

Teil A – Hintergrund

1 Einleitung

Kristina Fuhr

Bezogen auf die mit einer Krankheit gelebten Lebensjahre (Years lived with Disease/Disability, YLD), die regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben werden, sind psychische Störungen der Hauptgrund für chronische Erkrankungen in der europäischen Bevölkerung. Dabei stehen Depressionen mit etwa 7,5% im Jahr 2015 mit an vorderster Stelle für YLD (Global Health Estimates 2015; World Health Organization 2017). Es scheint, als wären die Prävalenzen für die Major Depressionen in den letzten Jahren angestiegen, wenn man beispielsweise die Prävalenzraten in den USA in den letzten Jahrzehnten miteinander vergleicht (Kessler et al. 2003; Kessler et al. 2012). Dabei wurden im Jahr 2003 Lebenszeitprävalenzen von 16–20% (Kessler et al. 2003), zehn Jahre später bereits von knapp 30% berichtet (Kessler et al. 2012). Die 12-Monatprävalenz dagegen liegt kontinuierlich um die 7–10% (Kessler et al. 2003, 2012; Jacobi et al. 2014). Das Ersterkrankungsalter hat sich hin zu jüngeren Jahrgängen verschoben, die meisten Betroffenen erkranken bereits vor dem 31. Lebensjahr (Jacobi et al. 2004). Mehr als 300 Millionen Menschen leiden unter Depressionen und machen etwa 4,4% der Weltbevölkerung aus (World Health Organization 2017). In Deutschland liegen die Ein-Jahres-Prävalenzen ebenfalls bei etwa 10%, wobei in der Regel etwa doppelt bis zwei Drittel so viele Frauen im Vergleich zu Männern betroffen sind (Jacobi et al. 2014; Steinmann et al. 2012). In weniger als 20% der Fälle kann eine depressive Episode chronisch verlaufen, aber auch wenn es zu vollständigen Remissionen kommt, besteht oft ein erhebliches Rezidivrisiko. In mind. 50% aller Fälle kommt es nach einer ersten depressiven Episode zu weiteren Episoden, wobei das Rezidivrisiko mit jeder Episode ansteigt, nach der dritten Episode liegt es bereits bei 90% (Belsher und Costello 1988). Depressionen weisen außerdem sehr hohe Komorbiditätsraten auf, insbesondere mit anderen psychischen Störungen, so zeigen um die 60% mind. eine weitere und knapp 25% sogar drei oder mehr komorbide Störungen (Jacobi et al. 2014), häufig finden sich darunter Angststörungen (50%), aber auch substanzbezogene Störungen (30%), somatoforme Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Es zeigen sich aber auch Komorbiditäten mit verschiedensten körperlichen Erkrankungen, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes (für einen Überblick siehe DGPPN et al. 2015, S. 18–19). Die gute Nachricht ist, dass die Dauer einer depressiven Episode durch eine Behandlung um etwa die Hälfte auf im Mittel 16 Wochen verkürzt werden kann (DGPPN et al. 2015). Die schlechte Nachricht ist, dass nur 42% aller Betroffenen eine adäquate Behandlung erhalten (Kessler et al. 2003; DGPPN et al. 2015).

1.1 Diagnose der Depression

Depressive Episoden sind gekennzeichnet von Traurigkeit und Interessensverlust (als Hauptkriterien), fast täglich anhaltend über mindestens zwei Wochen. Hinzu kommen Symptome wie Selbstwertverlust oder Schuldgefühle, Schlafstörungen und Appetitstörungen, Erschöpfung, Suizidgedanken, schlechte Konzentration, aber auch Antriebsstörungen. Die Symptome führen zu Beeinträchtigungen bei Arbeits- und Schulleistungen und in anderen Bereichen. Unterschieden wird zwischen einzelnen oder rezidivierenden Episoden, klassifiziert außerdem nach aktuellem Schweregrad. Je nach aktueller Ausprägung, früheren Episoden sowie Vorerfahrungen bzw. Präferenzen für eine bestimmte Behandlung, haben verschiedene Gesellschaften und Gremien in der nationalen Versorgungsleitlinie anhand der empirischen Evidenz verschiedene Behandlungsempfehlungen abgeleitet (DGPPN et al. 2015). Bezüglich der Diagnosestellung ist anzumerken, dass sich die Kriterien für eine depressive Episode im Großen und Ganzen auch bei den neuesten Entwicklungen der Klassifikationssysteme (z. B. DSM-5 und ICD-11) nicht verändert haben, auch wenn jede Depression anders aussehen kann, z. B. durch eine unterschiedliche Kombination der verschiedenen Symptome. Gerade das heterogene Bild der Depressionen (melancholischer Typus, atypische oder agitierte Form der Depression, Schlafstörungen, die im Vordergrund stehen oder auch chronische Verläufe etc.) macht es schwer, eine geeignete standardisierte Behandlung zu finden, welche die verschiedenen Symptombilder adäquat adressieren kann.

1.2 Leitlinienempfehlungen für die Behandlung

Die nationale S3-Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression (DGPPN et al. 2009, 2015) begründet ihre Empfehlungen zur Diagnosestellung und Behandlung durch die aktuelle Evidenz, die zudem im Expertenkonsensus erarbeitet und formuliert wurden. Vorrang wird dabei Übersichtsarbeiten sowie den Ergebnissen randomisiert-kontrollierter klinischer Studien (Randomized-controlled trials = RCTs) als wissenschaftlicher Grundlage für die wichtigsten Evidenzen und abgeleiteten Empfehlungen gegeben. Die aktuellste Leitlinienversion, Reports und Bearbeitungen sind unter <https://www.leitlinien.de/nvl/> abzurufen.

Die nationale Versorgungsleitlinie zur Depression ist eine der umfangreichsten Leitlinien und eine der wenigen, die sich speziell auf die in Deutschland am weitesten verbreitete psychische Erkrankung bezieht. Entsprechend detailliert werden hier die verschiedenen Behandlungsansätze vorgestellt, Hintergründe über das nationale Versorgungssystem gegeben und entsprechende Empfehlungen für die einzelnen Behandlungsansätze anhand deren Evidenz abgeleitet. Die Leitlinie empfiehlt z. B. bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden die

Anwendung einer Psychotherapie. Dabei gelten die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) sowie die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) als evidenzbasiert mit den meisten Studien und dem höchsten bzw. eindeutigsten Empfehlungsgrad. Insbesondere für die KVT liegen inzwischen die meisten Studien und Belege in Form von RCTs, aber auch diversen Meta-Analysen und anderen Überblicksartikeln vor (DGPPN et al. 2009, 2015). In der aktuellen Version der Leitlinie (DGPPN et al. 2015) werden Evidenzen für die Richtlinienverfahren, die vom Versorgungssystem abgedeckt werden (KVT, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie), aber auch für Systemische Therapie und Gesprächspsychotherapie dargestellt. In Deutschland ist die IPT jedoch weniger verbreitet und gehört nicht zu den Richtlinienverfahren, die von den Krankenkassen übernommen werden. Bei schweren Episoden wird explizit eine Kombinationsbehandlung von Antidepressiva und Psychotherapie empfohlen. Bei mittelschweren Episoden ist insbesondere die Vorgeschichte entscheidend für die Entscheidung zwischen einer Monotherapie mit Pharmapharmaka oder Psychotherapie. Die vorliegende Literatur belegt, dass bei leichten und mittelgradigen (teilweise auch bei schweren) Formen der depressiven Störung psychotherapeutische Verfahren kurzfristig ähnlich wirksam sind wie medikamentöse Therapien und langfristig sogar höhere Wirksamkeit insbesondere auf die Verhinderung von Rückfällen aufweisen (z. B. Hollon et al. 2005, DGPPN et al. 2015). Ein anderer Überblicksartikel konnte zeigen, dass psychologische Interventionen (KVT, Verhaltensaktivierung, aber auch IPT) gegenüber der üblichen Standardbehandlung, aber auch gegenüber einer strukturierten Pharmakotherapie überlegen waren (Cuijpers et al. 2011).

1.3 Psychotherapie bei Depression

Insgesamt zeigte sich im überwiegenden Teil der für die Leitlinie betrachteten Studien und Überblicksartikel entweder eine Überlegenheit oder Äquivalenz der Wirksamkeit von KVT im Vergleich zu anderen Behandlungsbedingungen. Einige der Meta-Analysen zeigten, dass die KVT in der Akutbehandlung gegenüber Warteliste, Pharmakotherapie und anderen Psychotherapieansätzen (IPT, psychodynamische Therapie, supportive Therapie oder Entspannungsverfahren) in der Reduktion depressiver Symptome im Mittel nach 16 Wochen überlegen war (z. B. Gloaguen et al. 1998; Gaffan et al. 1995). Andere hingegen fanden keine Unterschiede in der Wirksamkeit der KVT und der psychodynamischen Therapie oder anderer Ansätze (Shinohara et al. 2013; Mazzucchelli et al. 2009). Für die Leitlinie wurden nur zwei Meta-Analysen zitiert, die sich explizit mit der Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzpsychotherapien befassten und eine äquivalente Wirksamkeit wie für die KVT oder IPT fanden (Crits-Christoh et al. 1992; Leichsenring 2001). Des Weiteren wurden auch systematisch verschiedene Psychotherapieformen in ihrer Wirksamkeit miteinander verglichen, wie z. B. die

KVT und die Psychodynamische Therapie, wobei sich eine äquivalente Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie gegenüber der KVT zeigte, was als weitere Evidenz für die Wirksamkeit der Psychotherapie allgemein gewertet wurde (z. B. Driessen et al. 2014).

Auf Basis der vorliegenden Studien formulieren die Leitlinien deswegen eine Empfehlung für Psychotherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen mit dem höchsten Evidenz- und Empfehlungsgrad, ohne sich jedoch konkret auf eine bestimmte Psychotherapieform festzulegen. Eindeutig wird nach wie vor die gute Evidenz für die KVT betont.

Trotz der vielversprechenden Evidenz für die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Depressionen liegen die Erfolgsquoten bei der KVT und IPT nur bei etwa 50% (z. B. Luty et al. 2007). Mit dem Ziel einer Optimierung und Verbesserung der klinischen Wirksamkeit psychotherapeutischer Angebote für unipolar-depressive Störungen werden immer wieder neue Behandlungsansätze entwickelt und erforscht. So wurden beispielsweise Verfahren der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie, z. B. im Rahmen der Schematherapie (Young et al. 2003, 2007), der emotionsfokussierten Therapie (Greenberg und Watson 2006) sowie der CBASP (McCullough 2003), in den letzten Jahrzehnten stärker beforscht.

1.4 Stellenwert der Hypnotherapie

Erste Erwähnungen fand die Hypnotherapie (HT) in der klinischen Literatur bereits im 18. Jh. Bis heute liegen jedoch erst wenige randomisiert kontrollierte Studien zu hypnotherapeutischen Methoden, insbesondere zur Behandlung von Depressionen, vor. Frühe Studien befassen sich mehr mit klinischen Fallberichten (z. B. Erickson und Kubie 1941). Die Hypnotherapie findet deswegen auch keinerlei Erwähnung in der aktuellen S3-Versorgungsleitlinie zur Depression. Auch wenn es einige RCTs gibt, in denen unter Hypnose eine mittlere Wirksamkeit gefunden wurde (Flammer und Bongartz 2003), so beziehen sich die meisten der Studien mehr auf medizinische als psychische Störungen, zudem wurde in der Regel nicht mit einer vergleichbaren Behandlung, sondern mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung verglichen, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert. Eine Meta-Analyse zur Effektivität der HT zusätzlich zur KVT belegt additive Effekte der Hypnose auf verschiedene medizinische Probleme und einige Angstsymptome (z. B. Kirsch et al. 1995).

Was die Effektivität der HT bei Depressionen angeht, so liegen bisher zwar einige Studien vor, die jedoch methodische Schwierigkeiten aufweisen. Es gibt eine Meta-Analyse zur Behandlung von depressiven Symptomen (Shi et al. 2009), die eine signifikante Reduktion der Symptomatik durch HT nachweisen konnte, allerdings bleibt unklar, ob es sich dabei um Teilnehmer mit einer diagnostizierten depressiven Episode handelte oder nur um Personen mit selbstberichteten erhöhten depressiven Symptomen. In einem RCT, das eine Gruppentherapie mit

HT mit Yoga (jeweils zusätzlich zu Psychoedukation) und einer Bedingung mit reiner Psychoedukation verglichen, zeigte sich zwar eine Symptomreduktion für Patienten mit Dysthymie bzw. Depression, allerdings unterschied sich die Gruppe mit HT bezüglich des Anteils von Personen in Remission nicht signifikant von der Kontrollgruppe mit reiner Psychoedukation (Butler et al. 2008). Eine relativ neue Studie zeigte eine Überlegenheit der hypnotherapeutischen Behandlung gegenüber Gestalttherapie in Kombination mit KVT und einer Kontrollgruppe in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik. In diesem Fall handelte es sich tatsächlich um Patienten in klinisch diagnostizierter depressiver Episode. Die Fallzahl war allerdings extrem gering und die Auswahl der Patienten für die Studie sowie die Zuteilung zu den Bedingungen bleibt unklar bzw. quasi-experimentell (Gonzalez-Ramirez et al. 2017). Dagegen zeigte sich die »kognitive Hypnotherapie«, die aus einer Kombination von KVT mit zusätzlichen hypnotherapeutischen Elementen bestand, der reinen Behandlung mit KVT überlegen (Alladin und Alibhai 2007). Dies ist die einzige randomisiert-kontrollierte Studie, die mit entsprechender Fallzahl einen positiven Nachweis für HT erbringen konnte an einer Stichprobe mit diagnostizierter depressiver Episode. Jedoch ist kritisch anzumerken, dass ein zusätzlicher Effekt der HT auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass in dieser Bedingung zusätzliche Interventionen stattgefunden hatten, so dass eine Äquivalenz der beiden Bedingungen im Hinblick auf die erhaltene »Dosis« nicht gegeben war und somit auch die Ergebnisse nicht vergleichbar sind.

Es fehlen somit dringend noch weitere Wirksamkeitsnachweise insbesondere auf Basis von RCTs, speziell zur Behandlung von Depressionen mit HT im Vergleich mit der kognitiven Verhaltenstherapie.

Das hier präsentierte Manual wurde im Rahmen einer Psychotherapiestudie zum Vergleich von Hypnotherapie mit Kognitiver Verhaltenstherapie systematisch zusammengestellt. Das RCT wurde durchgeführt, um zeigen zu können, dass HT im Vergleich zu einem anderen psychotherapeutischen Verfahren bezogen auf die Reduktion der depressiven Symptomatik nicht unterlegen ist. Gewählt wurde der Vergleich mit der KVT, die in den aktuellen Behandlungsleitlinien mit der höchsten Evidenz empfohlen wird. Die Studie wurde zwischen 2014 und 2018 am Universitätsklinikum Tübingen durchgeführt und finanziell von der Milton Erickson Gesellschaft (MEG) unterstützt. Verschiedene Hypnotherapeuten der MEG haben für die Anwendung in der Studie das hier präsentierte Manual als eine Sammlung verschiedener therapeutischer Strategien aus dem Bereich der hypnotherapeutischen Arbeit zusammengestellt. Neu an dem Manual ist, dass die verschiedenen hypnotherapeutischen Module in ein strukturbezogenes Modell der Hypnotherapie (► Kap. 3) eingebettet sind.

In der Studie wurden insgesamt 152 Patienten mit aktueller leichter oder mittelgradiger depressiver Episode (basierend auf den Empfehlungen der Versorgungsleitlinie) jeweils zur Hälfte einer Behandlung mit HT oder KVT randomisiert zugewiesen. Die Dauer der ambulanten Einzelbehandlung beinhaltete jeweils bis zu 20 Sitzungen in einem Zeitraum von 24 Wochen. Nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung mit HT oder KVT sowie sechs und zwölf Monate später wurden alle Teilnehmer bezüglich ihrer Symptomatik – durch für

die Studienbedingung blinde Diagnostiker – nachbefragt. Die Teilnahme an der Studie war mit der 12-Monats-Katamnese für die Patienten nach insgesamt anderthalb Jahren beendet (für den Studienablauf siehe Fuhr et al. 2017).

Im Rahmen der durchgeführten Studie konnte gezeigt werden, dass die HT der KVT nicht unterlegen war (Fuhr et al. 2019).

2 Einführung in die Hypnotherapie

Dirk Revenstorf

2.1 Allgemeines

Bestimmte Dinge werden in jeder Therapie ähnlich ablaufen, egal ob es um eine kognitiv-verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, humanistische oder eine andere Art der Behandlung geht. Derartige Aspekte sind z. B. Einfühlung, Interesse zeigen, Exploration von aktuellen Themen oder von Erfahrungen seit bzw. in der letzten Sitzung, etc. Hypnotherapie unterscheidet sich im sprachlichen Duktus von anderen Therapien, da dem *Pacing* besondere Bedeutung gegeben wird (s. u.). *Pacing* im hypnotherapeutischen Sinne meint, sich als Therapeut zunächst ganz an die Gefühle, die Gedanken, die vorherrschenden Sinnesmodalitäten und das gezeigte Verhalten des Patienten anzudocken, die Äußerungen des Patienten dabei z. B. wortwörtlich zu wiederholen sowie ggf. auch schon mit einigen eingestreuten Sätzen zu kombinieren, die ein vertieftes (genetisches) Verständnis für das jeweilige Leiden ausdrücken.

Darüber hinaus gibt es spezifische Charakteristika der therapeutischen Nutzung der hypnotischen Trance, die hier kurz beschrieben werden.

Hypnose ist ein traditionelles Heilverfahren, das eine der Urformen der Psychotherapie darstellt, wenn man Mesmers Gruppensitzungen im 18. Jahrhundert als Vorläufer psychotherapeutischer Behandlung versteht. Er sah die Heilung in einer angenommenen Regulierung von Energieströmen im Organismus. Die heutige Hypnotherapie, die sich im 20. Jahrhunderts unter dem Einfluss des amerikanischen Psychiaters Milton H. Erickson entwickelte (Erickson und Rossi 2006), ist eine breit angelegte Methode mit einem vollkommen anderen Verständnis von Psychotherapie. Sie verfügt über eine Vielzahl unterschiedlichster Techniken, die praktisches Handwerkszeug zur Erreichung bestimmter medizinischer und psychotherapeutischer Ziele liefern. Sie ist in erster Linie an Problemlösung und Gesundheit und erst in zweiter Linie an Ursachenforschung und Diagnostik orientiert.

Hypnose, bzw. genauer: hypnotische Trance ist nach neueren neurobiologischen Erkenntnissen ein Zustand veränderter mentaler Verarbeitung, in dem die Selbstreflexion vermindert, die Aufmerksamkeit fokussiert und die Absorption in Vorstellungen gesteigert sind (Revenstorf und Peter 2015; Revenstorf 2017; Peter und Revenstorf 2018). Dadurch entsteht eine größere Durchlässigkeit zu körperlichen Prozessen, zur Erinnerung, zu emotionalem inneren Erleben, ein eher intuitiver Zugang zu Bildern sowie eine erhöhte Suggestibilität. Hypnotische Trance geht im Allgemeinen mit einer Innenwendung der Aufmerksamkeit und

einer größeren gedanklichen Freiheit einher, als sie das Alltagsbewusstsein zulässt, wodurch innere Suchprozesse und neue assoziative Verknüpfungen erleichtert werden. Dies kann zur Beeinflussung somatischer und psychosomatischer Probleme, zur Unterbrechung motorischer Muster, zur Erweiterung des Selbstbildes und anderer kognitiv-affektiver Schemata herangezogen werden. Empirische Belege der Wirksamkeit hypnotherapeutischer Interventionen liegen in unterschiedlichsten Bereichen vor, wie in der Schmerz- und Angstbehandlung und bei Verhaltensstörungen wie Tabakabusus und Übergewicht (Hagl 2016; Reventorf und Peter 2015; ► Kap. 1.4). Hypnotherapie wurde 2006 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als Behandlungsmethode für bestimmte Indikationen anerkannt (Bekanntmachungen 2006).

Wissenschaftstheoretisch beansprucht die Hypnotherapie einen konstruktivistischen Standpunkt, in dem davon ausgegangen wird, dass Verhalten durch Schemata gesteuert wird, in die bestimmte, manchmal dysfunktionale Konzeptionen bezüglich der Umwelt und des Selbstbildes eingehen. Der veränderte Bewusstseinszustand der hypnotischen Trance erleichtert eine Revision dieser Sichtweisen und Haltungen. Während die allgemeinen hypnotischen Phänomene (Katalepsie, Zeitverzerrung, Amnesie, Hypermnésie, sensorische Illusionen) experimentell gut untersucht wurden, sind manche der theoretischen Annahmen, z. B. bezüglich der Wirkungsweise strategischer Interventionen, der Notwendigkeit von Konfusion oder Amnesie bisher eher spekulativ.

Ein wesentliches Merkmal hypnotherapeutischer Arbeit liegt im ressourcenorientierten Vorgehen, d. h. die Ausrichtung auf die Fähigkeiten und noch unentwickelten Potenziale des Patienten und nicht auf dessen Defizite. Während die defizitorientierte psychiatrische Diagnostik eher zu einer Selbstwertschwächung des Patienten beiträgt, wird mit dem *Utilisationsprinzip* darauf hingearbeitet, Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Symptome – etwa Schmerzen, Rauchen, Phobien – werden als (meist obsoleter) Lösungsversuche für bestimmte Probleme verstanden, für die eine Alternative angestrebt wird, die sich vom Problemverhalten dadurch unterscheidet, dass dafür bisher ungenutzte eigene Möglichkeiten des Patienten einbezogen (utilisiert) werden.

Mehr als in anderen Therapieformen wird das Behandlungsangebot auf die Individualität des Patienten abgestimmt. Es richtet sich nicht so sehr nach einem neu zu erlernenden Soll-Zustand, sondern versucht den Ist-Zustand und manchmal sogar das Symptom selbst für eine Veränderung zu nutzen. Die Betonung der individuellen Besonderheiten des Patienten unterstützt auch die Entwicklung einer positiven Beziehung zum Patienten. Dabei dient die Charakteristik seines Interaktionsstils als Hinweis für die Gestaltung der Beziehungsaufnahme auch in Hinblick auf die Psychodynamik der Interaktion und eine eventuelle Strukturchwäche des Patienten (► Kap. 3.3). Mit Eigenschaften wie Ressourcenorientierung, Utilisation und der veränderten Informationsverarbeitung bei inneren Suchprozessen erweist sich die Hypnotherapie als eine flexible Methode, die auch mit anderen Therapieformen kombiniert werden kann.

Ein Unterschied zu anderen Therapieformen besteht im Verzicht auf absolute Transparenz des Vorgehens in der Hypnotherapie und dem Vertrauen auf unbewusste Verarbeitungsprozesse. Es wird angenommen, dass der Patient aufgrund