

# **Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual**

## **Hypnotherapie im klinischen Kontext**

Work in Progress

*Claudia Wilhelm-Göbbling*  
*Cornelie Schweizer*

### **1. Teil: Das Manual**

*(Claudia Wilhelm-Göbbling)*

#### ***1.1 Entwicklung und Studiendesign***

Mehrjährige Überlegungen, Diskussionen und anschließende Planungen, wie die wissenschaftliche Fundierung der Hypnosetherapie voranzubringen sei, führten letztlich zu dem hier beschriebenen Projekt. Verglichen wird die Wirksamkeit der Hypnose-Behandlung depressiver Erkrankungen (HDT) mit der Wirksamkeit des verhaltenstherapeutischen Vorgehens, genauer: mit der aktivierenden, kognitionsfokussierten Verhaltenstherapie (AKDT), entsprechend dem wissenschaftlichen Goldstandard in einer prospektiven, randomisierten Studie. Als Laufzeit der Studie wurden 18 Monate festgelegt, wobei die eigentliche Therapiephase mit wöchentlich einer Behandlungsstunde fünf Monate umfasst. Umfangreiche testpsychologische Untersuchungen evaluieren die Symptomatik vor Beginn und am Ende der Therapie und erheben ein halbes und ein Jahr nach Behandlungsende die Katamnese (vgl. Abb. 1).

Die Haupthypothese „HDT erweist sich als genauso wirksam wie AKDT“ erscheint zwar auf den ersten Blick nicht sehr ehrgeizig – sie ist es aber. Geht sie doch davon aus, dass Hypnotherapie genauso wirksam ist wie das bislang am häufigsten ambulant untersuchte Verfahren mit hohen Effektstärken (Khan et al, 2012) – wie Psychotherapie generell (Shelder, 2011) – und mit einer sehr starken Empfehlung in der S3 Leitlinie (DGPPN et al., 2015).

Ein forschungstaugliches Manual zu erstellen erwies sich bereits als die erste größere Hürde. Das individualisierte Vorgehen einerseits, der kreative Bezug auf das „weise Unbewusste“ andererseits erschienen zunächst fern von dem für das Projekt

Claudia Wilhelm-Gößling<sup>1</sup> und Cornelia Schweizer<sup>2</sup>

**Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual. Hypnotherapie im klinischen Kontext. Work in Progress<sup>3</sup>**

*Vorgestellt werden Entwicklung, Aufbau sowie inhaltliche Ausrichtung des Therapiemanuals der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (M.E.G.) „Hypnotherapeutische Depressionstherapie (HDT) bei leichten bis mittelgradigen Depressionen“ sowie zwei Fallvignetten. Aktuell wird die Wirksamkeit von HDT im Vergleich mit kognitiver Verhaltenstherapie in einer randomisierten, klinischen Studie an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz des Universitätsklinikums Tübingen untersucht (Ltg.: Prof. Dr. A. Batra). Die 31 Module des Manuals wurden von einer Autorengruppe verfasst und anschließend für das Manual so überarbeitet, dass sich damit ein individueller Gesamtbehandlungsplan erstellen lässt. Das klinisch-therapeutische Vorgehen kann dabei sowohl durch die Auswahl der Module als auch durch deren inhaltliche Ausgestaltung individuell modifiziert und an den jeweiligen Behandlungsbedarf angepasst werden. Die einzelnen Module berücksichtigen hierfür die vorhandene depressive Symptomatik sowie aktuelle und biografische Belastungsfaktoren. Darüber hinaus werden konkrete Anleitungen zur Anpassung des hypnotherapeutischen Vorgehens an das vorliegende Ich-Struktur-Niveau gem. OPD-2 (Achse IV) gegeben. Somit ermöglicht das HDT-Manual auch eine „Strukturbezogene Hypnotherapie“.*

*Keywords: Depressionstherapie, Hypnotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Manual*

**The Hypnotherapy-Depression-Treatment-Manual – Hypnosis in clinical context. Work in progress**

*The development, the system as well as the content of the therapeutic manual of the Milton Erickson Society (MEG) "Hypnotherapeutic Depression Therapy (HDT) in mild to moderate depression" and two case studies are presented. The efficacy of HDT compared with cognitive behavioral therapy is currently investigated in a randomized clinical trial in the psychiatric-psychotherapeutic outpatient clinic of the Universitätsklinikum Tübingen (Prof. Dr. A. Batra). The 31 modules of the manual were written by a group of authors and then revised for the manual in a way that an individual overall treatment plan can be created. The clinical procedure can be individually modified and adapted to the respective treatment requirements by the selection of the modules plus by their specific content design. The individual modules take into account the specific depressive symptoms as well as current and biographical stress or traumatic factors and provide specific instructions for the clinical-therapeutic process. Above all instructions are given for adapting hypnotherapeutic strategies to the existing differences in the ego structure and functional capacity (according to OPD-2, Axis IV/Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2). Therefore the HDT-Manual allows a „Structural-based-Hypnotherapy“.*

*Keywords: Treatment of depression, hypnotherapy, cognitive behavior therapy, manual*

Dr. med. Claudia Wilhelm-Gößling  
KRH Psychiatrie Wunstorf  
Südstr. 25, 31515 Wunstorf  
claudia.wilhelm-goessling@krh.eu

Dr. Cornelia Schweizer, Dipl.Psych.  
Gartenstr. 31  
72074 Tübingen  
c.c.schweizer@web.de

erhalten: 31.1.2017

revidierte Version akzeptiert: 19.2.2017

<sup>1</sup> Autorin u. inhaltliche Gesamtüberarbeitung des Manuals

<sup>2</sup> Autorin u. Studien-Therapeutin des „Hypnose-Arms“

<sup>3</sup> Vortrag am 4.3.2016 auf der Jahrestagung der MEG in Bad Kissingen

*Hypnotherapie (HDT) vs. aktivierende kognitionsfokussierte VT (AKDT) bei aktuell leichten bis mittelgradigen unipolaren Depressionen*

- Randomisierte Zuweisung zu HDT/AKDT
- Laufzeit 3 Jahre, davon 20-24 Wochen Therapie mit insgesamt 20 Sitzungen und wöchentlichem Monitoring
- T1: 1-3 Wochen vor Therapiebeginn
- T2: am Ende der Therapie
- T3: nach 6 Monaten
- T4: 1 Jahres-Katamnese
- Haupthypothese: HDT erweist sich als genauso wirksam wie AKDT

*Abb. 1: Studiendesign*

---

erforderlichen modularen, standardisierten Vorgehen. Befürchtungen wurden laut, dass „die Seele der Hypnotherapie“ verloren gehen könnte, wenn ein generell einzuhaltendes Vorgehen fixiert werden sollte. Dies führte letztlich dazu, dass relativ kurz vor der geplanten Fertigstellung eine neue Projektleitung berufen wurde, um den wissenschaftlichen Rahmen zu formulieren, die bereits vorliegenden Einzel-Module zu adaptieren und um weitere zu ergänzen. Einbezogen wurden psychodynamische und verhaltensmedizinische sowie systemische Depressionsmodelle. Etablierte hypnotherapeutische Techniken aufgreifend wurde das konkrete hypnotherapeutische Vorgehen bei depressiven Störungen herausgearbeitet. Gleichzeitig wurden die Module so überarbeitet, dass daraus ein umfassendes Manual entstand. Insofern ruht das Werk zwar auf den Schultern der Projektgruppe sowie einzelner Autorinnen und Autoren, diese sind jedoch verwurzelt im hypnotherapeutischen Wissensschatz der *Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose* (vgl. Abb. 2).

„Work in Progress“ – denn die therapeutische Arbeit und die klinischen Erfahrungen mit dem Manual werden bei einer späteren Überarbeitung zurück ins Manual und in die einzelnen Module fließen. Zudem stehen beim Verfassen des vorliegenden Artikels die Katamnesen und die (statistischen) Auswertungen noch aus.

### **1.2 Wirkfaktoren, Theorie und Gestaltung**

Neben den therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren (therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung, Problembewältigung), die generell das Gelingen einer Psychotherapie ermöglichen (vgl. Grawe, 2005), lassen sich hinsichtlich spezifischer Wirkfaktoren unterschiedliche therapeutische Techniken (Therapievariablen) aus Hypnotherapie einerseits und Verhaltenstherapie andererseits herausstellen (vgl. Tab. 1). Auf Seiten der Hypnotherapie ist hier typischerweise ein indirekteres, beiläufiges Vorgehen zu nennen mit einer Bahnung („Priming“ vgl. Palmer, 1975) von (Problem-) Lösungen und dem Erzeugen unter-

## *Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual*

### *Auf welchen Säulen ruht das Werk?*

Über Jahrzehnte gesammeltes Wissen der M.E.G. aus Regionalstellen, von Dozent\*innen, Ausbildungsteilnehmer\*innen und Patient\*innen

#### *Autorinnen und Autoren der Module*

Martin Braun (Gelsenskirchen)	Dr. Wolfram Dormann (Fürth)
Dr. Elsbeth Freudenfeld (Tübingen)	Dr. Heinz-Wilhelm Gößling (Hannover)
Dr. Clemens Krause (Tübingen)	Ortwin Meiss (Hamburg)
Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Tübingen)	Dr. Cornelia Schweizer (Tübingen)
Bernhard Trenkle (Rottweil)	Dr. Claudia Wilhelm-Gößling (Hannover)

#### *Inhaltliche Ausgestaltung des Gesamt-Manuals*

Prof. Dr. Dirk Revenstorf (Tübingen)	Dr. Claudia Wilhelm-Gößling (Hannover)
Charlotte Dürr (Tübingen)	

#### *Strukturelle Ausgestaltung des Gesamt-Manuals*

Dr. Kristina Fuhr (Tübingen) – Projektleitung der Studie  
Dr. Cornelia Schweizer (Tübingen)  
Unter Mitarbeit von Lea Sum & Stephanie Vietze (Tübingen)

#### *Abb. 2: „Werk-Tätige“ des HDT-Manuals*

schiedlich tiefer Trancezustände, mit der Intention einer vertieften Verarbeitung und Integration. Zum Teil erfolgt dies unter „sanfter“ Umgehung gewohnter Verhaltens- und Denkweisen, um komplexe Handlungsmuster zu verändern. Die gefundenen Handlungsentwürfe und Lösungswege werden über eine strukturierte Aktivierung aller Sinnesmodalitäten – visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch und gustatorisch gem. dem VAKOG-Modell – in sensu lebendig erfahrbar sowie im zweiten Schritt – ebenfalls in Trance – geankert (vgl. Revenstorf & Freund, 2015) und damit stabilisiert.

Das Manual HDT umfasste zum Zeitpunkt des Studienstarts 31 individuell zusammenstellbare Module, die individuell angepasst werden können, in Hinblick auf

- > die depressive Symptomatik (auf den drei Ebenen affektiv, kognitiv, somatisch)
- > den Störungs-Hintergrund bzw. die Ätiologie (Hypothesen)
  - > im Sinne einer entwicklungsbezogenen Vulnerabilität bzw. „depressiven Persönlichkeitsstruktur“ in Folge von Belastungsfaktoren und Traumata (häufiger) oder aufgrund von Überprotektion (seltener)
  - > oder/und aktuelle Auslöser (aktuelle Belastungsfaktoren, ggf. Traumata)
- > die Ich-strukturellen Fähigkeiten (gut, mäßig, gering oder desintegriert gem. OPD-2)

Bis auf jene Module, die den Beginn, die Mitte und das Ende der Therapie strukturieren bzw. zu Beginn auf Anamnese und Diagnostik, in der Mitte auf ein Zwischenresümee sowie zum Ende auf Resümee und Rückfallprophylaxe fokussieren, werden keine Vorgaben bezüglich der Reihenfolge gemacht; jedoch empfehlen sich einige „Bausteine“ eher für die Anfangsphase, andere für die mittlere oder die Endphase der Therapie. Alle enthalten patientenzentrierte und prozessorientierte Anpassungsmöglichkeiten z. T. mit konkreten Modifikationsvorschlägen. Zudem können Module, die sich als besonders hilfreich erwiesen haben, mehrfach angewendet werden.

Inhaltlicher Schwerpunkt innerhalb des Manuals sind Module mit der für Hypnotherapie wesentlichen Ressourcenorientierung. Andere Module wiederum werden im Verlauf einer Therapie nur dann angewandt, wenn eine entsprechende Problematik oder Symptomatik vorliegt, wie beispielsweise Schlafstörungen, Suizidalität und Grübeln, oder es werden typische hypnotherapeutische Techniken aufgegriffen wie Stellvertretertechnik und Affektbrücken. (vgl. Abb. 2 und Abb. 11 „Das Studienmanual“ im 2. Teil).

Abgerundet wird das Werk durch einen wahren Fundus an Geschichten und Metaphern, die individuell an passender Stelle eingesetzt werden können und über Assoziationsbahnen im Gehirn zur Prozessvertiefung und damit zu einer breiteren Netzwerkbildung beitragen und Änderungen depressiver Muster initiieren und stabilisieren.

### **1.3 Therapie-Planung, Ressourcenorientierung und Ich-Struktur**

Jenseits der konkreten testpsychologischen Diagnostik erhält man in den ersten Therapiestunden i.d.R. ausreichende Informationen, um sich ein Bild über vorhandene Fähigkeiten, persönliche und interpersonelle Ressourcen und damit auch über die Ich-

---

Tab. 1: Spezifische Therapievariable für AKDT und HDT

<i>Kognitive Verhaltenstherapie (AKDT)</i>	<i>Hypnotherapie (HDT)</i>
Arbeit am (gegen das) Symptom	Arbeit mit dem Symptom (Utilisieren/Annehmen)
Direkte Problemlösung bei Misserfolgen	Reframing von Misserfolgen/Symptomen
Direkte Adressierung des Symptoms oder Problems (Verhaltens-, Situationsanalyse)	Indirekte Problemlösung; Lösungsbahnen; Externalisierung z.B. durch Metaphern (Hausgast, Stellvertreter)
Ressourcen vor allem kognitiv-verbal aktivieren, positive Aktivitäten aufbauen	Ressourcen aktivieren, direkt erlebbar machen, in Trance vertiefen und „ankern“
Explizite Vereinbarungen	Posthypnotische Suggestionen; Einstreuung
Hausaufgaben	Ggf. Audio-CD

## *Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual*

### *Aufbau des Manuals – Inhaltliche Interventionsmöglichkeiten*

#### *Übergeordnete Module und Zeitstruktur (8)*

- Basisinformationen (Genogramm, Lebenslinie) & Motivierung
- erste Tranceerfahrung
- Ich-Struktur
- Depressive Symptome nutzen
- Zwischenbilanz mit Zielüberprüfung, ggf. Anpassung
- Rückfallprophylaxe & Abschluss Sitzung

#### *Explizite Ressourcenorientierung (10)*

- Ressourcenaktivierung, -stärkung, ggf. -aufbau
- Handlungskompetenz
- Lösungs visionen
- Selbstregulierung, Selbstfürsorge und Akzeptanz (seiner selbst, Symptom, der Umstände)

#### *Module zu spezifischen Themen (13)*

- Schlafstörungen incl. Umgang mit Grübeln
- Biographische Arbeit incl. Altersregression, Affektbrücken, Reparenting
- Interaktionsmuster
- Stellvertretertechnik
- Vom Grübeln zum Handeln
- Sinnfindung
- Suizidalität: Lebensfeindliche Botschaften & Krisenintervention

#### *Anhang: Geschichten & Metaphern*

*Abb. 3: Aufbau und Inhalte der Module – individuell kombinierbar*

---

Struktur gem. OPD-2 (vgl. Arbeitskreis OPD, 2009) zu machen. Ferner werden individuelle Auslöser der akuten depressiven Symptomatik (typischerweise sind dies Verluste) und eine biografisch bedingte Vulnerabilität erfasst. Einige hypnotherapeutische Interventionen sind bei Ich-strukturellen Einschränkungen ungünstig oder sogar kontraproduktiv. Erfahrene Therapeut\*innen modifizieren ihr Vorgehen meist intuitiv. Dennoch scheint eine ausdrückliche Darstellung hilfreich, ermöglicht sie doch eine entsprechende Planung und Transparenz des Vorgehens und damit ein vertieftes Verständnis für den Therapieprozess. Der Aspekt der Implikationen des Integrationsniveaus der Ich-Struktur für die Hypnotherapie wird an dieser Stelle besonders hervorgehoben, da dies nach Einschätzung der Autorin bislang in der hypnotherapeutischen Literatur noch keine ausreichende Beachtung gefunden hat. Zudem erlaubt der Einbezug der Ich-strukturellen Voraussetzungen ein Verständnis dafür, warum in manchen Therapien die Patientinnen und Patienten von Hypnose bzw. bestimmten Techniken nicht profitieren.

Liegt eine gute Ich-Struktur vor, können alle Module und hypnotherapeutischen Techniken angewandt werden. Die Therapeut\*innen dürfen sich auf ein hilfreiches Unbewusstes im Sinne eines inneren kreativen Fantasieraumes verlassen. Hier können sparsame Suggestionen und längere Pausen dem Selbstregulationsprozess mit Finden von Lösungen oder tief empfundenen Erkenntnissen (Evidenzerleben) Raum geben. Selbsthypnose kann rasch erlernt werden und ist in aller Regel von Anfang an, auch ohne eine Orientierung gebende Audio-CD, möglich.

Bei schwacher Ich-Struktur empfiehlt sich ein modifiziertes Vorgehen, was - analog zu dem für die psychodynamischen Verfahren beschriebenen (Rudolf, 2013, 2014) – als „strukturbezogene Hypnotherapie“ bezeichnet werden kann (vgl. Abb. 4). Die hypnotherapeutischen Interventionen zielen darauf ab, Fähigkeiten zu stärken, den Zugriff auf diese zu ermöglichen oder auch, bestimmte Fähigkeiten überhaupt erst zu erlernen und aufzubauen. Eine ich-strukturelle Schwäche kann so im Verlauf ausgeglichen werden. Unterstützt durch Metaphern und Imaginationen geht es um die prozesshafte Implementierung von Fähigkeiten wie Selbstfürsorge (z.B. innerer sicherer Ort; innere Helfer\*in/Heiler\*in), Abstandnahme und Grenzsetzung (z.B. Tresor, Mauer, Tür), Übersicht/Meta-Ebene einnehmen (Ballonfahrt, Bergbesteigung) oder Impulskontrolle (z.B. Spannungsregler; Bahnung/Priming angemessenerer Verhaltensweisen). Hier kommt es im therapeutischen Prozess vielfach darauf an, kognitive Funktionen und Bewusstheit zu stärken, um selbstregulative Fähigkeiten zu stützen und damit - antiregressiv wirksam – Verantwortungsübernahme zu motivieren.

Erkennbar werden ich-strukturelle Einschränkungen in der gezielten Exploration durch bestimmte Spezifika (vgl. Tab. 2). So werden beispielsweise auf Fragen nach Eigenarten primärer Bezugspersonen und der inneren Beziehung zu ihnen von Menschen mit ich-struktureller Schwäche i. d. R. nur Begebenheiten und Verhaltensweisen geschildert. Eigenarten oder die Art und Weise der Beziehung und die Tiefe der Bindung können kaum oder wenig differenziert wahrgenommen und damit auch nicht berichtet werden. In der Folge entsteht beim Gegenüber kein vollständiges Bild der wichtigen Anderen. Anamnestisch auffällig ist zudem, dass diese Personen besonders häufig nach dem Wegfall von strukturgebenden äußeren Faktoren mit ihrem Leben nicht mehr klar kommen und beispielsweise Symptome einer Depression entwickeln. Dies kann nach dem Schulabschluss, am Ende des Studiums, nach Verlust des Arbeitsplatzes oder nach einer Trennung vom Partner der Fall sein. Die Symptome übersteigen das „normale“ Maß der Trauer oder einer Phase mit mehr oder weniger großen Schwierigkeiten der Neu-Orientierung und nehmen beim Fehlen von Kompensationsmöglichkeiten einen regressiven Verlauf mit progredienter Entwicklung der (depressiven) Symptomatik. Eine schwere, eventuell sogar wahnhaftige Depression kann dabei auch erst am Ende einer solchen Entwicklung stehen. Generell finden sich im Lebenslauf viele Beziehungsabbrüche sowie Wechsel in der beruflichen Tätigkeit.

Des Weiteren ist der Körper im Falle von nennenswerten Ich-strukturellen-Einschränkungen selten eine Quelle für Lust und Genuss und bietet insofern keine gute

Orientierung, eine gewünschte Entwicklung zu begleiten. Die Menschen können sich nicht auf das sprichwörtliche „Bauchgefühl“ verlassen, sind nicht in ihrem Körper beheimatet. Auch die innere Fantasiefähigkeit ist wenig strukturiert und vielfach ins Negative verzerrt.

So stehen wesentliche Fähigkeiten, auf die sich hypnotherapeutische Interventionen stützen, nur eingeschränkt zur Verfügung. Eine strukturelle Schwäche, die sich in ausgeprägter Form als Persönlichkeitsstörung zeigt, ist dabei keine Randerscheinung. Auch wenn es nur wenige und kaum valide aktuelle Studien zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung gibt und die vorliegenden Zahlen eine breite Streuung aufweisen, gehören diese zu den häufigsten psychischen Störungen (Jakobi, 2014). Sie werden meist jedoch erst augenfällig, wenn die Betroffenen aufgrund von komorbiden Störungen wie Depressionen, Angst- oder Abhängigkeitserkrankungen nach einer Behandlung suchen.

Die moderne Hypnotherapie Milton Ericksons war in den Anfängen am psychody-

*Tab. 2: Orientierungshilfen für die Einschätzung der Ich-Struktur gem. OPD-2 (Arbeitskreis OPD, 2009)*

***Gute Ich-Struktur***

- *Meta-Ebene kann eingenommen werden (Selbst-Referenzialität)*
- ***Fähigkeiten (Ich-Funktionen)***
  - Können sich und andere mit unterschiedlichen Eigenschaften beschreiben
  - Beziehungen zu anderen differenziert wahrnehmen mit Grenzsetzung Ich-Du
  - Ambivalenzen wahrnehmen und aushalten können
  - Körper ist Quelle lustvollen Erlebens
  - Inneren Fantasieraum kreativ ausgestalten & nutzen können

*Anmerkung:* „emotionale Fähigkeit, Kommunikation nach innen“ gem. OPD-2 bedeutet die Fähigkeit, innere Dialoge zu führen und sich selber zu verstehen in Hinblick auf: Affekte erleben, Phantasien nutzen u. Körperselbst (vgl. Geißler & Heisterkamp, 2007)

***Schwächere Ich-Struktur***

- *Meta-Ebene kann nur schwer oder gar nicht eingenommen werden (Selbst-Referenzialität)*
- ***Einschränkungen von Fähigkeiten***
  - Beschreibt sich und andere in Form des beobachtbaren Verhaltens
  - Einschränkungen in der Empathiefähigkeit mit i.d.R. zum negativen Pol hin verzerrter Selbst- und Fremdwahrnehmung
  - Beziehungen können schwerer eingegangen, aufrecht erhalten, gelöst werden (anamnestisch häufige Brüche/ Beziehungsabbrüche)
  - Körper wird wenig lustvoll erlebt
  - Gedanken, Gefühle und innerer Fantasieraum sind zum negativen Pol verschoben/verzerrt

vgl. Joraschky et al. (2008)

namischen Kontext orientiert und bezieht sich bis heute auf unbewusste respektive vor- bzw. unterbewusst wirksame Kräfte und Prozesse (vgl. Lorenz-Wallacher, 2009). Diese sind im Falle von Ich-strukturellen Einschränkungen zum negativen Pol verschoben. Es können destruktive sowie archaische Inhalte vorherrschen – wie bei der in psychiatrischen Kliniken häufigen emotional-instabilen Persönlichkeitsakzentuierung/-störung. Auch steht der eigene Körper nicht als Quelle von Wohlbefinden und damit nur unzureichend zur Orientierung zur Verfügung. Hier benötigen hypnotherapeutische Interventionen eine klare Struktur und richtunggebende, klarifizierende und vor allem positivierende Suggestionen. Dadurch wird es im Verlauf möglich, ein körperliches Wohlfühl zu bahnen und dies auch wahrzunehmen. Die Person lernt, ihre Empfindungen zu steuern und fühlt sich ihnen in der Folge nicht mehr so ausgeliefert (Selbstwirksamkeit, Symptommanagement). Generell zielen die Interventionen auf mehr Selbstkontrolle und Selbststeuerung, was Empathiefähigkeit und damit eine günstigere Regulierung von Beziehungen einschließt.

Für die hypnotherapeutische Depressionsbehandlung bedeutet dies eine generelle Modifizierung hin zu transparenterem, stärker lenkendem und strukturierendem Vorgehen (vgl. Abb.4). Die Therapeut\*in bietet sich stärker als spiegelndes, klärendes Hilfs-Ich an und nimmt insgesamt eine Halt und Orientierung gebende Rolle ein. Dies bedeutet auch, ungünstige Handlungsmuster, bestehend aus Affekt, Kognition und Verhalten sowie den begleitenden Körpersensationen (vgl. BASK-Modell, Braun, 1988; Deutsch in van der Hart, Steel, Boon & Brown, 1995) sichtbar, biografisch herleitbar und somit verstehbarer und in der Folge veränderbar zu machen. Ein besseres Verständnis eigener Reaktionsweisen führt meist auch zu einer Entlastung hinsichtlich allgegenwärtiger Schuld- und Schamgefühle und kann therapeutisch durch wiederholte Einstreuung entsprechender generell gültiger Sätze und Geschichten gestärkt werden.

Ähnliches gilt für die direkte Arbeit in Trance, die den inneren Fantasieraum noch mehr öffnet. (Er-) Klärende Interventionen, Lob und Ermutigung von Aktivitäten, die sich auf Gewünschtes beziehen und die günstige Handlungsalternativen bahnen, sollten so häufig wie möglich schon außerhalb einer expliziten Trance eingestreut werden. So wird die Arbeit in Trance vorbereitet und somit erleichtert. Fraktionierung der Trance und ideomotorische Signale – immer mit Etablierung eines Stopp-Signals – dienen ergänzend dazu, Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle erfahrbar zu machen. Implizit wird zugleich vermittelt, „es geht“ und „man kann etwas tun“, was der für Depressionen typischen erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 1975) entgegen wirkt. Gleichzeitig wird die therapeutische Beziehung gestärkt und ein Abgleiten in sonst übliche Verzerrungen mit negativen und destruktiven Gedanken, Gefühlen, Bildern und entsprechenden Übertragungsreaktionen kann leichter bemerkt, abgemildert oder sogar verhindert werden. Insofern sollte auf lange Pausen, Amnesie-Induktion und Konfusionstechniken verzichtet werden – letztere sind jedoch bei rigiden Mustern mit hoher Anpassungs- und Leistungsbereitschaft im Falle einer ausreichend guten Ich-Struktur sehr wirksam.

## *Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual*

### *Modifikationen bei schwächerer Ich-Struktur*

Therapeut\*in nimmt insgesamt eine aktivere, lenkende, damit Struktur & Halt gebende Rolle ein:

- > Als Hilfs-Ich auch im inneren Fantasieraum
- > Selbstkontrollmöglichkeiten zur Verfügung stellend (Stopp-Signal, ideomotorische Signale)
- > Transparenz hinsichtlich des geplanten Vorgehens
- > Klarifizierende Interventionen/Suggestionen
- > Kognitive Fähigkeiten stärken und realitätsgerechter gestalten (u.a. Selbst- und Fremdwahrnehmung)
- > Explizite Anregung durch Therapeut\*in von stärkenden Bildern, Helfenden Figuren, Anregungen von Alternativ-Handlungen, die den Zielen der Pat. dienen, Körper selbst mit VAKOG-Modell zugänglich machen, im Verlauf beiläufig sowie in Trance verstärken und verankern (stabilisieren)

Verzicht auf:

- > Konfusion- & Amnesie induzierende Techniken
- > Längere Pausen zwischen Suggestionen

*Abb. 4: „Strukturbezogene Hypnotherapie“*

Um solche generell Ich-stärkenden Erfahrungen greifbarer zu machen und damit in Fähigkeiten bzw. Ressourcen umzuwandeln, ist es günstig, diese zu ankern, zu markieren und – wann immer möglich – im Therapieverlauf darauf Bezug zu nehmen. Hypnotherapeutische Techniken eignen sich hierzu in hervorragender Weise. Sie ermöglichen ein vertieftes Erleben von Selbstwirksamkeit und damit den Aufbau und die Stärkung zuvor eingeschränkter Ich-Funktionen, beispielsweise der Realitätsüberprüfung und der Selbstregulation.

Das Manual beinhaltet mehrere Module, in denen mit hypnotherapeutischen Mitteln innere Fantasieräume angeregt werden, um bislang nicht erlernte Fähigkeiten aufzubauen, erlebbar zu machen, im Verlauf zu integrieren und damit Schwächen in der Ich-Struktur auszugleichen. Hierzu tragen im besonderen Maße spezifische hypnotherapeutische Imaginationen bei, die in der Traumatherapie in ähnlicher Form als Stabilisierungstechniken bekannt geworden sind (Huber, 2005; Reddemann, 2016). Die Module „Sicherer Ort“, „Innerer Paradiesort“ und – eher im späteren Therapieverlauf und spezifisch depressive, innere Dynamiken (vgl. Rudolf, 2000) aufgreifend – der innere „Genug-Ort“ fokussieren strukturiert-metaphorisch unter Einbezug der Sinnesmodalitäten (VAKOG) auf spezifische, antidepressive Fähigkeiten. Diese lassen sich zum einen unter „Selbstmitgefühl“ subsumieren und beinhalten Fähigkeiten wie Selbstberuhigung, Selbsttröstung, Selbstfürsorge und zielen auf Selbstbegrenzung vs. Selbstausbeutung ab, zum anderen helfen sie, Wahrnehmungsverzerrungen zu erkennen und das eigene Verhalten zu modifizieren. Im weiteren Verlauf werden diese ima-

*Wichtig zu beachten*

- > Strukturniveau und Schwere der Depression korrelieren nicht miteinander.
- > Bei Depressionen mit biografisch erworbener Vulnerabilität durch Traumatisierungen in der kindlichen Entwicklung liegt sehr häufig eine schwächere Ich-Struktur vor.
- > Menschen mit Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte weisen oft situationsabhängig erhebliche Schwankungen im Funktionsniveau auf (strukturelle Vulnerabilität).

*Abb. 5: „Faustregeln“ für eine Einschätzung der Ich-Struktur*

---

ginierten Fähigkeiten quasi im Selbst verortet, der eigene Körper stärker beheimatet. Sind solche Fähigkeiten der Person erst einmal präsent, kann der innere Fantasieraum besser für Problemlösungen genutzt werden. Eine gute therapeutische Beziehung vorausgesetzt, können später darauf aufbauend alle Module und Techniken des Manuals eingesetzt werden.

Für die Einschätzung der Ich-Struktur gut zu wissen ist generell, dass die Schwere der aktuellen depressiven Symptomatik keinen direkten Rückschluss auf die Ich-Struktur erlaubt. Auch Menschen mit guter Ich-Struktur können durch akute Belastungsfaktoren eine Zeitlang beispielsweise suizidal oder von Sinn- und Hoffnungslosigkeit gefühlt sein. Und Menschen mit schwacher Ich-Struktur können in günstigen äußeren Bedingungen völlig frei von Symptomen sein. Zudem schwankt bei trauma-bezogener Depression das Niveau der Ich-Struktur situativ erheblich. Generell gilt, dass Depressionen, die im Zusammenhang mit entwicklungsbezogenen Traumatisierungen wie extremer Vernachlässigung, körperlichen Gewalterfahrungen oder sexuellem Missbrauch stehen, meist mit einer schwächeren Ich-Struktur einhergehen. Vieles wird oft dennoch hochkompetent gemeistert. In anderen Situationen – die dann i.d.R. mit einer Reaktivierung traumatischer Inhalte einhergehen – kann sich die Person antriebslos, verwirrt oder panisch verhalten und die Verbindung zu den kompetenten Anteilen ist situativ verloren (vgl. Abb. 5). Ziel hypnotherapeutischer Interventionen ist es, diese kompetenten Anteile zu stärken und so zu verankern, dass sie von der Person auch in belastenden Situationen abrufbar werden. Dies erfordert ein integratives und – bezogen auf die jeweilige Methode – modifiziertes Vorgehen, welches insbesondere auf zunehmende Verantwortungsübernahme der Patient\*in und Selbstwirksamkeitsstärkung abzielt (vgl. Wilhelm-Gößling & Vlaminck, 2012; Wilhelm-Gößling, 2013).

#### ***1.4 Utilisieren depressiver Symptome***

Die Arbeit mit dem Symptom als ein wesentlicher Bestandteil der Hypnotherapie (z.B. im Sinne des Reframings; vgl. Gerl, 2015) stellt auch bei der hypnotherapeutischen Depressionsbehandlung einen wichtigen Bestandteil dar. Das Symptom als

*Depressive Symptome nutzen*

Hypnotherapeutische Interventionen greifen die individuelle Art und Weise der Symptompräsentation auf:

- Typ. affektive Symptome mit impliziten Hinweisen auf belastende (abgewehrte) Gefühle
- Kognitive Symptome (Schuldgefühle, Grübeln) mit starken Selbstanklagen
- Somatische Symptome (Antriebsstörung) oft mit kinästhetischer Symptomschilderung
- Metaphern und bildhafte Narrative
- Implizit – meist durch Verneinungen - geäußerte Ziele und Wünsche

*Abb. 6: Ausdrucksformen der depressiven Symptomatik*

---

wesentliche Informationsquelle dafür, was im Leben vielleicht fehlt oder was zu viel ist. Das bedeutet, das Symptom als wichtigen „Anteil“ willkommen zu heißen und neugierig zu sein, was es zu „sagen“ und zu „zeigen“ hat (Depression als Hausgast oder in einer Landschaft i. S. der Stellvertretertechnik; vgl. Bongartz & Bongartz, 2015; Meiss, 2016). In weiteren Schritten werden diese oft wichtigen Dinge ins eigene Leben einbezogen, zurück erobert oder aber beiseite gelassen. Bedeutsam ist dies, wenn depressive Symptome bei Behandlungsbeginn noch vorhanden sind, aber auch, wenn sie im Behandlungsverlauf erneut auftreten. Letzteres ist sowohl ein willkommener Anlass für vertieftes „Durcharbeiten“ und damit besseres Symptomverständnis als auch für eine stärkere Integration von Lösungen und damit einen günstigeren Umgang mit den Symptomen, was Vermeidungsverhalten entgegenwirkt. Am Ende der Behandlung lassen sich die entwickelten Lösungsstrategien im Sinne einer „hypnotherapeutischen Rückfallprophylaxe“ etablieren. Mittels Zeitprogression wird hier eine Re-Assoziation eigener Fähigkeiten und eine Projektion gefundener Lösungsmöglichkeiten in zukünftig belastende Situationen (individuelle Auslöser) oder beim Auftreten von „Frühwarnsymptomen“ angeregt, wodurch die gefundenen Lösungen am Ende der Behandlung nochmals gestärkt und noch besser verankert werden.

Depressive Symptome zu nutzen bedeutet zunächst einmal auch, als Therapeut\*in darauf zu achten, wie diese geschildert werden und das hypnotherapeutische Vorgehen danach auszurichten (vgl. Abb. 6). An der Art und Weise der Symptombeschreibungen lässt sich häufig erkennen, ob die Person eher ein kinästhetischer, auditiver oder visueller Typ ist und welche Symptomatik – affektiv, kognitiv, somatisch – als am meisten belastend erlebt wird. Daran anknüpfend ergibt sich, wie Lösungen gefunden werden können. Werden die Symptome bildhaft und in Metaphern vorgetragen? Und welche Bilder sind das? Wird über einen „unendlich hohen Berg“ von Anforderungen geklagt, kann dieser genauer betrachtet oder zuvor durch Abstandnahme verkleinert werden. Implizit wird damit Selbstwirksamkeit vermittelt: „Ich kann etwas ändern“, und ein günstigeres Symptommanagement wird vorbereitet.

Genauso können sich hinter Begriffen wie „Versteinerung“ verborgene Gefühlszustände erahnen lassen, die in Trance „verflüssigt“ und erlebbar gemacht werden. Auch können aus manchen Schilderungen bereits vorhandene Ziele und Wünsche herausgehört werden. Beispielsweise wenn geklagt wird: „Ich kann überhaupt nicht zur Ruhe kommen!“ Hier ließe sich, neben anderen Möglichkeiten, imaginativ – analog zum Modul Sicherer Ort – ein innerer Ruheort ausgestalten.

Daneben lassen die depressionstypischen Selbstanklagen und Schuldgefühle auf einen äußerst ungünstigen Selbstdialog schließen. Die depressiv gefärbten Kognitionen können beispielsweise mittels Stellvertretertechnik abgemildert werden oder – im Sinne einer hypnotherapeutischen Arbeit mit Ego-States - durch die Einführung des „Inneren Richters“ symbolisiert und greifbar gemacht werden. Dieser wird als ein wichtiger aber eben nicht allmächtiger Selbstanteil gewürdigt. Damit gelingt eine Abstandnahme (Meta-Ebene), wodurch die Selbstanklagen letztlich in einen inneren Dialog mit dem inneren Anteil umgeleitet werden, der die Sehnsüchte und Wünsche der Person vertritt und womöglich einen „Anwalt“ benötigt. Hierdurch verdeutlichen sich oft lange vernachlässigte aber wesentliche Grundbedürfnisse der Person.

Wird beispielsweise eine depressive Antriebsstörung vor allem auf dem kinästhetischen Kanal beklagt, mit Adjektiven wie „bleierner Druck“, „zentnerschwer“ oder „wie gelähmt“, kann dies auf eine anderen Sinnes-Modalität transferiert und damit zugleich externalisiert werden. So lässt sich die Form, Farbe, Größe, die Beschaffenheit der Oberfläche, das Material etc. beispielsweise des zentnerschweren Sacks, der auf den Schultern lastet, beschreiben, über den Inhalt spekulieren und in der Folge eine Veränderung anregen. Liegt eine gute Ich-Struktur vor, kann es sich durchaus anbieten, zunächst einmal das Beklagte in Trance zu erleben, zu verstärken und die Auswirkungen genau spüren zu lassen, um daran anknüpfend Lösungsimpulse aufzufinden. Einfälle und Impulse, die Last eine Zeitlang abzulegen, können aufgegriffen werden, um zu spüren, wie sich das im Körper anfühlt. Der Wunsch die schwere Last genauer zu untersuchen schließlich kann bedeuten, diese in verschiedene Portionen zu zerlegen und eine Portion nach der anderen in die Hand zu nehmen.

Was auch immer sich im therapeutischen Prozess oder in der Vergangenheit als hilfreich erwiesen hat, wird hypnotherapeutisch aufgegriffen und geankert – in Trance sowie im therapeutischen Dialog durch Erinnern, Wiederholen und Einstreuen. In der mittleren Therapiephase kann sowohl beim Wiederauftreten depressiver Symptome als auch in Vorbereitung auf belastende Situationen (potentielle Auslöser) darauf zurückgegriffen oder bei erfolgreicher Bewältigung schwieriger Situationen das hilfreiche Vorgehen imaginativ geankert und damit stabilisiert werden. Gleichermaßen lässt sich in der Endphase der Therapie mittels Zeitprogression eine hypnotherapeutische Rückfallprophylaxe etablieren (vgl. Tab. 3, nächste Seite).

Das Manual bietet mannigfaltige Ansatzpunkte. Auch in der hypnotherapeutischen Depressionsbehandlung können Therapeut\*in und Patient\*in auf Grundlage dieses Manuals ein gemeinsames Drittes, den therapeutischen Resonanzraum, kreieren, wo-

## Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual

Tab. 3: Beispiele bei überwiegend kinästhetischer Symptomschilderung (Therapieverlauf)

Anfangsphase	Symbolisieren und externalisieren; auf andere Modalität (auditiv, visuell, kognitiv) transferieren; aktivieren (oder bahnen) der Fähigkeit, sich „frei“ zu fühlen, sich zu entlasten und dabei helfen zu lassen; anknüpfend daran Kommunikation mit dem Symptom anregen und gestalten, dabei z.B. Metaphern wie Landschaft oder „ungebetener Hausgast“ einführen.
Mittlere Phase	Durcharbeiten und wiederholtes Erinnern (Einstreuen) der gefundenen „Lösungen“ und Fähigkeiten, diese ggf. in Trance (stabilisieren); erzählen und einstreuen von Metaphern oder mit der Thematik verbundener Geschichten.
Endphase	Ressourcenimplementierung als „Rückfallprophaxe“: Die gefundenen „Lösungen“ werden in eine zukünftige Belastungssituation hineingenommen/projiziert: z. B. Zeitprogression in die nahe Zukunft; Wiederbegegnung in der (fernen) Zukunft und anschließende Verankerung.

---

durch sich der innere Raum der Patient\*in entfalten, differenzieren und erweitern kann. Depressive Muster werden entsprechend individueller Möglichkeiten im jeweils passenden Zeit-Rhythmus gelockert und entwickeln sich hin zu größeren Handlungsspielräumen und größerer individueller Freiheit.

Lesen Sie nun im zweiten Teil zwei Fallbeschreibungen von Cornelia Schweizer zur konkreten Anwendung des Manuals.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (2009). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Achse IV Struktur (2. Aufl., S. 113-123 u. S. 255-280, Strukturcheckliste S. 432-441.). Bern: Hans Huber.
- Bongartz, B., & Bongartz, W. (2015). Stellvertretertechnik. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 265-272). Heidelberg: Springer.
- Braun, B.G. (1988). The BASK-Modell of Dissociation. *Dissociation*, 1(1), 4ff.
- DGPPN, BAK, KBV, AWMF, AkdA, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, & DGRW (Hrsg.) (2015). S3 Leitlinie Unipolare Depression. (Langfassung, 2. Aufl., Version 4: S. 105ff). Zugriff am 27.12.2016 unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_Unipolare\\_Depression\\_2016-11.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-11.pdf).

- Geißler, P. & Heisterkamp, G. (2007). *Psychoanalyse der Lebensbewegungen: Zum körperlichen Geschehen in der Analytischen Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Gerl, W. (2015). Reframing. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 253-263). Heidelberg: Springer.
- Grawe, K., (2005). (Wie) Kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Report Psychologie* 1, S. 4-11.
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., & Brown, W.A. (2012). A Systematic Review of Comparative Efficacy of Treatments and Controls for Depression. *PLoS ONE* 7(7): e41778. doi: 10.1371/journal.pone.0041778.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen H.U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.
- Joraschky, P., v. Arnim, A., & Pöhlmann, K. (2008). Störungen des Körper selbst bei Patienten mit Borderline-Syndrom. In A. Remmel, O.F. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauß (Hrsg.). *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen* (S. 207-222). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Lorenz-Wallacher, L. (Ed.) (2009). *Hypnose und Psychodynamik. Hypnose-ZHH* (4). München: MEG-Stiftung.de.
- Huber, M. (2005). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann.
- Meiss, O. (2016). *Hypnosystemische Therapie bei Depression und Burnout* (S. 184-213). Heidelberg: Carl-Auer.
- Palmer, St. (1975): The effects of contextual scenes on the identification of objects. *Memory and Cognition*, 3, 519–526.
- Reddemann L. (2016). *Imagination als heilsame Kraft – Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen* (19. Auflg.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Revenstorf, D., & Freund, U. (2015). Indirekte Induktion und Kommunikation. In D. Revenstorf & B. Peter (Eds.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Ein Manual für die Praxis* (2 ed., pp. 197-208). Heidelberg: Springer.
- Rudolf, G. (2000). Der depressive Grundkonflikt und seine Verarbeitungen. Krankheitsbilder in folge des depressiven Grundkonflikts. In G. Rudolf, & P. Hennigsen (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (S. 149-207). Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2014) *Psychodynamische Psychotherapie – Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. (2. Auflage, S.38-46, 133-163), Stuttgart: Schattauer.
- Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 265–277.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness. On Depression, Development and Death*. San Francisco: Freeman and Comp. (Deutsch (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.)
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 12(2), 33-67.
- Wilhelm-Göbbling, C. & Vlamynck, A. (2012). Integration Energetischer Psychotherapie in die Psychodynamische Psychotherapie. In C. Eschenröder & C. Wilhelm-Göbbling (Hrsg.), *Energetische Psychotherapie – integrativ* (2. Aufl., S. 217-257). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wilhelm-Göbbling, C. (2013). Klopfen bei komplexen Traumafolgestörungen. In M. Bohne (Hrsg.) *Klopfen mit PEP* (2. Aufl., S.131-144). Heidelberg: Carl-Auer.

## 2. Teil: Fallbeschreibungen

(Cornelie Schweizer)

### 2.1 Fallbeispiel 1: Herr B.

Herr B. ist 50 Jahre alt, er arbeitet als Schreiner und lebt mit seiner Frau zusammen. In der Beziehung läuft es gut, am Arbeitsplatz scheitert er jedoch immer wieder an Schwierigkeiten mit seinen Vorgesetzten. Die beruflichen Probleme machen ihm sehr zu schaffen, immer wieder fühlt er sich von seinen Chefs angegriffen und fertig gemacht. Sein Lebensgefühl ist geprägt von dem Satz: „Das Leben ist gefährlich – und in der Regel verliert man.“ Er berichtet, in einer sehr frommen und nach außen hin rechtschaffenen, dabei gleichzeitig von der Gewalttätigkeit und Missachtung des Vaters geprägten Familie aufgewachsen zu sein. Regelmäßig wurde er als Kind nachts eingesperrt und litt dann unter furchtbarer Angst. Um sich ein wenig zu helfen, stellt er sich dann immer vor, sein Bett sei ein sicheres Schiff innerhalb eines gefährlichen Meers.

Herrn B.s Schilderungen entsprechen einem häufig von depressiven Menschen berichteten Kindheitserleben:

Ein weiterer wichtiger und zugleich depressionstypischer Punkt in Herrn B.s Schilderungen ist: Wut als Reaktion auf die massiven Angriffe von Seiten des Vaters war innerhalb der Familie strengstens verboten!



Abb. 7: Kindheitserleben von Herrn B.

*Häufiges Kindheitserleben von Depressiven*

- Werte und Überzeugungen: man tut, was man tun muss, was richtig ist, was die anderen sagen
- Familienrituale: starre Zuschreibungen, fixe Gewinner/Verlierer im Geschwisterwettbewerb, unbedingte Erfüllung von Anforderungen
- Emotionales Klima: an der Oberfläche korrekt versorgend, im Untergrund kritisch, abwertend



Abb. 8: Kindheitserleben von Depressiven

Abb. 9: Wut

**2.2 Fallbeispiel 2: Frau A.**

Frau A. ist 25 Jahre alt, sie arbeitet als kaufmännische Angestellte. Sie lebt mit ihrem Freund zusammen, beide verbringen jedoch einen Großteil ihrer Zeit bei seiner Familie. Besonders, seit der Lebensgefährtin der Mutter ihres Freundes sich suizidiert hat und es nun der Mutter und anderen Familienmitgliedern sehr schlecht geht, hat Frau A. kaum mehr Zeit für sich und ihre Hobbies: Praktisch ihre gesamte Freizeit verbringen sie und ihr Freund damit, der Familie beizustehen. Frau A.s hohes Maß an Verantwortungsgefühl in Verbindung mit Trauer, Versagensängsten und dem Gefühl von Schwäche sind ebenfalls typisch für an Depressionen erkrankte Menschen.

Besonders belastend ist für Frau A., dass sie selbst sehr jung und plötzlich ihren Vater verloren hat und sich nun immer wieder an die traumatische Zeit damals erinnert fühlt. Damit ist eine weitere typische „Depressionszutat“ gegeben: Das Erleben von schlimmen Verlusten in der Vergangenheit und damit einhergehende erlernte Hilflosigkeit, häufig auch in Verbindung mit massiven Selbstabwertungen.

Jedoch würden all diese Belastungsfaktoren vielleicht noch nicht ausreichen, um eine Depression zu entwickeln; Frau A. berichtet, dass sie, egal wie anstrengend die Fürsorge für die trauernde Familie sei, sie dennoch gern helfen und sich dabei auch gut fühlen würde, allerdings: Die Familie weiß ihren Einsatz kaum zu schätzen. Dankbarkeit erlebt sie nicht, dafür wird ihr oft vermittelt, sie solle sich mehr kümmern und wenn sie sich mal zurückzieht, um etwas auszuruhen, wirft man ihr mangelnden Einsatz vor. Frau A. kann sich gegen diese Grenzüberschreitungen vonseiten der Familie kaum wehren und fühlt sich, falls einmal Wut in ihr aufsteigt, ohnmächtig und unfähig zu handeln.

Ihr aktuelles Lebensgefühl beschreibt sie so: „Ich versuche es allen recht zu machen, aber nie reicht es.“ Damit besteht in ihrem Leben ein massives Ungleichgewicht zwischen Dank und Anerkennung, eigenem Glück und Zeit für ihre Interessen auf der einen und einem riesigen Maß an Pflichterfüllung und Verantwortung auf der anderen Seite.

Die Depression kann in so einem Fall als durchaus sinnvolle Maßnahme des Or-

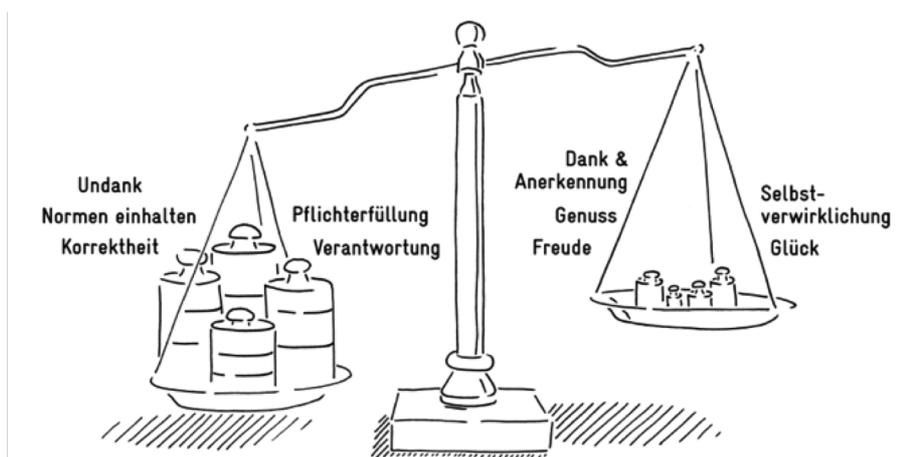


Abb. 10: Ungleichgewicht zwischen Verantwortung und Freude

ganismus verstanden werden, sich vor einer Zunahme des Ungleichgewichts zu schützen: „Kann“ man morgens nicht mehr aufstehen, ist zumindest sicher gestellt, dass man den Tag nicht wieder damit verbringen wird, sich für andere aufzureiben, ohne dafür etwas Bestätigung oder Dankbarkeit zu erhalten. Auch Frau A. berichtet, dass sie an schlechten Tagen einfach die Decke über den Kopf ziehe und es trotz aller Anstrengung nicht schaffe, das Bett zu verlassen.

### 2.3 Therapieziele bei Herrn B. und Frau A.

Herr B. bleibt bei seiner Zielformulierung in der Metaphorik der Bilder seiner Kindheit: Er sagt, er fühle sich wie ein Schlachtschiff, einigermaßen sicher, aber eben auch gepanzert. Leichtigkeit und Freude hätten kaum Platz in seinem Leben, denn er habe ständig Angst vor neuen Gefahren und Verletzungen. Er wünsche sich, dem Genuss und auch der Nähe zu anderen Menschen mehr Raum geben zu können und wäre lieber eine weiße Yacht mit vielen Palmen an Bord.

Frau A. hat ebenfalls ein klares Ziel vor Augen: Sie möchte ein besseres Gleichgewicht in ihrem Leben erreichen zwischen Pflichterfüllung auf der einen und Freude und Genuss auf der anderen Seite.

### 2.4 Was bietet das Studienmanual NICHT

Wie in Teil 1 bereits erwähnt, bietet das Manual zur Studie keine „Kochrezepte“ für die Depressionsbehandlung, sondern versucht mit seinem modularen Aufbau gemäß dem Ericksonschen Ansatz der Individualität der einzelnen Patient\*innen gerecht zu werden.

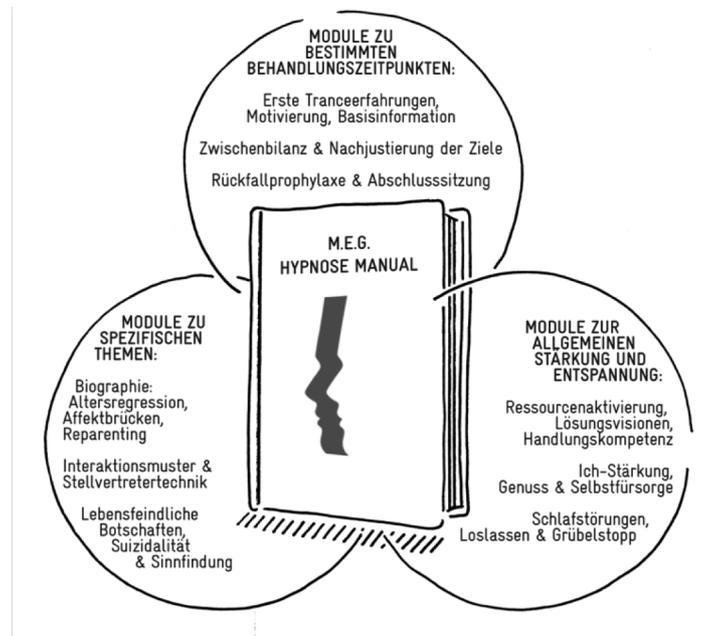


Abb. 11: Das Studienmanual

### 2.5 Interventionsmöglichkeiten des Manuals

Das Studienmanual enthält Module für bestimmte Behandlungszeitpunkte, zur allgemeinen Stärkung und Entspannung und zu den in Abbildung 11 aufgeführten spezifischen Themen

### 2.6 Zentrale Sitzungen

Im Folgenden sollen je Patient\*in jeweils zwei zentrale Sitzungen vorgestellt werden.

Für Herrn B. war zunächst die Sitzung „Neutralisieren lebensfeindlicher Botschaften“ (Autor: Wolfram Dormann) besonders wichtig. Ausgangspunkt war sein Bericht, seine Chefs würden ihn immer wieder regelrecht „niedermachen“, er fühle sich dann furchtbar ohnmächtig und wütend und würde meist in Folge dieser Erlebnisse kündigen, um dann bei der nächsten Stelle dasselbe zu erleben.

Deshalb wurde mit Herrn B. im Sinne einer Affektbrücke erarbeitet, woher er das bei den Chefs Erlebte aus der Vergangenheit kannte; er formulierte dazu einen Satz, den er häufig vom Vater gehört hatte: „Aus dir wird ja nie was!“ Dieser Satz wurde dann zunächst in all seinen Sinnesqualitäten erlebt und anschließend so modifiziert, dass er seine vernichtende Schärfe verlor: Herr B. stellte sich den Satz so vor, als sei er von einem alten Mann mit brüchiger Stimme geflüstert worden, und entwickelte schließlich noch einen stärkenden Alternativsatz: „Du hast schon so viel hinbekom-

men, sicher schaffst du auch das hier!“

Wichtig war für Herrn B. außerdem das Modul: „Sinnfrage: Wozu kann so viel Leid gut sein?“ (Autorin: Dr. Elsbeth Freudenfeld). In dessen Rahmen wurde mit Herrn B. der „rote Faden“ seines oftmals schwierigen Lebens erarbeitet – mit dem erfreulichen Ergebnis, dass er stolz darauf sein konnte, die seit Generationen in seiner Familie herrschende Gewalt gegenüber den schwächsten Familienmitgliedern beendet zu haben.

Für Frau A. war das Modul: „Stellvertreertechnik: was braucht dieses Kind?“ (Autor: Ortwin Meiss) besonders zentral. Im Rahmen dieser Arbeit wurde innerhalb einer Altersregression der Zeitpunkt des ersten großen Verlusterlebnisses von Frau A., der Tod ihres Vaters, aufgesucht. Ausgehend von der Fragestellung „Was braucht ein Kind in einer so schlimmen Situation?“ wurde ein neues Vergangenheitserleben konstruiert.

Wesentlich war dabei für sie ein ganz bestimmtes Erlebnis im Zusammenhang mit dem Tod ihres Vaters: Verwandte hatten sie damals überraschend von der Schule abgeholt, ihr aber auf dem gesamten – für sie entsetzlich langen – Heimweg nicht gesagt, was eigentlich passiert war. Klar war dem Kind nur: Etwas Entsetzliches musste geschehen sein. In der Trance erlebte Frau A. diese Situation wieder, modifizierte sie aber dahingehend, dass ihr sofort vom Tod des Vaters berichtet wurde. Das in der realen Vergangenheit erlittene Gefühl von quälender Hilflosigkeit relativierte sich dadurch deutlich. In den folgenden Sitzungen erarbeitete Frau A. in den Trancen für sich, wie die Zukunft eines Kindes, das diese neue Erfahrung in der Vergangenheit machen konnte, aussehen würde. Aufgrund ihres gut integrierten Ich-Struktur-Niveaus konnte Frau A. ohne weitergehende Unterstützung innerhalb einer tiefen Trance sehr gut für sich herausfinden, was damals hilfreich für sie gewesen wäre, und diese alternative Vergangenheit mit ihren Implikationen für die Zukunft ausgestalten und erleben. Für Patient\*innen mit einer weniger gut ausgeprägten Ich-Struktur wäre es evtl. notwendig gewesen, allgemeiner für ein Kind in einer solchen Lage nach möglichen Ressourcen zu suchen und auch deutlicher Vorschläge zu vermitteln, was hilfreich sein könnte. In Abbildung 12 wird das therapeutische Vorgehen schematisch dargestellt:

Wichtig war für Frau A. außerdem, ihre gegenwärtigen problematischen Beziehungen näher zu betrachten. Dies geschah mithilfe des Moduls „Ressourcenaktivierung: Zeitprogression“ (Autor: Dr. Clemens Krause). Frau A. konnte sehr gut für sich erarbeiten, bei welcher Art von künftiger Beziehungsgestaltung ihre depressiven Phasen nicht mehr notwendig wären. Dabei wurde nach dem Schema in Abbildung 13 vorgegangen.

Bezüglich Frau A.s aktueller Beziehungen stellte sich schnell heraus, dass sie sich extrem für die Familie einsetzte, ohne dafür Anerkennung oder Dank zu erhalten, während ihre eigenen Belange kaum Beachtung fanden. Versuchte sie ihre Bedürfnisse doch einmal zu artikulieren, so wurde sie von der Familie mit Vorwürfen in der Art konfrontiert, sie sei egoistisch, schließlich habe nicht sie den großen Verlust erlitten, sondern die Anderen. Sie reagierte darauf mit schlechtem Gewissen und vermehrten Bemühungen, es der Familie recht zu machen, steigerte diese in der Regel, bis sie

- Nach der Aktivierung einer leichten Trance leitet der oder die Therapeut\*in dazu an, sich jemanden vorzustellen, der sich genau so fühlt, genau diese Störung hat, und bittet ihn, diese Person von außen zu sehen.
- Gefühle und Befinden dieser Person herausarbeiten: „Wenn Sie wüssten, was mit dieser Person los ist, was sie fühlt, wie es ihr geht: Was ist ihr Problem?“ Interessanterweise können die Patient\*innen genau angeben, wie es der Person geht und was sie fühlt. Oft wissen sie auch genau, was das Problem ist. Das Vorgehen hat dabei den Vorteil, dass niemand seine Aussagen direkt auf sich beziehen muss.
- „Was fehlt dieser Person und was bräuchte sie, damit sie ihr Problem lösen kann?“ Das weitere Vorgehen eignet sich, um eine konkrete Vorstellung darüber zu entwickeln, was den Patient\*innen bei der Lösung ihres Problems helfen kann, und um das Wissen über die Lösbarkeit des Problems zur Verfügung zu stellen. Man entwickelt dabei die Vorstellung einer Person, welche die Ressourcen zur Verfügung hat, die den Patient\*innen fehlen oder gefehlt haben.
- Man leitet die Patient\*innen an, sich jetzt jemanden vorzustellen, der die Störung, die die Patient\*innen haben, niemals bekommen könnte und zu dem diese Störung überhaupt nicht passte. Dann: Was ist das für ein Mensch? Welche Eigenschaften und Einstellungen hat er oder sie? Wie lebt diese Person?
- Identifikation anregen: „Wenn man so lebt, wie fühlt man sich? Wo genau spürt man diese Gefühle? Was für ein Lebensgefühl ist das?“
- Positionswechsel „Und wenn man jetzt aus den Augen, aus der Perspektive, aus dem Blickwinkel dieses Ressourcenwesens auf die Person schaut, welche das Problem hat, was würde man über die Person denken, die man da sieht? Welchen Rat-schlag würde man geben? Was müsste sich da ändern?“

Abb. 12: Modul „Stellvertretertechnik“

---

„nicht mehr konnte“ und legte sich dann ins Bett, um zu weinen und manchmal erst Tage später wieder aufzustehen.

Als Alternative wurde mit ihr erarbeitet und in Trancen detailliert erlebbar gemacht, dass sie für die anderen Familienmitglieder nur in dem Umfang Sorge tragen könne, wie es gut mit ihren eigenen Bedürfnissen vereinbar wäre und sie sich bei beginnender Überlastung sofort und ohne depressive Symptome zu entwickeln um sich selbst kümmern werde.

Diese künftige Beziehungsgestaltung wurde in mehreren Trancen für unterschiedliche Themen und Beziehungsbereiche „getestet“ und mittels Selbsthypnose zu Hause eingeübt.

### **2.7 Befinden bei Therapieende**

Herr B. begann im Verlauf der Therapie, den bisher so bedrohlichen Chef als ungefährlich für seinen Selbstwert wahrzunehmen. Er suchte sich im Anschluss an die Be-

### *Das Hypnose-Depressionstherapie-Manual*

- Erhebung der dysfunktionalen Beziehung
- Mögliche alternative Beziehungsgestaltung
- Je nach Strukturniveau mehr/weniger tieferer Trance: „Schlüpfen Sie in Ihr künftiges Ich...Wie Sie in einem Jahr mit dieser Situation umgehen.“ „Welche Veränderungen nehmen Sie wahr?“

*Abb. 13: Modul "Ressourcenaktivierung in der Zukunft"*

---

handlung eine neue Arbeit, bei der er sich besser wertgeschätzt fühlte. Gegen Ende der Therapie modifizierte er nochmals seine ursprüngliche Zielsetzung: Die Yacht voller Palmen erschien ihm nicht mehr realistisch. Er meinte aber, er fühle sich zunehmend wohler, wie ein Rahsegler unter vollen Segeln.

Frau A. schilderte als den Hauptfortschritt ihrer Behandlung eine bessere Balance zwischen Pflichterfüllung auf der einen und Genuss und Freude auf der anderen Seite. Sie achtet mehr auf ihre eigenen Belange und zieht sich – auch ohne sich depressiv fühlen zu müssen – zurück, wenn sie Ruhe benötigt.

Abschließend soll noch eine Patientin zu Wort kommen, die sich wie folgt über die Hypnosebehandlung innerhalb der beschriebenen Studie äußerte:

*„Da hat so eine Veränderung stattgefunden, die am Anfang bewusst war und schwierig, sich aber dann eingeschliffen hat. Wenn die alten Muster gehen, kommen neue Muster. Und das fühlt sich so an, als wenn man die neuen Muster eigentlich auch schon immer gegangen wäre. Fühlt sich gar nicht mehr neu an. [...] Das muss ich echt sagen, ich hab ja schon ein paar Therapien gemacht, die haben sich nie bequem angefühlt, das war immer, immer Arbeit. Wenn man das nicht bewusst gemacht hat, dann ist man immer wieder ins Alte verfallen. Ich glaube, das ist der Vorteil der Hypnotherapie: Dass es sich anfühlt, wie wenn man es selber wäre. [...] Wie wenn man es selber immer schon so gemacht hätte, nicht, wie wenn man es sich erarbeiten hätte müssen. Und man muss nicht immer drüber nachdenken, weil das eine Schwelle unterschreitet, die vorher blockiert war. Das habe ich am Anfang nicht gedacht. Als ich am Anfang die zwei Methoden gesehen habe, da habe ich gedacht, ich möchte auf jeden Fall nicht zur Hypnose, denn das habe ich nicht gekannt, da hatte ich Angst, da war es mir echt unwohl damit. [...] Man darf sich aber halt trotzdem nicht drauf ausruhen.“*

Bei Drucklegung dieses Artikels sind bereits die letzten Studienproband\*innen randomisiert und haben ihre Therapien begonnen. Wir hoffen, dass viele der behandelten Patient\*innen ähnlich positive Erfahrungen machen konnten und sind gespannt auf die Ergebnisse der Katamnesen.