Konsument es sehen möchte, scheint eine Entzugsmethode sinnvoll, die die Opferhaltung der Abhängigkeit nicht in den Vordergrund rückt und an die Eigenverantwortung appelliert. Daher sind Selbstkontrollorientierte Programme wie die der Verhaltenstherapie sehr sinnvoll. Die Hypnotherapie kann auf der anderen Seite zur Mobilisierung von unbewussten Ressourcen beitragen, die den bewussten Entschluss unterstützen, um der Resignation aufgrund wiederholter Rückfälle nach willentlich veranlassten Entzugsversuchen entgegenzutreten.

Effektivität der hypnotischen Raucherentwöhnung. Leider wird außerhalb der hypnotherapeutischen Literatur Hypnose als Verfahren zur Raucherentwöhnung meist lediglich mit dem Hinweis, es lägen keine hinreichend evaluierten Studien vor, kurz erwähnt (BZgA, 2000; Haustein, 2001; Fiore et al, 1996). Tatsächlich aber wurde der Einsatz von Hypnotherapie bei der Raucherentwöhnung bereits relativ häufig erforscht und zahlreiche Studien belegen die Effektivität der hypnotherapeutischen Behandlung in diesem Anwendungsfeld. Insbesondere gibt es auch sehr methodenkritische Arbeiten zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung (Green und Lynn (2000).

Auffällig sind die starken Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Effektivität. Holroyd (1980) vergleicht 17 Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung; das Ergebnis ist eine durchschnittlichen Erfolgsquote von 48%. Agee (1983) beschreibt in ihrer älteren Metaanalyse 16 amerikanische Studien zur Behandlung von Rauchern und berichtet Abstinenzraten zwischen 4 – 88%. Revenstorff & Prudlo (1994) berichten über im Schnitt 34% Abstinenz bei 21 zugrunde liegenden Studien, während eine Übersicht von Zeig (in Revenstorff, 1993) von einem durchschnittlichen Erfolg von 64% ausgeht.

² Im Vergleich zu „nur“ 50.000 Alkohol-Toten.

Autorin	Anzahl Vpn	Katamn. Zeit in Monaten	Abstinenzrate	Beschreibung & Anzahl der Sitzungen
Nuland & Field 1970		6	60 % (neue Methode) 25 % (alte Methode)	Mehrere Einzelsitzungen mit individualisierten Suggestionen
Spiegel 1970	615	6	44 %	Eine Gruppensitzung
Kline 1970	60	12	88 %	12 Stunden Gruppe non-stop
Pedersen, Scrimgeour & Lefcoe 1975	48	10	50 % Hypnose 0 % Beratung 0 % Warteliste	Einmal 1 ½ Stunden Gruppenthypnose 6 Wochen Beratung (wöchentlich)
Perry & Mullen 1975	38	3	13 %	Eine Einzelsitzung
Watkins 1976	48	6	50 %	Fünf Einzelsitzungen mit individuellen Suggestionen
Barkley, Hastings & Jackson 1977	29	9	25 % Hypnose 42 % Rapid Smoker 0 % Warteliste	Sieben mal 1 Stunde in der Gruppe: Hypnose Rapid Smoking Kontrolle: Anti-Raucher-Filme
Sanders 1977	19	10	68 %	Gruppensitzungen mit gegenseitiger Hypnose
Shewchuk 1977	44	12	17 %	Eine Einzelsitzung nach der Methode von Spiegel (1970)
Perry et al. 1979	26	3	4 %	Eine Einzelsitzung
Berkowitz et al. 1979	40	6	20 %	Eine Einzelsitzung; Klientinnen mit Schwierigkeiten konnten weitere Sitzungen bekommen
MacHovec & Man 1978	58	6	40 % Gruppenthypn. 50 % Einzelhypnose 25 % Akupunktur 0 % Placebo-Akupunktur 0 % Kontrollgruppe	Vergleich unterschiedlicher Verfahren in drei Sitzungen
Stanton 1978	75	6	45 %	Eine Einzelsitzung mit individualisierten Suggestionen
Javel 1980	30	3	60 % Hypnose 40 % Suggestion ohne Hypnose 0 % Warteliste	Einmal 60 Minuten
Barabasz et al. 1984	307	10 – 19	47 % REST + Einzelhypnose 36 % Gruppenthypnose 28 % Einzelhypnose	1 – 1½ Std. Restricted Environmental Stimulation Einzelhypnose, Gruppenthypnose
Rabkin 1984	140	6	29 bis 37 % Experimentalgruppe 0 % Warteliste	Vergleich Hypnose, Psychoedukation, Verhaltensmodifikation, Warteliste
Williams & Hall 1988	60	12	45 % Hypnosegruppe 0 % Warteliste 0 % Placebo	Eine Sitzung
Lynn 1988	27	6	18 %	Eine Gruppensitzung, dann Kassette täglich
Hueber 1997		7	28 %	Standardisierte Gruppenmethode eines Laienhypnotiseurs
Henning 1999	12	6	50 %	Psychoedukation und Ausnutzung der Gruppenkohäsion bei stationär behandelten psychosomatischen Patientinnen, mehrere Sitzungen
Schulte & Hueber 2000	135	7	36 %	Gruppenprogramm mit einer Sitzung
Cardona & Martin 2000	51	12 – 72	59 %	Mindestens zwei Einzelsitzungen mit halbstandardisierten Suggestionen

Tabelle 1: Überblick über Studien zur hypnotherapeutische Raucherentwöhnung.

Schulte und Hueber (2000) stellen in einer neueren Literaturübersicht 26 Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung vor, die seit 1983 veröffentlicht wurden. Hier ergab sich bei einem mittleren Katamnese-Zeitraum von 9,5 Monaten eine Variation der Abstinenzraten zwischen Null und 86,5% (Durchschnitt: 28,7%).

Gerl & Freund (2001) gehen von einer Abstinenzrate von circa 25% aus, was etwa dem Mittelwert bei den professionellen Entwöhnungshilfen entspräche. Hierbei sollte auch berücksichtigt werden, dass es sich beim Rauchen nicht um ein bloßes Verhaltens-, sondern um ein Suchtproblem handelt: Für eine Suchttherapie sind diese 25% ein beachtlicher Erfolg.

Batra (2002) untersuchte im Rahmen von verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien prädiktive Faktoren für die langfristige Abstinenz bei verschiedenen Patientengruppen (Schwangere, Psychiatriepatienten u.a.). Die Abstinenzraten lagen bei staken Rauchern ein Jahr nach Ende der Behandlung bei 22%. Dabei erwiesen sich unter anderem Gruppensitzungen, das Führen einer Strichliste zur Beobachtung des Zigarettenkonsums sowie die schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums und Nikotinpflaster als hilfreich. Die Analyse von Rückfallverlauf und -Ursachen ergab zudem, dass die kritische Phase für einen Rückfall bei einem bzw. drei Monate nach Behandlungsende lag. Als bedeutsamster Grund für einen Rückfall wurden von den Probanden Stresssituationen und seelische Anspannung genannt. Der Behandlungserfolg wurde außerdem von der Anfangsmotivation sowie dem Grad der Nikotinabhängigkeit bestimmt.

In Tabelle 1 sind einige Daten aus empirischen Untersuchungen zur hypnotischen Raucherentwöhnung zusammengefasst. Die insgesamt stark variierenden Erfolgsangaben in den genannten Studien sind im Wesentlichen auf folgende Faktoren zurückzuführen: unterschiedliche Katamnesezeiträume, unterschiedliche Erfolgskriterien, Nichtberücksichtigung von drop-outs, Vorselektion der Teilnehmer durch Abstinenztage.

In der vorliegenden Studie soll die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei langer Katamnese (12 Monate) und genügend großer Stichprobe untersucht werden. Dabei wird als Vergleichsstandard 25% Abstinenz nach einem Jahr herangezogen, der mindestens erreicht werden sollte, damit sich Hypnotherapie als lohnend erweist. Im Vorlauf wurde eine nichthypnotische Minimalbehandlung untersucht, die diese Zielquote unter den Randbedingungen, die hier in der Hypnosebehandlung angewendet wurden, noch einmal bestätigt (Experiment III).

Methode.

In der Hauptsache wurden zwei Experimente zur hypnotischen Raucherentwöhnung durchgeführt, die hier zusammengefasst im Ergebnis mit einander verglichen werden. Experiment I war die Behandlung von Rauchern mit einem hypnotherapeutischen Programm in Kleingruppen (HBG), Experiment II eine vergleichbare Raucherentwöhnung in Einzelsitzungen (HBE), Experiment III war das erwähnte minimale Entwöhnungsprogramm in Gruppen ohne Hypnose (NHG). Ein direkter statistischer Vergleich ist nicht wie üblich zu interpretieren, da die Gruppen aus unterschiedlichen Grundgesamtheiten rekrutiert wurden – und zwar als Patienten-Selbstwahl der jeweiligen Methode der Raucherentwöhnung („patient preference study“). Die Behandlungen sind daher als drei Quasiexperimente zu betrachten, deren Ergebnisse (vorher-nacher-Vergleich) wie Effektgrößen verglichen werden können. Im dem hie zusätzlich durchgeführten statistischen Vergleich lautet die Nullhypothese: die Abstinenzraten von Rauchern, die eines der drei Programme selbst wählten, unterscheiden sich nicht. Sollte die Nullhypothese widerlegt werden und die Gruppen wären in wesentlichen Beschreibungskriterien ansonsten vergleichbar, dann würde das bedeuten, die Programme wirken unterschiedlich gut, wenn die Patienten sich die Form der Behandlung selbst aussuchen dürfen – was natürlich eine realistische Fragestellung ist, denn wem würde man (anders als in der Pharmakotherapie) eine

Psychotherapieform andienen, für die er sich nicht selbst entschieden hat? Die Statistik wird hier aber nicht als Entscheidungskriterium sondern als deskriptives Hilfsmittel im Sinne von Mosteller & Tukey (1977) verwendet, nämlich als Instrument, um einen verrauschten Sachverhalt ähnlich wie durch ein Mikroskop besser sichtbar machen.

Beschreibung der Stichproben. Die Probanden wurden über Pressenotizen angeworben. Auf Anfrage wurden Informationsbriefe versandt, in denen Art, Dauer und Kosten der Behandlung genau beschrieben wurden. Einzige Eingangsvoraussetzung auf Seiten der Klienten war deren Wille, das Rauchen zu beenden und das Einverständnis mit der Behandlungsform. Der Gesamtzahl von 149 Probanden genügt einer statischen Power zur Berechnung von multiplen Korrelationen oder Varianzanalysen: nach Bortz & Döring (2002) sind 143 Probanden nötig um bei fünf Freiheitsgraden eine mittlere Effektgröße auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ abzusichern.

Von den insgesamt 149 Teilnehmern waren 74 weiblich und 75 männlich. Gemäß dem Fagerströmetest zum Ausmaß des Nikotin-Abusus (s.u.) waren:

- 19 % psychisch-, aber nicht nikotin-abhängig (Score 0 – 2) einzustufen.
- 21 % nicht zuzuordnen (Score 3 – 4)
- 60 % nikotinabhängig (Score 5 – 10)

Die Klienten rauchten – bei einer Spanne von täglich 8 bis 80 Zigaretten – durchschnittlich 28 Zigaretten pro Tag und in den Experimentalgruppen III mit 27,5 Zigaretten täglich unwesentlich weniger als in der Experimentalgruppen I und II mit durchschnittlich 28,0 Zigaretten pro Tag. 89% der Klienten hatten schon mindestens einen Abstinenzversuch hinter sich. Die Gruppen unterschieden sich auf in demografischen und anderen relevanten Variablen ebenso wie im anfänglichen Zigarettenkonsums nicht (siehe unten).

Versuchsplan. Die Untersuchung umfasst drei Behandlungsgruppen mit unterschiedlichen Therapiekomponenten (s. Tabelle 2). Experimentalgruppen I und II erhielten eine hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen (HBG) und als Einzelbehandlung (HBE). Die Behandlung der Experimentalgruppe III wurde in Gruppen durchgeführt und war eine nichthypnotische Minimalbehandlung (NBG); sie enthielt unspezifische Komponenten der Behandlung, die auch in den Gruppen I und II angewendet wurden (Verhaltensregeln und CO-Messung der Atemluft). Außerdem war Benutzung des Nikotinplasters in allen drei Gruppen freigestellt, da man die Klienten weder zu seiner Verwendung noch zum Verzicht auf dieses Hilfsmittel verpflichten konnte. Der Effekt der tatsächlichen Nikotinplaster-Nutzung wurde ebenso wie der Einfluss der Suggestibilität und der biografischen Daten (z.B. Anzahl der Abstinenzversuche) als eine Kovariable untersucht (siehe unten).

Am Vergleich von Gruppe I (HGB) mit Gruppe III (NBG) sieht man also den zusätzlichen Nutzen der Hypnotherapie innerhalb eines traditionellen Entwöhnungs-Programms mit den Komponenten: willentlichem Vorsatz, Verhaltensregeln, Nikotinsubstitution und Kontrolle des CO-Gehaltes der Atemluft. Der Vergleich der Gruppen I (HBG) mit Gruppe II (HBE) zeigt, ob die Einzelbehandlung der hier verwendeten hypnotherapeutischen Gruppenbehandlung überlegen ist. Falls sich die Behandlung in Gruppen von der Einzelbehandlung nicht unterscheidet, können die Gruppen I und II zusammen genommen werden, um den Nutzen der Hypnotherapie anhand einer größeren Stichprobe besser einschätzen zu können.

Behandlung

Experimentalgruppe I – Hypnotischen Gruppenbehandlung (HBG)

In der Gruppenthypnose trafen sich sechs Teilnehmer mit zwei Therapeutinnen zu fünf 90 – 120-minütigen Gruppensitzungen (insgesamt 600 min). Dabei wurden zunächst im Vorgespräch die Motivation abgeklärt, Nikotinplaster verteilt, das Blatt mit den Selbstkontrollmaßnahmen “Tipps & Tricks” besprochen, die Prinzipien der Klinischen Hypnose erläutert und die Patenschaften

initiiert. Es folgten drei Hypnosensitzungen in wöchentlichem Abstand mit jeweils unterschiedlichen Themen zum Inhalt. Es gab eine Katamnese-sitzung nach 3 Monaten, in deren Rahmen nochmals eine Entspannungstrance durchgeführt und in der Zwischenzeit aufgetretene Probleme besprochen wurden.

Experimentalgruppe II – Hypnotische Einzelbehandlung (HBE):

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 (insgesamt 300 min) mit einer Therapeutin und es wurden keine Patenschaften gebildet.

Experimentalgruppe III: Nichthypnotische Minimal-Behandlung (NHB):

Die nicht-hypnotischen Behandlung wurde sich in Gruppen von etwa zehn Teilnehmern durchgeführt, die ausreichend Nikotin-Pflaster und die unspezifischen Elemente (Verhaltensregeln und Kohlenmonoxid-Messung) erhielten, aber keine Hypnose. Durch den Wegfall der zeitaufwendigen Therapieelemente wurden hier nur zwei statt drei 120-minütige Sitzungen im Abstand von drei Monaten durchgeführt (insgesamt 240 min). Diese Behandlungsform kann daher als minimale Standardtherapie betrachtet werden, die den Entschluss, aufzuhören mit einem bewährten Therapeutikum (Nikotinplaster) unterstützt. Den Erfolg dieser Gruppe sollte die hypnotische Behandlung in jedem Fall erreichen bzw. übertreffen, um als erfolgreich zu gelten.

Experiment I (HBG) N=60	Experiment II (HBE) N= 46	Experiment III (NHG) N=43
Hypnosebehandlung Gruppen	Hypnosebehandlung Einzel	Nichthypnotische Behandlung
6 TN und 2 Therapeutinnen	Individuelle Behandlung 1 Therapeutin	10 TN, eine 2 Therapeutinnen
Dauer insgesamt 600 min	Dauer insgesamt 300min	Dauer insgesamt 240
Hypnotherapie	Hypnotherapie	VT- Elemente
VT- Elemente	VT- Elemente	Nikotinplaster
Nikotinplaster	Nikotinplaster	CO- Messung
CO- Messung	CO- Messung	
Gruppengesprächen und Patenschaften.		

Tabelle 2: Drei Untersuchungsgruppen zur Raucherentwöhnung (gemeinsame Komponenten kursiv).

Therapieinhalte. Dem hypnotherapeutischen Vorgehen liegt 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 werden vor allem Suggestionen verwendet, die Themen wie „Erinnerungen an die schönen Seiten des Rauchens aushalten lernen“, „loslassen können“, „Freude über das bevorstehende rauchfreie Leben“ und ähnliches ansprechen. Als weitere Themen werden vorgesehen: die Fokussierung auf den besseren Gesundheitszustand, die größere Genussfähigkeit als Nichtraucher, aber auch mögliche Symptomfunktionen oder Hindernisse, die dem Nichtrauchen im Weg stehen könnten. Um die bei jedem Raucher vorhandene Ambivalenz bezüglich der Abstinenz therapeutisch zu berücksichtigen, werden hypno-systemische Techniken eingesetzt, die es dem Klienten durch die Arbeit mit inneren Anteilen erlauben, sowohl mit den abstinenz-motivierten als auch mit diesbezüglichen Vorbehalten Kontakt aufzunehmen.

Das Vorgehen bei der Tranceinduktion gestaltet sich in jeder der drei Hypnosensitzungen gemäß folgendem Schema:

Um den Teilnehmer einen einfachen Zugang zur Trancearbeit zu ermöglichen, wird zunächst ein „sicherer Ort“ eingeführt. Zur Verankerung einer Entspannungsreaktion wird eine sichere Situation der Phantasie oder Erinnerung visualisiert; weniger gut geeignet sind dazu Vorstellungen, bei denen andere Menschen anwesend sind; besser sind Naturerlebnisse. Die Klientinnen werden aufgefordert, sich in dieser Situation mit all ihren Sinnesmodalitäten

vorzustellen und sich von der dadurch entstehenden Geborgenheit wie von einer Hülle geschützt zu fühlen. Weiter wird Unwillkürlichkeit suggeriert, mit der diese positive und ressourcenreiche Erinnerung, immer wenn sie benötigt wird, auftaucht. Den Klientinnen wird im Rahmen dieser Sicherheits- und Entspannungstrance außerdem suggeriert, dass alle weiteren Suggestionen und Bilder (Metaphern) Vorschläge und Möglichkeiten seien, die sie neugierig aufnehmen könnten. Die Themen der einzelnen Sitzungen werden im folgenden Kasten im Überblick dargestellt³:

Sitzung 1: Vertrauen in die Hypnosebehandlung und in eigene Ressourcen

- Erste Tranceerfahrung und Ratifizierung der unbewussten Selbstkontrolle: Pendelübung
- Metaphern: „Sicherer Ort“, „Innerer Heiler“, „Steinpalme“

Sitzung 2: Bearbeitung von Ambivalenzen: Die Raucherseite zur Koalition bewegen, damit keine „Untergrundaktivität“ aus dem unbewussten Wunsch, weiter zu rauchen, entsteht. Versuch, die Raucher- und die Nichtraucherseite – welche beide im Allgemeinen etwas Gutes für den Klienten wollen - zu integrieren. Versuchungssituationen visualisieren.

- Metaphern: „Sicherer Ort“, „Magnetische Hände“ (Ambivalenzbearbeitung), „Adlermetapher“ (Ressourcenaktivierung)

Sitzung 3: Endgültiges Loslassen und Rückfallprophylaxe: Abschluss: Verabschiedung der Zigarette.

- Metaphern: „Sicherer Ort“ (Begegnung mit dem Rauchwunsch), „Roter Ballon“ (Loslassen) und „Schatzkiste“ (Ressourcen), „Maler des Vogels“ (Selbstbestimmung).

Messinstrumente

1. *Anmeldebogen:* Demographische Variablen, Aktuelles Rauchverhalten (FTND, siehe unten), Beginn und Dauer des Rauchens, Art und Dauer bisheriger Abstinenzversuche, Bevorzugte Rauchsituationen, Zuversichtlichkeit, in bestimmten Situationen abstinent bleiben zu können, Aufhörtmotivation, Soziale Unterstützung bezüglich des Abstinenzvorhabens

2. *Fagerström Test of Nicotine Dependence:* Der FTND ist ein Instrument zur Bestimmung des Grades der Nikotinabhängigkeit von Rauchern (Heatherton, Fagerström et al. 1991) enthält 6 Fragen:

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. Wieviele 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 Fragen werden unterschiedlich gewichte summiert; insgesamt ergibt sich ein Summenscore von null bis zehn, die wie in *psychisch abhängig, unklar* und *nikotinabhängig* gruppiert werden.

³ Die Verbatimtexte zu den einzelnen Interventionen und Metaphern sind dem Manual zur hypnotischen Rauchertherapie zu entnehmen (Schweizer im Druck)

3. *Symptom-Checkliste* SCL-90-R (Derogatis, 1977): Der Test bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte.
4. *Creative Imagination Scale* CIS (Wilson, 1976 und Barber, 1978): Die CIS zur Überprüfung der Suggestibilität besteht aus zwei motorischen und acht kognitiven Items, deren Inhalt sich die Klienten mithilfe einer Audiokassette vorzustellen angewiesen werden.
5. *Allgemeine Depressions Skala* ADS (Hautzinger & Bailer, 1992): Ein normiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Stärke und Dauer depressive Affekte, körperliche Beschwerden, Hemmung und negative Denkmuster.
6. *State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar* STAXI (Schwenkmezger et al., 1992): Ein kurzes, ökonomisches und normiertes Verfahren zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck.
7. *Protokollbogen*, um insbesondere in Gruppen die Protokollführung zu erleichtern: Vermerke über Namen und Codennummer der Klienten, deren Zigarettenkonsum und Kohlenmonoxidwerte zu den fünf Messzeitpunkten, die erfolgte Rückgabe der Tests und Vergabe beziehungsweise Nutzung der Nikotinpflaster.
8. *Klienten-Rückmeldebogen*. Nach jeder Hypnosesitzung füllten die Klienten einen Rückmeldungsbogen aus; der sollte vorrangig den Therapeutinnen ein Feed-back der Klienten über ihre Befindlichkeit geben, um das weitere therapeutische Vorgehen auf die Bedürfnisse des jeweiligen Klienten abzustimmen. Enthält Fragen über: Rauchverhalten Motivation zur Abstinenz, Behandlung, Hypnose allgemein, allgemeine Befindlichkeit.
9. *Therapeutenfragebogen*: Instrument der therapeutischen Reflexion, der von den Therapeutinnen nach jeder Sitzung ausgefüllt wurde. Fragen zu wahrgenommenen hypnotischen Reaktionen beim Klienten und den Rapport während der Sitzung: Amnesie, Abwesenheits-Eindruck, Entspannung, Katalapsie, andere motorische Reaktionen, Patienten-Zufriedenheit. Die Beantwortung auf einer 10-Punkte-Skala.
10. *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* VEV (Zielke & Kopf-Mehnert 1978): dient dazu, Stärke und Richtung der Veränderung von Verhalten und Erleben bei Klienten nach Beendigung einer Therapie zu erfassen.
11. *Katamnesebogen*: Enthält Fragen über: Rauchverhalten Abstinenz-Motivations, Nutzung der Behandlungsbausteine.

Ergebnisse.

Abstinenz

Legt man Experimentalgruppe I und II zusammen, dann sind zum Katamnesezeitpunkt nach drei Monaten waren 57,5% Klienten bei hypnotherapeutischer Entwöhnung abstinent im Vergleich zu nur 21% Abstinenten in der Experimentalgruppe III mit der Minimalbehandlung. Zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Katamnese waren 35% der Teilnehmer der Experimentalgruppen I und II und 16,3% der Probanden in der Experimentalgruppe III abstinent (siehe Tabelle 3). Durch die Minimalbehandlung resultiert daher die aus der Literatur bekannte Quote (hier zwischen 21 % und 16% je nach Katamnesezeitpunkt). Der Vorsprung der Hypnotherapie bleibt bis zum zweiten Katamnesezeitpunkt erhalten. Das gilt auch bei konservativer Auswertung, wenn man nämlich die bei der Nachbefragung nicht mehr erreichten Teilnehmer als Misserfolge wertet (in Klammern die Werte der optimistischen Schätzung, wenn nur die erreichten Teilnehmer ausgewertet wurden).

	Nach 3 Monaten	Nach 12 Monaten
Experiment I Hypnotherapie (Gruppe) N = 60	39 Teilnehmer abstinent 8% dropout = 4 Teilnehmer 65% (70,9%) abstinent	27 Teilnehmer abstinent 15% dropout = 9 Teilnehmer 45% (52,9%) abstinent
Experiment II Hypnotherapie (Einzel) N = 46	22 Teilnehmer abstinent 20% dropout = 10 Teilnehmer 47% (59,5%) abstinent	10 Teilnehmer abstinent 39% dropout = 18 Teilnehmer 21,7% (35,7%) abstinent
Gesamt Hypnotherapie Experiment I & II N = 106	61 Teilnehmer abstinent 13% dropout = 14 Teilnehmer 57,5% (66,3%) abstinent	37 Teilnehmer abstinent 27% dropout = 29 Teilnehmer 35% (48,1%) abstinent
Experiment III Nichthypnotische Minimalbehandlung	9 Teilnehmer abstinent 23% dropout = 10 Teilnehmer 21% (27,3%) abstinent	7 Teilnehmer abstinent 28% dropout = 12 Teilnehmer 16,3% (22,6%) abstinent

Tabelle 3: Abstinenzraten in der hypnotherapeutischen Gruppen und Einzeltherapie bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese (Dropouts als Misserfolge; in Klammern Angaben, wenn die dropouts weggelassen werden)

Von den Klienten der hypnotherapeutischen Behandlung in Gruppen waren zum Katamnetermin nach drei Monaten 65,0 % abstinent im Vergleich zu 47,8 % Abstinenten in der Einzelbehandlung. Auch bei der Zwölf-Monats-Katamnese bleibt dieser Unterschied erhalten (45% und 21,7 %). Dies weist auf eine deutliche Überlegenheit der Gruppenbehandlung hin.

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich die Unterschiedlichkeit der Abstinenzraten zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung nach drei Monaten als nicht signifikant ($\chi^2 = 1,6$, $df = 1$, $p = 0,203$). Für die Zwölf-Monats-Katamnese ergab der durchgeführte Chi-Quadrat-Test folgende Werte: $\chi^2 = 2,2$, $df = 1$, $p = 0,142$.

Gemäß Erdfelder und Mausfeld (1996) kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Einzelbehandlung der Gruppentherapie nicht überlegen ist. Beide Arten der Hypnotherapie sind deutlich erfolgreicher als die Minimalbehandlung.

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich der Unterschied der Abstinenzraten zwischen den zusammen gefassten Experimentalgruppen I&II und Experimentalgruppe III bei der Drei-Monats-Katamnese als signifikant ($\chi^2 = 15,02$, $df = 1$, $p = 0,000$) und ebenso für die Zwölf-Monats-Katamnese ($\chi^2 = 5,93$, $df = 1$, $p = 0,015$).

Die folgende Graphik veranschaulicht obige Ergebnisse:

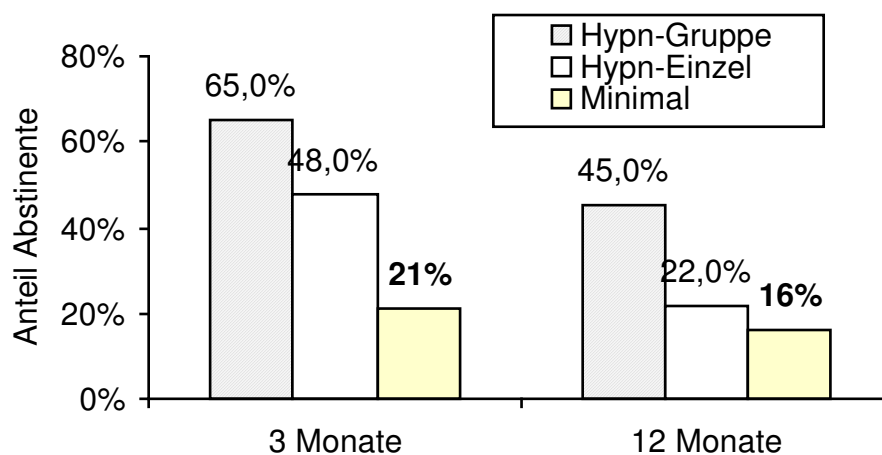


Abbildung 1: Abstinenzraten in der Gruppenthypnose, Einzelhypnose und Minimalbehandlung bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese. (Konservative Schätzungen: dropouts als Misserfolge gerechnet).

Einfluss der Kovariablen

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 26,6 Zigaretten ($s = 13,0$), während die unterdurchschnittlich Suggestiblen nur um 9,4 Zigaretten ($s = 12,7$) täglich reduzierten. Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass der Unterschied hoch signifikant ist. ($t = 5,90$, $df = 74$, $p = 0,000$).

Abstinenztage. Von den 61 der bei der 3-Monats-Katamnese abstinenten Teilnehmern der Experimentalgruppen I und II, die eine hypnotherapeutische Entwöhnungsbehandlung erhielten, hatten 77% die beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn durchgehalten, ohne zu rauchen. Nur 23% der Abstinenten hatten die Abstinenztage vor Behandlungsbeginn nicht eingehalten, gegenüber 74% nicht eingehaltener Abstinenztage in der Gruppe der Nichtabstinenten. Der entsprechende Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Unterschied der Abstinenzraten zum Katamnesezeitpunkt zwischen denjenigen, die zwei rauchfreien Tage vor Beginn

der Behandlung eingehalten hatten, und solchen Teilnehmern, bei denen das nicht der Fall gewesen war ($\chi^2 = 17,13$, $df = 1$, $p = 0,000$).

Nikotinpflaster. Um einen möglichen Unterschied in der Konsumhöhe zwischen Personen in der Hypnosegruppe, die Nikotinpflaster verwendeten, solchen, die darauf verzichteten und den Klienten der Experimentalgruppe III, die Nikotinpflaster, aber keine Hypnose erhielten, zu prüfen, 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“ (Minimalbehandlung) gerechnet (Abb. 2).

Die varianzanalytische Auswertung (zweifaktoriell) zeigt einen sehr signifikanten Effekt für die Zeit ($F=33,4$ bei $df= 2/65$, $p=0,000$), einen schwach (5%) signifikanten Effekt für die Behandlungsform ($F=3,7$ bei $df= 2/65$; $p = 0,029$) und einen signifikanten Effekt für deren Wechselwirkung ($F=4,2$ bei $df= 4/65$; $p = 0,005$). Die folgende Graphik veranschaulicht die Ergebnisse: Der Zigarettenkonsum 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 Hypnotherapie in Verbindung mit Nikotinplastern erhielten, jedoch wieder an, während der Konsum bei den Teilnehmern konstant bleibt, die auf die Substitution verzichteten. Das deutet daraufhin, dass der Verzicht auf das Nikotinpflaster während der hypnotherapeutischen Entwöhnung mit einer besseren Stabilisierung des Therapieerfolges einhergeht.

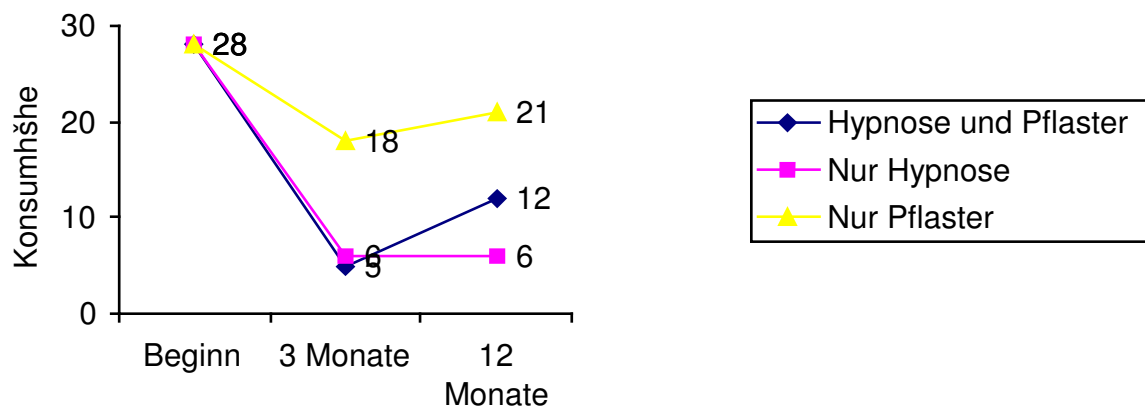


Abbildung 2: Mittlerer Zigarettenkonsum in bei Benutzung des Nikotinplasters mit und ohne Hypnose zu Beginn und zu beiden Katamnese-Zeitpunkten.

Raucherbiografie. Die Reduktion von Personen, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten und solchen, die noch nie versucht hatten, aufzuhören, unterschied 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 19,8 Zigaretten ($s = 15,2$) im Vergleich zu nur 7,8 Zigaretten Reduktion bei denen, die erstmals eine Entwöhnungsversuch machten ($s = 10,7$).

Keine signifikanten Ergebnisse hingegen erbrachten dagegen die t-Tests für unabhängige Stichproben beim Vergleich zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Teilnehmer bezüglich der Anzahl der bisherigen Aufhörversuche, des Einstiegsalters und der Anzahl der als Raucher verbrachten Jahre. Der Chi-Quadrat-Test zeigte auch keine signifikanten Unterschiede in den Abstinenzraten der 39 körperlich abhängigen Raucher (52,3%) und der 13 nur psychisch abhängigen Rauchern gab ($\chi^2 = 0,41$, $df = 1$, $p = 0,52$).

Bezüglich der Konsumhöhe zu Behandlungsbeginn zeigten sich im t-Test für unabhängige Stichproben ebenfalls 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 ($s = 14,22$).

Demografische Variable. Im Chi-Quadrat-Test zeigte sich für keine der untersuchten demographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit) ein Zusammenhang mit der Abstinenz zum Katamnesezeitraum. Die Signifikanz-Werte waren durchgängig $p > 0,2$ und kann davon ausgegangen werden, dass das Entwöhnungs-Programm unabhängig von allen untersuchten demographischen Variablen gleich erfolgreich angewendet werden kann.

Rituale. 82 % der bei der Katamnese Abstinenten, aber nur 40 % 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 ($\chi^2 = 10,02$, $df = 1$, $p = 0,002$).

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

Psychische Belastung (Symptom-Checkliste SCL-90-R)

Im t-Test für unabhängige Stichproben zur Erhebung möglicher Unterschiede im SCL-90-R zwischen bei der Katamnese Abstinenten versus nicht Abstinenten zeigte sich: Bei der Katamnese abstinente 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 Wert in der Skala für phobische Angst. Im t-Test für eine Stichprobe zum Vergleich mit der Eichstichprobe des SCL-90-R ergaben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Allgemeine Depressions- Skala ADS. Im Ausmaß der Depressivität ließen sich weder bei der Messung bei Behandlungsbeginn noch bei der Katamnese zwischen Abstinenten und nicht Abstinenten signifikante Unterschiede im Vergleich mit der Eichstichprobe feststellen.

Ärgerausdruck (STAXI)

In der Ärger-Dispositions-Skala hatten später Abstinente bei Behandlungsbeginn und bei der Katamnese signifikant geringere Werte (t-Test). Die erfolgreich behandelten erlebten demnach subjektiv weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder Frustrationen ausgesetzt. In der Ärger-Reaktions-Skala waren die Abstinenten signifikant weniger empfindlich gegenüber Kritik, wahrgenommener Abwertung und negativer Bewertung durch andere, jedoch nur bei der Katamnese-messung.

Auf der anderen Seite erlebten die Abstinenter um Zeitpunkt der Katamnese signifikant intensivere Ärgergefühle als vor der Therapie eins ($M = 11,7 / 13,8$; $t = -2,376$, $df = 36$, $p = 0,023$), während dies bei den nicht abstinenter nicht der Fall war ($M = 13,4 / 12,04$).

Der Vergleich mit den Werten der Eichstichprobe ergab sich Folgendes: bei Behandlungsbeginn hatten die Teilnehmer und zwar insbesondere die später nicht Abstinenter sowie die Frauen, signifikant erhöhte Mittelwerte in der Ärger-Reaktions-Skala –insbesondere waren die Frauen eher intrapunitiv und weniger extrapunitiv. Diese Probanden waren also gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere besonders empfindlich und erlebten unter solchen Umständen intensive Ärgergefühle. Dagegen hatten Männer und die später Abstinenter die Klienten signifikant erhöhte Werte in der Ärgerkontroll-Skala. Dieser Personenkreis wendete demnach viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in Ärgerprovozierenden Situationen auf.

Diskussion

Die Abstinenzquoten von 58 % nach drei und 35 % nach zwölf Monaten in der Hypnotherapie im Vergleich zu 21% nach drei beziehungsweise 16% nach zwölf Monaten in der Vergleichsgruppe mit einer Minimaltherapie sprechen für die Nutzung der hypnotherapeutischen Vorgehensweise und gegen den Versuch, sich das Rauchen mit Nikotinplaster oder nur mit dem festen Willen und Verhaltensanweisungen sich abzugewöhnen. Die Wirksamkeit der Hypnotherapie zeigte sich nicht nur in der Abstinenzrate sondern auch in der Reduktion des Zigarettenkonsums und der Werte des Abhängigkeitsfragebogens (FTND). Dies steht im Widerspruch zu den Aussagen Stumpfes (1990), der von einer vergleichbaren Effizienz der verschiedenen Verfahren zur Raucherentwöhnung bei Erfolgsraten von etwa 30% ausgeht oder Hausteins (2001), der Hypnotherapie in diesem Bereich keine wesentlichen Erfolge zuschreibt.

Die erwähnten Abstinenzraten stellen eine untere Grenze dar, da alle zu den Nachbefragungen nicht erreichbaren Teilnehmer als Misserfolge gewertet wurden. Bestimmt man als Obergrenze die Erfolgsquoten unter der Annahme, dass sich bei den dropouts der gleiche Prozentsatz an abstinenter Teilnehmern findet wie bei denen die befragt werden konnten, dann ergeben sich Abstinenzraten von 66 % und 48 % nach 3 bzw. nach 12 Monaten bei der Hypnotherapie und 27 % und 23 % bei der Minimalbehandlung. Das sind sicherlich zu optimistische Werte aber irgendwo zwischen 35% und 48 % Abstinenz nach einem Jahr bei hypnotischer Raucherentwöhnung liegt wahrscheinlich die Realität.

Die Ergebnisse legen außerdem nahe, die Behandlung in **Gruppen** vorzunehmen; das zeigt sich besonders in der langfristigen Stabilität nach 12 Monaten. Von den in Gruppen mit Hypnose behandelten Klienten waren nach drei Monaten 65 % und nach zwölf Monaten 45 % abstinent – (konservativ gemessen - optimistisch sogar 71 % und 53%). In der Einzeltherapie dagegen waren es 48% bzw. 22 %. Es ist zu vermuten, dass in der Gruppe Wirkfaktoren genutzt werden, die eine Stabilisierung des Therapieerfolges fördern, etwa die Patenschaften oder die virtuelle Solidarität mit der Gruppe derer, die gemeinsam die Entwöhnung begonnen haben – auch wenn sie sich nicht mehr treffen. Möglich auch, dass die Klienten in Einzelbehandlung eine stärkere Bindung an „ihre“ Therapeutin entwickeln und daher im Sinne einer sozialen Erwünschtheit möglichst versuchen, bis zur Katamnese abstinent zu bleiben, danach jedoch, wenn diese Motivation allmählich schwindet, rückfällig werden. Dies widerspricht auf den ersten Blick der vorherrschenden Meinung in der Literatur, die meist von einer höheren Effizienz der individuellen Behandlung ausgeht. Angesichts der potentiell sehr großen Zahl entwöhnungswilliger Raucher ist die hier gefundene Effektivität der Gruppenbehandlung ein ermutigendes Ergebnis.

Die Tatsache, dass das Ausmaß der Zigarettenreduktion im Zusammenhang mit der **Suggestibilität** der Probanden stand (die überdurchschnittlich Suggestiblen reduzierten ihren Konsum um etwa 20 Zigaretten mehr als die niedrig suggestiblen), entspricht der Auffassung der meisten Hypnoseforscher, dass eine Hypnosebehandlung nur wirksam werden kann, wenn die

betreffende Person ausreichend trancefähig ist. Dies wurde auch im Bereich der Raucherentwöhnung bereits verschiedentlich gezeigt.

Gerl und Freund (1999) halten die probeweisen **Abstinenztage** einerseits für aussagekräftige Prädiktoren hinsichtlich der längerfristigen Abstinenz und andererseits für ein Instrument der 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: 77% der Durchhalter waren bei der Nachbefragung abstinent. Allerdings waren immerhin 23% derer, die die Abstinenztage nicht durchgehalten hatten, bei der Katamnese ebenfalls abstinent. Wer die zweitägige Abstinenzzeit nicht durchgehalten hatte, brach die Behandlung zudem auch häufiger ab. Davon, dass eine Behandlung bei nicht durchgehaltenen Abstinenztagen in jedem Fall aussichtslos sei, kann nach diesen Befunden allerdings nicht ausgegangen werden.

Interessant waren die Ergebnisse zur Anwendung des **Nikotinpflasters**: Bei der Drei-Monats-Katamnese rauchten die Klienten, die eine Hypnosebehandlung *ohne Pflaster* durchlaufen hatten, etwa gleich viel wie diejenigen, die *zusätzlich Pflaster* verwendeten, während die in der Vergleichsgruppe *mit Pflaster, aber ohne Hypnose* deutlich mehr rauchten. Die Tatsache, dass die Selbstmedikation mit Nikotinpflaster die Wirksamkeit der Hypnose nicht steigerte, widersprach bereits den Erwartungen. Noch überraschender war dann die Tatsache, dass bis zur Zwölf-Monats-Katamnese Klienten die aufs Pflaster verzichtete, den Zigarettenkonsum unverändert gering hielten, während die Klienten, die *zusätzlich Pflaster* verwendet hatten, ihren Konsum wieder mehr als verdoppelten. Die vorliegenden Ergebnisse widersprechen damit der vorherrschenden Meinung vom positiven Effekt des Nikotinpflasters zumindest im Zusammenhang mit der Hypnotherapie (zum Beispiel Haustein, 2001). Die Ergebnisse sprechen eher dafür, dass die Selbstwirksamkeit und damit die Stabilität des Therapieerfolges stärker ist, wenn der Klient auf die Substitution verzichtet.

Zur **Raucherbiografie** konnte festgestellt werden, dass Teilnehmer, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten, ihren Konsum signifikant deutlicher reduzierten als die Entzugsnovizen. Die Anzahl der Aufhörversuche hatte darauf keinen Einfluss, steht jedoch mit einem erhöhten Drop-out-Risiko im Zusammenhang. Alle anderen Variablen (Einstiegsalter, Länge der Raucherkarriere, Grad der Abhängigkeit, Konsumhöhe) hatte keinen Einfluss auf den Entwöhnungserfolg – ebenso wie demografische Variable (Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit). Keine Unterschiede im Behandlungserfolg zeigten sich in Abhängigkeit von der jeweils behandelnden Therapeutin (zwei Frauen).

Da das Rauchen selbst auch Ritualcharakter hat, ist plausibel, dass 82 % der abstinenten Teilnehmer **Rituale** oder spezielle, für sie hilfreiche Verhaltensweisen entwickelt hatten, aber nur 18 % der nicht Abstinenten. Dieses Ergebnis unterstreicht, wie wichtig es ist, Klienten immer wieder zu ermuntern, eigene Rituale zur Bewältigung des Rauchwunsches zu entwickeln.

Psychische Symptombelastung, scheint sich ungünstig auf den Therapieerfolg auszuwirken. 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.

In der **Ärger-Disposition** (STAXI) haben die Abstinenten signifikant niedrigere Werte als die nicht Abstinenten. Die erfolgreichen Klienten erlebten subjektiv weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder frustriert. Nach der Behandlung wiesen die Abstinenten ebenfalls signifikant niedrigere Werte im Ärgerausdruck auf als nicht Abstinenten, während sich bei der Messung zu Behandlungsbeginn hierin noch keine Unterschiede gezeigt hatten. Die Ärger-Reaktionen nahmen also bei erfolgreichen Klienten ab; gleichzeitig gaben sie an, intensivere Ärgergefühle als zum Behandlungsbeginn zu haben. Das war bei den nicht Abstinenten nicht der Fall. Dies könnte so interpretiert werden, dass das Rauchens den Ärger dämpft („verdampft“) und dessen erlebte Intensität bei Abstinenz ansteigt, während die Raucher ihre Wut sich weiterhin in Rauch auflösen. Alle hier untersuchten Raucher hatten im Vergleich

mit der Eichstichprobe bei Behandlungsbeginn erhöhte Werte - insbesondere die Frauen und die später nicht Abstinente. Diese Klienten waren demnach gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung empfindlich und hatten gleichzeitig erhöhte Werte in der Ärgerkontroll-Skala - hier insbesondere Männer und später Abstinente. Dieser Personenkreis wendete offenbar viel Energie zur Kontrolle ihrer Emotionen in Ärgersituationen auf.

Wie diese komplexen Ergebnisse zum Umgang mit Ärger zu deuten sind, darüber kann nur spekuliert werden. Hier wären weitere Studien von Nöten. Festzuhalten bleibt jedoch, dass Ärgerverarbeitung für das Rauchen und die Entwöhnung eine bedeutende Rolle zu spielen scheint und dass Männer und Frauen sowie Erfolgreiche und Rückfällige mit Ärger unterschiedlich umgehen. Es erscheint daher zweckmäßig, in der therapeutischen Arbeit mit Rauchern den Umgang mit aggressiven Gefühlen zu thematisieren, da das Rauchen wohl in Ermangelung anderer Strategien – eingesetzt wird, um Ärger und Wut leichter steuern zu können.

Zur Kritik

Der vorliegende Artikel fasst drei Studien zur Raucherentwöhnung mit Langzeitkatamnese zusammen. Die Teilnehmer der Studien wählten die jeweilige Behandlungsform selbst und es gab keine unbehandelte Kontrollgruppe. Dieses Vorgehen ist ethisch vertretbar und entspricht praktischer Hinsicht dem Realfall. Placebotherapie und randomisierte Experimente sind in der Psychotherapie von fragwürdiger Validität für die Versorgungspraxis (Revenstorf 2005).⁴ Die Aussagen sind allerdings nur korrelativ zu interpretieren: Die Behandlung ist für Patienten wirksam, die sich für sie entschieden haben. Eine Randomisierung wäre vielleicht bei Ausschreibung eines unspezifischen Angebotes einer nicht näher beschriebenen Art von Raucherentwöhnung denkbar gewesen; dies wurde versucht, stieß aber nur auf sehr mäßiges Interesse. Daher wurden die Behandlungsformen beim Namen genannt und freiwillige Klienten dafür gesucht. Außerdem kann man bei erkennbarem Vor- oder Nachteil einer Therapieform, diese dem Klienten weder randomisiert verweigern noch verordnen, ohne seine Autonomie zu verletzen und sich massive Motivationsprobleme einzuhandeln. Für Hypnose trifft dies in erhöhtem Masse zu. Niemand lässt sich gegen seinen Willen auf Hypnose ein. Allerdings waren bezüglich relevanter demografischer Variablen und Schwere des Zigarettenkonsums alle Gruppen vergleichbar.

⁴ Ein glaubhaftes psychologisches Placebo zur Absicherung der spezifischen Wirkung der Therapie gibt es nicht, schon weil es in der Psychotherapie keine doppelblinde Anwendung gibt. Eine medikamentöse Placebobehandlung wäre prinzipiell mit einem Pseudonikotinpflaster möglich, stand aber hier nicht Vordergrund des Interesses.

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.
- Barabasz, Baer, Sheehan & Barabasz (1986). A three-year follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 34; 169–181.
- Barkley, Hastings & Jackson (1977). The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 25; 7–17.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (1991). AKR: Arbeitskreis Raucherentwöhnung. Herrenbergerstr. 23, 72070 Tübingen.
- Batra, A., Schupp, P. E. & Buchkremer, G. (1998). Die Behandlung von schwerabhängigen Rauchern mit Nikotinpflaster und Nikotinnasenspray. In: Hausteil (Hrsg.): *Rauchen und Nikotin – Aktuelle Beiträge zur Raucherentwöhnung*. 1. Deutsche Nikotinkonferenz, Erfurt, 15. 5. 1998. Verlag Perfusion GmbH, Nürnberg.
- Batra A (2002) *Tabakabhängigkeit – evidenzbasierte Strategien der Behandlung*. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. 96:281-286
- Berkowitz, B., Ross-Townend, A, & Kohberger, R (1979). Hypnotic treatment of smoking: The single-treatment method revisited. *American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 83–85.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schonke, R. (1999). Die Effektivität der Hypnotherapie: Eine meta-analytische Studie. Vortrag auf der Jahrestagung der M.E.G., 1999. Bad Orb.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Breteler, A., Mertens, C. & Rombouts, M. (1990): Motivation to change smoking behavior: Determinants in the contemplation stage. In: Schmidt, L. R. & Schwenkmezger, P. & Maies, K. (Eds.): *Theoretical and applied aspects of health psychology (1993)*. Chur. Harwood.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (1995). *Tabak-Abhängigkeit in: Faust, Volker: Psychiatrie, ein Fachbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Fischer Verlag.
- Buchkremer, G. & Rehms, W. (1991). *Nikotin: Abhängigkeit und Entwöhnung in Psychiatrie für die Praxis* 13. München: MMV Medizin Verlag; 153–157.
- Cardona, E. & Martin, M. (2000). Tobacco Addiction and hypnosis: Performance of a two session hypnosis-based protocol in a clinical series. 15. Internationaler Kongress für Hypnose. München, 2. – 17. 10. 2000.
- Deutsche Krebshilfe (1996). *Informationen zum Nichtrauchen*. Internet.
- Dupree, T. & Bölcskei, P. L. (1998). Gesund ins Erwachsenenalter am Beispiel des schulischen Präventionsprogramms Klasse 2000. In: *Rauchen und Nikotin – Aktuelle Beiträge zur Raucherentwöhnung (Hrsg. K.-O. Hausteil)*. 1. dt. Nikotinkonferenz. Verlag Perfusion GmbH, Nürnberg. 69–73.
- Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. & Rudinger, G. (Hrsg.) (1996). *Handbuch quantitative Methoden*. Psychologie Verlags Union, Weinheim. Beltz Verlag. 253–283.
- Fiore, M. C., Bailey W. C. & Cohen, S. J. et al. (1996). *Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline*, 18. Rockville, M. D.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Franke, G. (1977). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)*. Deutsche Version: Beltz Test.
- Gerl, W. & Freund, U. (2001). *Rauchen*. In: Revenstorf, 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.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion – based approaches to smoking cessation: An examination of evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 48 (2). 195–224.
- 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.
- Heatheron et al. (1991) The Fagerström Test of Nicotine Dependence: arevision of the Fagersröm Tolerance Questionnaire. *Brit.J.Add.* 1991; 86: 119–127.
- Henning, T. J & Trabert, W. (1999). *Sanitas Klinik Garmisch GmbH, Von-Müller-Str.12, 82467 Garmisch-Partenkirchen*
- Javel, A. F. (1980). One-Session Hypnotherapy for Smoking: A Controlled Study. *Psychological Reports*, 46, 895–899.
- Kline, M. V. (1970). The Use of Extended Group Hypnotherapy Sessions in Controlling Cigarette Habituation. *The Internations Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 18; 270–282.
- 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.
- Martin, J., Cummings, A. L. & Hallberg, E. T. (1992). Therapists' intentional use of metaphor: Memorability, clinical impact, and possible epistemic /motivational functions. *Journal of Consulting and Counseling Psychology* 60 (1); 143–145.
- Mosteller, F. & Tukey, JW (1977). *Data analysis and regression. A second course in statistics*. London: Addison Wesley
- Nuland, W. & Field, P. B. (1970). Smoking and hypnosis: A systematic clinical approach, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1979, 18, 290–306.
- Perry & Mullen (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behaviour treated by an hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology*. 31; 498–505.
- Peter, B. (1991). Was ist Hypnose. In: Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (Hrsg.) *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Huber, Bern.
- Peter, B. (1993). Hypnotische Phänomene. In: Revenstorf, D. (Hrsg.) (1993). *Klinische Hypnose*. (2. Auflage). Berlin. Springer; 25–68.
- Peter, B. (2001). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer; 119–140.
- Rabkin, S. W., Boyko, E., Shane, F. & Kaufert, J. (1984). A randomized Trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behaviour Modification, Health Education or Hypnosis. *Addictive Behaviours*, 9, 157–173.
- Revenstorf, D. et al. (1978). Linear models for the analysis of the relation between motivation and therapy outcome.
- Revenstorf, D. & Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In: *Feuerlein: Theorie der Sucht*. Heidelberg; 121–150.
- Revenstorf, D. (1991). Hypnose als kognitive Therapie. In: Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Verlag Hans Huber. Stuttgart.
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (1993). *Klinische Hypnose*. (2. Auflage). Berlin. Springer.
- Revenstorf, D. (1994). Conceptions of the unconscious from Freud to Erickson. *Hypnos* 21 (4); 91–107.

- Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition* 11 (1 & 2); 190–224.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis.* Springer.
- Revenstorf, D. (2003). Die Effekte der Hypnotherapie, *Hypnose-Bulletin-CH*, 8, 4-19
- Revenstorf et al. (2003) Expertise zur wissenschaftlichen Evidenz der Hypnotherapie für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesregierung. Siehe <http://homepages.uni-tuebingen.de/revenstorf>
- Sanders, S. (1977). Mutual group hypnosis and smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 20; 131–135.
- Schlarb, A. & Schweizer, C. (1999). *Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung.* Diplomarbeit Eberhard-Karls-Universität. Psychologisches Institut Tübingen.
- Schulte, R. & Hueber, R. (2000). Raucherentwöhnung und Hypnose: Stand der Forschung und Evaluation eines hypnotherapeutischen Nichtrauchertrainings. 15. Internationaler Kongress für Hypnose. München, 2. – 17. 10. 2000.
- Schweizer, C., Schlarb, A. & Revenstorf, D. (2001). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen. *Experimentelle und klinische Hypnose. Sonderdruck.* 17 (1); 61–99.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI): Handbuch.* Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto.
- Shewchuk, L. A., Dubren, R., Burton, D., Forman, M., Clark, R. R., & Jaffin, A.R. (1977). Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers. *International Journal of the Addictions*, 1977, 12, 323–336.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis: Final remarks in response to the discussants, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1970, 18, 268–269.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1970, 18, 235–250.
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* New York. Basic Books.
- Stanton, H. E. (1978). A one-session hypnotic approach to modifying smoking behavior, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1978, 16, 22–29.
- Stumpfe, K.-D. & Vähjunker, A. (1991b). Raucherentwöhnung im Alter. *Der Allgemeinarzt* 12. 942–952.
- Stumpfe, K.-D. (1989). Jugend und Rauchen – die Raucherkarriere. *Das öffentliche Gesundheitswesen* 51. 7–11.
- Stumpfe, K.-D. (1992). So gewöhnen Sie ihrem Patienten das Rauchen ab! Methoden der Raucherentwöhnung. *Der Allgemeinarzt* 14. 1150–1153.
- Stumpfe, K.-D., Vähjunker, A. & Kulig, P. (1992). Ursachen für Rückfälle bei Nikotinabstinenz. *Psychomed*, 4, 48–51.
- Tölle, R., (1997). Politische und medizinische Dimension des Tabakrauchens. *Deutsches Ärzteblatt* 94, Heft 19. (23).
- Tölle, R. & Buchkremer, G. (1989). *Zigarettenrauchen, Epidemiologie, Psychologie, Pharmakologie und Therapie.* Springer. Berlin.
- Watkins, H. H. (1976). Hypnosis and smoking: A five-session approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1976, 24, 381–390.
- Williams, J. M. & Hall, D. W. (1988). Use of Single Session Hypnosis for Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, J 3, 205–208.
- 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.

- Zeig, J. K. (1993). Raucherentwöhnung. In: Revenstorf, D. (Hrsg.). (1993). Klinische Hypnose. Berlin. Springer.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV): Manual. Beltz Test.