

## **Die therapeutische Vielfalt in der Depressionsbehandlung**

### **Welchen Beitrag liefert die Psychotherapie?**

*Anil Batra  
Kristina Fuhr*

Um die Bedeutung einer Erkrankung für eine Gesellschaft zu quantifizieren, wird deren ökonomische Folge errechnet und als „Krankheitslast“ angegeben. In der Prognose der WHO zur Krankheitsbelastung (Burden of disease) in den Industrieländern im Jahr 2030 steht die unipolare Depression an erster Stelle, gefolgt von den ischämischen Herzerkrankungen, Demenzen und alkoholbezogenen Suchterkrankungen (NVL Depression DGPPN, 2015). Dies verdeutlicht zwar die Bedeutung der depressiven Erkrankungen für die Gesellschaft, macht aber bei weitem noch nicht deutlich, mit welchem Leid dies für die betroffenen Menschen oder deren Umgebung verbunden ist.

Die Kategorisierung aus medizinischer Sicht soll helfen, Symptomkonstellationen zu Krankheitsentitäten zusammenzufassen, das Störungsbild fassbar, beschreibbar und letztlich auch therapierbar zu machen – in der Vorstellung, ähnliche Symptomkomplexe reagieren auch in ähnlicher Weise auf Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung. Im ICD-10, der aktuell gültigen 10. Version der „International Classification of Diseases“ werden depressive Erkrankungen nach Auftretenshäufigkeit, Schwere der Symptomatik und Polarität der affektiven Auslenkungen unterschieden. Depressive Störungen treten demnach als leichte, mittelschwere oder schwere uni- oder bipolare (manisch-depressive), ein- oder mehrphasische bzw. rezidivierende depressive Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission oder in selteneren Fällen auch als chronifizierte depressive Störungen auf, letztere dann, wenn sie mindestens zwei Jahre bestehen.

Neurobiologische Hypothesen favorisieren in der Erklärung des Erscheinungsbildes nach wie vor das Serotonin-Mangelsymptom und gehen davon aus, dass die

Anil Batra und Kristina Fuhr

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

### **Die therapeutische Vielfalt in der Depressionsbehandlung. Welchen Beitrag liefert die Psychotherapie?**

*Die Zunahme der Krankheitslast („burden of disease“) durch depressive Erkrankungen in den Industrieländern verlangt nach einer größeren Aufmerksamkeit von Forschung, Prävention und Behandlung. Während die aktuellen Therapie-Leitlinien vor allem die kognitiven Verhaltenstherapien sowie medikamentöse Behandlungsstrategien ausführlich darlegen, fehlen noch evidenzbasierte Anhaltspunkte zur Einordnung anderer Psychotherapieverfahren (z. B. der dritten Welle der Verhaltenstherapie oder Hypnotherapie). Hier besteht noch ein erheblicher Bedarf seitens der Psychotherapieforschung. Eine Recherche zu laufenden Forschungsaktivitäten in der Hypnotherapie auf der Plattform „clinicaltrials.gov“ zeigt, dass derzeit nur wenige Studien im randomisiert klinischen Design durchgeführt werden. Eine Ausnahme stellt die „WIKI-D“-Studie dar, in der eine 20stündige Hypnotherapie hinsichtlich der Gleichwertigkeit zur kognitiven Verhaltenstherapie untersucht wird. Noch stehen wir am Anfang der Entwicklung störungsspezifisch-individualisierter Therapiekonzepte in der Depressionsbehandlung. Nur ein höherer Individualisierungsgrad durch die Diversifizierung der Angebotspalette und Erstellung von klaren Zuweisungskriterien wird die Versorgungssituation depressiver Menschen verbessern können.*

*Schlüsselwörter: Depression, Verhaltenstherapie, Psychotherapie, Hypnotherapie*

### **The therapeutic variety in the treatment of depression. The contribution of psychotherapy**

*The increase in the burden of disease by depressive diseases in industrialized countries calls for greater attention from research, prevention and treatment. While the current therapy guidelines mainly focus on cognitive behavioral therapies as well as pharmacotherapy, there is still low evidence-based evidence for the recommendation of other psychotherapy methods (for example, third wave of behavioral therapy or hypnotherapy). There is also a great need for research on efficacy of psychotherapy in general. An evaluation of ongoing research activities in hypnotherapy „clinicaltrials.gov“ shows that only a few studies are conducted in a randomized clinical design. The “WIKI-D” study is an exception – this study compares a 20-session hypnotherapy to cognitive behavioral therapy with regard to equivalency. We still are at the beginning of the development of individualized therapy concepts in depression treatment. Only a higher degree of individualization through the diversification of the range of services and the establishment of clear allocation criteria will improve the treatment resources for depressed persons.*

*Keywords: Depression, behavioural therapy, psychotherapy, hypnotherapy*

Prof. Dr. Anil Batra

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Calwer Str. 14, 72076 Tübingen

anil.batra@med.uni-tuebingen.de

erhalten: 15.3.17

akzeptiert: 13.4.17

Symptomatik durch eine relative Unterversorgung mit dem Transmitter Serotonin zwischen dem präsynaptischen serotonergen Neuron und dem postsynaptischen Neuron bedingt ist. Alternativ werden auch Störungen des dopaminergen oder noradrenergen Systems angenommen. Diese Befunde sind letztlich die Grundlage für die Entwicklung spezifischer Medikamente zur Behandlung des depressiven Syndroms. Dieser Behandlungsansatz greift auf chemischem Wege in die neurobiologische Grundlage des Fühlens und Denkens ein und versteht „normales“ persönliches Erleben, Fühlen, Denken, Bewerten, Phantasieren, Träumen und Handeln als Folge eines ungestörten Transmitterstoffwechsels.

Mit dem Übergang der Vorgängerversion ICD-9 zu ICD-10 wurde eine bis dahin in Ansätzen bestehende ätiologische Differenzierung der depressiven Störung im Sinne einer eher „endogenen“, reaktiven und neurotischen Depression zugunsten eines einheitlichen Depressionsbegriffes aufgegeben, in welchem die Schwere der Symptomatik und die Häufigkeit der einzelnen Phasen für die Klassifikation bedeutsamer geworden sind, als Hypothesen zu individuellen Konstellationen neurobiologischer und psychologischer Bedingungen.

Anders verhält sich die psychotherapeutische Forschung und Therapiekonzeption: hier spielen – sowohl im Verständnis der tiefenpsychologisch basierten Psychotherapieausrichtungen als auch der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und ihren Weiterentwicklungen, z.B. der interpersonellen Psychotherapie (IPT) oder Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy“ (CBASP) – eine biographisch abgeleitete Bedingungsanalyse oder eine funktionale Interpretation der Symptome auf dem Boden individueller Charakterisierungen eine richtungweisende Rolle für die Therapie: frühe Traumatisierungen in Form von emotionalen Vernachlässigungen, körperlichen oder sexuellen Traumatisierungen, ein „Verstärkermangel-Syndrom“ infolge Verlust sozialer Beziehungen durch Vereinsamung, Entwurzelung, Fehlen wichtiger Lebenspartner, auch soziodemographische Einflüsse im Zuge von Migration mit Verlust der vertrauten sozialen Umgebung oder individuelle Einschränkungen in der Verstärkerbeschaffung. Auch schwerwiegende plötzliche Lebensereignisse sind im Verständnis psychotherapeutischer Modelle Entstehungs- oder Auslösebedingungen für depressive Episoden, wenn sie die Ressourcen des Einzelnen für Krankheits- und Trauerbewältigung überschreiten.

In der nationalen Versorgungsleitlinie unipolare Depression (Langfassung AWMF-Registernummer NVL-005, Version 2, 2015, <http://www.awmf.org>) wird in der Differentialdiagnostik der depressiven Störung dagegen nur zwischen einer leichten, mittelgradigen oder schweren Depression unterschieden, die für die Beschreibung „differenzierter Behandlungspfade“ handlungsleitend ist: in jedem Fall steht zunächst die Aufklärung über die Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten in Form der Psychoedukation an erster Stelle, ehe in einem Prozess der „partizipativen Entscheidungsfindung“ die therapeutischen Vorgaben im Sinne einer abwartenden Begleitung bei der leichten Depression bzw. – im Fall einer anhaltenden Symptomatik – eine Ent-

### *Vielfalt in der Depressionsbehandlung*

scheidung für die Psychotherapie oder Pharmakotherapie getroffen wird. Bei einer mittelgradigen Depression dagegen kann eine Entscheidung für Psychotherapie oder Pharmakotherapie ohne weiteres Abwarten getroffen werden, während bei der schweren Depression einer Kombination aus beiden Vorgehensweisen empfohlen wird. Der Algorithmus in der Leitlinie sieht das regelmäßige Beobachten und Monitoring und eine klinische Wirksamkeitsprüfung nach drei bis vier Wochen vor. Ähnlich „präzise“ sind die Algorithmen bei der Pharmakotherapie depressiver Episoden, in welchen in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer komorbiden Störung (z.B. Angst, Schizophrenie, Sucht, Persönlichkeitsstörung) eine Auswahl unter den verfügbaren Antidepressiva getroffen wird. Bei psychotischen Symptomen wird beispielsweise die Ergänzung um ein Antipsychotikum vorgeschlagen. Klare Regeln empfehlen bei Therapieresistenz den Wechsel des Antidepressivums oder eine Augmentierung, schließlich auch den Einsatz der Elektrokrampftherapie bei Nichtansprechen auf ein Antidepressivum. Einschränkend darf angemerkt werden, dass die medikamentösen Behandlungsempfehlungen sich – evidenzbasiert – an Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit orientieren, die an „idealen Stichproben“ mit klassischen depressiven Störungen, jedoch ohne ätiologische Differenzierung der Symptomatik, erhoben wurden.

Zur Wertigkeit der Psychotherapie in Konkurrenz zur Pharmakotherapie wird in den Behandlungsempfehlungen der NVL ebenfalls Stellung bezogen: sofern ein alleiniges Behandlungsverfahren in Erwägung gezogen werde, solle bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden. Laut Expertenkonsens sollten depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten.

Ähnliche Aussagen treffen die Experten der US-amerikanischen Leitlinien, in welchen bei depressiven Störungen eine CBT (cognitive behavioural therapy) oder IPT (interpersonal therapy) empfohlen wird, im Fall von atypischen Symptomen der Depression oder beim melancholischen Subtyp der Depression alternative Vorgehensweisen i. S. einer alleinigen Anwendung der CBT oder aber einer bevorzugten Anwendung von Antidepressiva der Vorzug gegeben wird. Die differentielle Indikation für den Einsatz verschiedener psychotherapeutischer Verfahren richtet sich hierbei nach der Phase der Depression: In der Akutphase werden Verhaltensaktivierung, auch IPT oder CBT empfohlen, in der Stabilisierungsphase IPT oder CBT, für die Rückfallprophylaxe ein achtsamkeitsbasiertes Therapieverfahren aus der dritten Welle der Verhaltenstherapie, die „Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT).

Da evidenzbasierte Leitlinien sich an publizierten wissenschaftlichen Erkenntnissen aus randomisierten, kontrollierten Vergleichsstudien orientieren, bleiben Psychotherapierichtungen ohne klassischen Wirksamkeitsnachweis überwiegend unberücksichtigt. So wird beispielsweise für die Behandlung einfacher monopolarer Depressionen keine Aussage zur Wirksamkeit der Hypnose getroffen, lediglich im Kapitel zur Behandlung perinataler Depressionen wird resümiert, derzeit bestünde keine ausrei-

chende empirische Evidenz, um Empfehlungen für Lichttherapie, Akupunktur oder Hypnose zur Prävention und Behandlung zu geben.

Behandlungsleitlinien sind somit, trotz aller methodisch korrekten Vorgehensweise und einer ausgezeichneten Evidenzbasierung, in einer „Schieflage“, da sie neuere psychotherapeutische Strömungen nicht aufzugreifen bzw. zu bewerten in der Lage sind.

### **Die moderne Psychotherapie der Depression**

Die Psychotherapie der depressiven Störungen hat ihre Ursprünge in der psychoanalytischen Psychotherapie und hat im Verlauf der psychotherapeutischen Diversifizierung mit den verschiedenen Phasen, die die Entwicklung der Psychotherapie durchlaufen hat – von einer Methodenspezifität hin zu einer Syndromspezifität und Störungsspezifität – mannigfaltige Veränderungen und Bereicherungen erfahren (Buchkremer et al., 2013).

Im klinischen Alltag hat heutzutage die kognitive Verhaltenstherapie in Deutschland eine dominierende Rolle eingenommen. Im verhaltenstherapeutischen Verständnis ist die klassische Verhaltenstherapie durch ihre Zielsetzung wirksam, den Mangel verhaltenskontingenter positiver Verstärkungen auszugleichen. Zusätzliche Techniken dienen der Überwindung von Störungen des Sozialverhaltens infolge eines gehemmten oder reduzierten Verhaltensrepertoires und hierdurch belasteter Beziehungen. Die Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie zur „kognitiven Verhaltenstherapie“ (auch bezeichnet als zweite Welle der Verhaltenstherapie nach dem zunächst eher behavioristischen Ansatz) mit der Bearbeitung des einseitigen, willkürlichen, selektiven und übertrieben negativen Denkens Depressiver und der damit verbundenen überdauernden dysfunktionalen Kommunikationsformen eröffnete auch Zugangswege zu den Ursprüngen der Störung in der Kindheit. Störungen der natürlichen Reifung und Persönlichkeitsentwicklung, negative Erfahrungen, Verluste oder das Erleben der fehlenden Kontrolle in emotional belastenden Situationen gewinnen in der kognitiven Verhaltenstherapie innerhalb der „Persönlichkeitsvariable“ sowie der Summe von Erfahrungen und Einstellungen an Gewicht. Sozialisationsbedingte Erfahrungen, Systemanforderungen und die Aktivierung und Verstärkung dieser „Schemata“ durch belastende Situationen mit der Folge automatisiert ablaufender dysfunktionaler oder irrationaler Kognitionen sowie verfestigter generalisierter Überzeugungssysteme sind Inhalt einer modernen Verhaltenstherapie.

Weiterentwicklungen und Varianten sind beispielsweise die interpersonelle Psychotherapie (IPT), die eine Kurzzeitbehandlung bei unipolaren Depressionen mit psychodynamischen Ansätzen und verhaltenstherapeutischen Elementen beinhaltet. Dabei werden insbesondere typische Problembereiche wie Trauer, zwischenmenschliche Konflikte (beruflich, familiär, sozial), Rollenwechsel und -übergänge sowie Verlust und Einsamkeit thematisiert.

## **Neuere Entwicklung auf der Basis verhaltenstherapeutischer Verfahren**

Entwicklungen neuer Ansätze zielen darauf, unter Berücksichtigung biologischer, kognitiv- behavioraler, aber auch psychodynamischer Perspektiven des sozialen Umfeldes, auch therapeutische Variablen im Sinne der Übertragung und Beziehungsgestaltung zu integrieren und in dieser Synthese insbesondere für chronische Patienten, Patienten mit Doppeldiagnosen (Persönlichkeitsstörungen oder Traumafolgestörungen) wirksame Behandlungsangebote zu machen. So integriert Teasdale (2000) das Prinzip der Achtsamkeit in die Behandlung, McCoullough (2003) entwickelt die CBASP, die eine Synthese psychodynamisch orientierter und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Elemente versucht und wie die Schematherapie nach Young et al. (2003, 2007) oder aber die Megakognitive Therapie der dritten Welle der Verhaltenstherapie zuzuordnen ist. Weitere Beispiele sind die emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2006) sowie die kognitive analytische Therapie (CAT, Ryle & Kerr, 2002), die auf eine Veränderung der Selbstreflexion zielen. Mindestens genauso bedeutsam sind Verfahren, die auf Achtsamkeit und Akzeptanz setzen, und, so Heidenreich und Michalek (2009), auf ein ständiges Bemühen, mit der lebendigen Gegenwart des Hier und Jetzt in bewusstem Kontakt zu bleiben. Zu nennen sind die Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT; Segal et al., 2016) oder die Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR nach Kabat-Zinn; Meibert et al., 2006).

Wesentliche Merkmale der CBASP-Behandlung sind in der primären Zielgruppe der chronisch-depressiven Patienten die Verbindung von kognitiven, behavioralen, interpersonellen und psychodynamischen Ansätzen unter Berücksichtigung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Zugrunde liegt das Modell eines gestörten Reifungsprozesses im Rahmen einer frühen emotionalen Traumatisierung und des Erlebens der verlorenen Kontingenz und der nachfolgenden Entwicklung eines Lebensstils im Sinne einer durchgehenden Hilflosigkeit: Die Patienten zeichnen sich durch ein „prälogisches“ oder „präoperationales rationalitätsfreies Denken“ aus, das durch Ichbezogenheit, unempathisches und wenig stressresistentes Denken zu einer destruktiven, selbstentwertenden Depressivität führt.

Achtsamkeitsbasierte Verfahren aus der dritten Welle der Verhaltenstherapie streben eine Erhöhung der Toleranz für unangenehme Empfindungen, einen Abbau von dysfunktionalen Kontrollversuchen und eine Neufokussierung auf die Klärung von Werten und Lebenszielen eine erhöhte Bewältigungskompetenz im Alltag an. Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) stellt Aspekte der emotionalen Bindung, Akzeptanz der Umgebungsbedingungen und Beständigkeit in den Vordergrund (Hayes, 2006). Speziell die ACT zielt darauf, die Beziehung zwischen dem Erleben von Symptomen und unerwünschten Gedanken aufzulösen, die Symptome so besser ertragen zu können und damit eine Reaktualisierung negativer Emotionen zu verhindern. Dabei werden Fertigkeiten vermittelt, um die Symptomatik besser auffangen,

damit umgehen und sie somit neutralisieren zu können. Das gestiegene Bewältigungsvertrauen im Zuge der neu gewonnenen Verhaltenskompetenzen ermöglicht eine Überwindung des depressiven Selbsterlebens.

## Wirksamkeit der Psychotherapiemethoden

Psychotherapieforschung hat viele Gesichter und Facetten: angefangen bei der Effektivitätsforschung im Sinne eines klassischen „head to head“ Vergleiches zweier oder mehrerer Verfahren in der Besserung eines definierten Maßes; zur Beschreibung der Schwere der Symptomatik zielen Untersuchungen auf die Aufdeckung unspezifischer oder spezifischer Wirkfaktoren. Dies kann Grundlage für eine darauf basierende Ausarbeitung differenzierter störungsspezifischer Therapiekonzepte sein. Die Folge einer jahrzehntelangen Forschungsarbeit ist am Ende eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Aussage zur Differentialindikation und Wirksamkeit einzelner Methoden.

Während die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren historisch begründet vor der methodischen Standardisierung einer Wirksamkeitsforschung kaum einer, im heutigen Sinne belastbaren wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen wurden, so sind die kognitive Verhaltenstherapie und deren Weiterentwicklungen wie zum Beispiel die interpersonelle Psychotherapie, CBASP, MBCT und ACT Gegenstand vieler Wirksamkeitsstudien geworden.

Während nur eine randomisiert-kontrollierte Studie zur Wirksamkeit der psychoanalytischen Langzeittherapie vorliegt, wurden mehrere Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie durchgeführt: 12 RCTs belegen deren Effektivität im Vergleich zu Wartegruppen bzw. einer Standardbehandlung (treatment as usual: TAU) und beschreiben sie als ähnlich wirksam wie eine Therapie mit Antidepressiva (Leichsenring et al., 2015). Im Vergleich zu Kurzzeittherapien weist eine längerdauernde Behandlung im Drei- bzw. Fünfjahres-Follow-up eine Überlegenheit durch eine spätere Symptomreduktion nach (Knekt et al. 2008, 2013). Für die verhaltenstherapeutische Gruppenbehandlung unipolarer depressiver Störungen wurde in einer Metaanalyse aus 34 verschiedenen Studien eine mittlere Effektgröße von 1.1 berechnet – die kognitive Verhaltenstherapie in der Gruppe ist damit signifikant und klinisch bedeutsam wirksamer als eine Kontrollbedingung (TAU). Auch die IPT ist nachgewiesenermaßen, insbesondere bei Beeinträchtigungen der psychosozialen Rollenerfüllung und der Lebensbewältigung unter einer psychosozialen Schwerpunktsetzung wirksam. Die Wirksamkeit der IPT wurde in diversen Leitlinien (NVL, 2015, NICE) mit dem Evidenzgrad I (durch Metaanalysen belegt) eingestuft. Van Hees et al. (2012) sehen zwar Vorteile für die CBT im Vergleich zur IPT, belegen aber auch eindeutig die Vorteile für IPT im Vergleich zur TAU oder Warteliste in einer systematischen Auswertung der IPT als einer Behandlungsform für majore depressive Störungen bei erwachsenen ambulanten Patienten.

Auch Untersuchungen zur Wirksamkeit der CBASP im Vergleich zur Pharmakotherapie (Nefazodon) belegten deren Wirksamkeit (Keller et al., 2000). Als wichtige

### *Vielfalt in der Depressionsbehandlung*

Prädiktoren des Ansprechens auf diese Form der Depressionsbehandlung wurden ein Kindheitstrauma, der Verlust der Eltern oder Misshandlungen identifiziert (Nemeroff et al., 2003), so dass dieses psychotherapeutische Herangehen sich in den letzten Jahren auf der Basis dieser Befunde als Behandlungsoption bei einer Depression mit einer frühen traumatisierenden Erfahrung etablierte.

Auch für diese neuen Dritte-Welle-Verfahren liegt bereits eine Metaanalyse vor: Churchill et al. (2013) zeigten, dass die Dritte-Welle-Verfahren der CBT und anderen psychologischen Therapien ebenbürtig sind.

### **Wo ist der Stellenwert der Hypnotherapie?**

Wissenschaftliche klinische Studien müssen heutzutage in einem der internationalen, frei zugänglichen Studienregister angemeldet werden. Eines der gängigsten ist das Register unter der URL [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov). Neben Angaben zur Studienkonzeption und den Ein- bzw. Ausschlusskriterien müssen/können auch die verwendeten Instrumente zur Erfassung der primären Studienziele sowie Ergebnisse der Rekrutierung und der Behandlung einschließlich katamnestischer Daten aufgenommen werden.

Durchsucht man diese Datenbank nach aktuellen oder abgeschlossenen Projekten aus der Psychotherapieforschung, so wird vor allem für die Depression eine Vielzahl von Studien aufgelistet. Seltener sind Studien zur Angststörungenbehandlung bzw. Suchttherapie oder Schizophreniebehandlung. Die überwiegende Mehrheit der Studien setzt verhaltenstherapeutische Techniken ein. Wenige Studien (Alladin & Alibhai, 2007; Alladin, 2010, 2012; s.a. die Metaanalyse von Kirsch et al., 1995) untersuchen die Effektivität der Hypnotherapie in Kombination mit der Verhaltenstherapie. Im Zusammenhang mit dem Suchbegriff „hypnotherapy and depression“ werden aktuell (Stand 14. März 2017) zwar 30 Interventionsstudien aufgelistet, tatsächlich behandeln nur drei dieses Thema im engeren Sinne: „Hypnosis in Pain Management, Anxiety and Depression in Oncological Patients“, „Meditation and Hypnosis for Chronic Depressed Mood“, „Efficacy of Cognitive Behavioral to Hypnotherapeutic Treatment of Depression“.

Immerhin 57 Studien liefert die Stichwortsuche zu den Schlagworten „Angst und Hypnotherapie“, dafür nur zwei Studien in der Indikation der Raucherentwöhnung und keine einzige zur Behandlung der Schizophrenie oder Suchterkrankungen.

### **Die WIKI-D-Studie**

Die WIKI-D-Studie, die ebenfalls bei [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov) registriert ist, vergleicht zum ersten Mal Hypnotherapie als alleinstehendes Verfahren mit dem Goldstandard der Psychotherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie bei leichten bis mittelschweren Depressionen nach DSM 5 (APA, 2013). Ziel der Studie, die durch die *Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose* (M.E.G.) gefördert wird, ist der Beleg der Gleichwertigkeit der beiden Behandlungsansätze mit der Aussicht auf eine wissen-



schaftliche Anerkennung der Hypnotherapie.

In definierten Settings (manualisiert, strukturiert und nachvollziehbar) mit vordefinierten Messzeitpunkten (Behandlungsende, 6 und 12 Monate nach Behandlung) werden depressive Patienten anhand der Empfehlungen der S3-Leitlinien (leichte bis mittelgradige Depression) im randomisierten, kontrollierten Design alternativ mit der kognitiven Verhaltenstherapie oder mit der Hypnotherapie behandelt. Die Psychotherapie wird übereinstimmend mit der aktuellen Versorgungslage in 20 Sitzungen durchgeführt. Die Studie wird nach GCP-Richtlinien (“Good Clinical Practice”) durchgeführt und verwendet ein externes Monitoring, ein externes Datenmanagement, eine Sicherheitsüberwachung bezüglich unerwünschter Ereignisse (Hospitalisierung, Tod), einen vordefinierten statistischen Auswertungsplan und verblindete Katamnesen.

Die Module der Hypnotherapiesitzungen sind in Tabelle 1 dargestellt. Sie wurden in Zusammenarbeit vieler Autorinnen und Autorinnen für diese Studie entworfen, von einer Arbeitsgruppe überarbeitet sowie anschließend theoretisch fundiert und zu einem Manual zusammengestellt (vgl. hierzu auch Wilhelm-Göbbling & Schweizer, 2017, in diesem Band). Die kognitive Verhaltenstherapie ist in Anlehnung an Hautzinger (2013) konzipiert.

Ergebnisse der Studie sind Mitte 2018 zu erwarten.

---

*Tabelle 1: Module der Hypnotherapiesitzungen*

- Motivierung und Basisinformation
- Ichstruktur
- Erste Trance Erfahrung
- Sicherer Ort
- Tieftrance und Posthypnotische Suggestion
- Ressourcenaktivierung, Belastungsgefühle reduzieren durch Einflechten von Ressourcen, bessere Bewältigung von Belastungen durch Kompetenzstärkung, Lösungserfahrungen (regressiv), Zukunftsprojektion (progressiv)
- Lösungsvision Kinotechnik
- Differenzierter Denkstil
- Ichstärkung / -aktivierung: Der „Genug-Ort“, Ballonfahrt / Ziele verwirklichen
- Biographie – Kindheitserfahrungen – Kompetenzerfahrung
- Indirekte Arbeit – Stellvertretertechnik
- Sinnfindung
- Interaktionsmuster
- Schlafstörungen
- Vom Grübeln zum Handeln

## **Wie steht es um die Weiterentwicklung der Psychotherapie von Depression?**

Wir stehen immer noch am Anfang einer Entwicklung von störungsspezifischen und individualisierten Therapiekonzepten. Voraussetzung hierfür ist die Synthese von Psychotherapierichtungen, die Etablierung und Effektivitätsuntersuchung vorhandener Techniken und Methoden, die Entwicklung von differentiellen Indikationskriterien und die Einbeziehung moderner und alternativer Verfahren mit hoher Akzeptanz seitens der Behandelten, wie die Hypnotherapie sie darstellt. Ziel ist die Diversifizierung der Angebotspalette und die Etablierung von Entscheidungshilfen bei der Zuweisung zu individualisierten Programmen auf der Basis von „psychologischen Endophänotypen“ gemäß psychologischer Subtypisierungen und deren empirischer Absicherung.

### **Literatur**

- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *Int J Clin Exp Hypn.* 58, 165-185.
- Alladin, A. (2012). Cognitive hypnotherapy for major depressive disorder. *Am J Clin Hypn.* 54, 275-293.
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147-166.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub
- Buchkremer, G., Batra, A. & Klingberg, S (2013). Zukunftsperspektiven der Psychotherapie. In W. Gaebel (Hrsg.) *Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie*, S. 87-100. Heidelberg : Springer
- Churchill, R., Moore, T.H., Furukawa, T.A., Caldwell, D.M., Davies, P., Jones, H., Shinohara, K., Imai, H., Lewis, G. & Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane Library.* 10, 1-47.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs& DGRW. (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). S3 - Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 3. <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de>. Accessed 20 Jan 2016.
- Greenberg, L.S., Watson, J.C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington: American Psychological Association.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (7. Aufl.)*. Weinheim: Beltz Verlag
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 44,1-25.
- Heidenreich, T., Michalak, J. (2009) *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. Tübingen: DGVT
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell, J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H. & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med.* 342, 1462-70
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *J Consult Clin Psych.* 63, 214-220.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C. & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med.* 38, 689-703.

- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nord J Psychiatry*, 67, 59-68
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648-60.
- McCullough, J.P. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *J Psychother Integr*, 13, 241-263.
- Meibert, P., Michalak, J., & Heidenreich, T. Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion – Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn. (2006) In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie*. S. 141-191, 2. Auflage. Tübingen: DGVT
- National Collaborating Centre for Mental Health (NICE). Depression: The treatment and management of depression in adults. National Clinical Practice Guideline 90. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. 2010 (Last update 2016). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>. Accessed 18 Jan 2017.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., Klein, D.N., Rush, A.J., Schatzberg, A.F., Ninan, P.T., McCullough, J.P. Jr, Weiss, P.M., Dunner, D.L., Rothbaum, B.O., Kornstein, S., Keitner, G., & Keller, M.B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 100, 14293-6.
- Ryle, A., Kerr, I.B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. New York: John Wiley
- Segal, Z.V., Walsh, K.M. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Curr Opin Psychiatry*, 29, 7-12.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psych*, 68, 615-623.
- van Hees, M.L., Rotter, T., Ellermann, T., & Evers, S.M. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 13:22; doi: 10.1186/1471-244X-13-22
- Wilhelm-Göbbling, C., & Schweizer, C. (2017). *Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual. Hypnotherapie im klinischen Kontext*. *Work in Progress. Hypnose-ZHH*, 12(1+2), 7-28 (in diesem Heft).
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E., Mattila, D.E. (2007). Schema-focused therapy for depression. In Reinecke MA, Davison MR, editors. *Depression: A Practitioner's Guide to Comparative Treatments*, S. 291-313. New York: Springer.

## Downloads von Artikeln aus Hypnose-ZHH

von <http://meg-stiftung.de/index.php/de/publikationen/6-hypnose-zhh> (bis Mai 2017)

### Anzahl

- 6190** Hansen, E. (2010). Hypnotische Kommunikation - Eine Bereicherung im Umgang mit Patienten. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 51-67.
- 5955** Beetz, A., & von Delhaes, A. (2011). Forensische Hypnose. Der Einsatz von Hypnose als erinnerungsunterstützendes Verfahren im Rahmen polizeilicher Ermittlungen. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 165-187.
- 5829** Peter, B., Bose, C., Piesbergen, C., Hagl, M., & Revenstorf, D. (2012). Persönlichkeitsprofile deutschsprachiger Anwender von Hypnose und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 7(1+2), 31-59.
- 5238** Wirth, H.-J. (2009). Narzissmus, Macht und Paranoia. Zeitgemäßes über Terrorismus, Krieg und Tod. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 13-35.
- 4716** Reddemann, L. (2007). Ego States und Traumatherapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 101-116.
- 4257** Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1(1+2), 7-164.
- 3973** Halsband, U., & Hinterberger, T. (2010). Veränderung der Plastizität im Gehirn unter Hypnose. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 33-50.
- 3935** Frederick, C. (2007). Ausgewählte Themen zur Ego State Therapie. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 5-100.
- 3914** Peter, B. (2007). Zur Geschichte dissoziativer Identitätsstörungen: Justinus Kerner und das Mädchen von Orlach. *Hypnose-ZHH*, 2(1+2), 117-132.
- 3900** Haisch, J. (2011). Die suggestive Kreation und Reduktion Kognitiver Dissonanz. *Hypnose-ZHH*, 6(1+2), 51-63.
- 3715** Mende, M. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH*, 4(1+2), 127-152.
- 3706** Spitale, I., Revenstorf, D., Ammann, C., Pundrich, C., Lang, D., Koemeda-Lutz, M., . . . Soeder, U. (2008). Wirksamkeitsvergleich zwischen Hypnotherapie und Körperpsychotherapie. Eine Studie zur Praxisevaluation. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 85-98.
- 3678** Schulze, W. (2010). Hypnose in der Palliativmedizin. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 145-162.
- 3597** Schmierer, A. (2010). Hypnose in der Zahnheilkunde: Geschichte, Organisation, Methoden, Praxis. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 69-93.
- 3587** Piesbergen, C., & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Hypnose-ZHH*, 0(1+2), 139-159.
- 3569** Traue, H. C., Kessler, H., & Deighton, R. M. (2005). Psychobiologische Einflüsse auf das subjektive Schmerzerleben - ein Überblick. *Hypnose-ZHH*, EH(1+2), 51-68.
- 3379** Scholz, O. B., Bleek, B., & Schlien, A. (2008). Suggestionen, die erst nach der Hypnose wirken sollen: Präsentation einer Posthypnose-Aufgabe - Vorläufiger Bericht. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 117-126.
- 3258** Tschugguel, W., & Tschugguel, S. (2010). Hypnose bei Patientinnen mit gynäkologischen Symptomen. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 121-144.
- 3208** Peter, B. (2008). Wie Hypnose im Gehirn Wirklichkeit schafft: Zur Rolle der hypnotischen Trance in der Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 3(1+2), 127-148.
- 3088** Faymonville, M. (2010). Hypnose in der Anästhesie. *Hypnose-ZHH*, 5(1+2), 111-120.