

Hypnotherapie in der Depressionsbehandlung

Inhalte und Wirksamkeit anhand der WIKI-Depressionsstudie

*Kristina Fuhr
Cornelie Schweizer
Christoph Meisner
Anil Batra*

*Die Depression ist gleich einer Dame in Schwarz.
Tritt sie auf, so weise sie nicht weg, sondern bitte sie
als Gast zu Tisch und höre, was sie zu sagen hat.
(C.G. Jung)*

Einleitung

Depressive Störungen sind nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation die Hauptursache für chronische Erkrankungen in Europa (Global Health Estimates, 2016). Bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden ist die Psychotherapie ähnlich wirksam wie die Pharmakotherapie (Cuijpers et al., 2020) und weist zum Teil sogar eine höhere Langzeitwirksamkeit auf, insbesondere bei der Rückfallprophylaxe (Hollon et al., 2005). Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die interpersonelle Therapie (IPT) gelten als die evidenzbasierten Interventionen mit der höchsten empirischen Wirksamkeit. Aber auch etablierte Interventionen wie psychodynamische Ansätze wurden in Nicht-Unterlegenheitsstudien mit der KVT verglichen und erzielten Ergebnisse, die denen der KVT nicht unterlegen waren (Driessen et al., 2013). In einer Studie lagen die Responseraten bei der KVT und der IPT jedoch nur bei 50% (Luty et al., 2007). Um die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen zu verbessern, wurden in den letzten Jahrzehnten neue Ansätze, z. B. das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP, Wiersma et al., 2014) für die Behandlung chronischer Depressionen, untersucht. Dabei zeigte sich eine vergleichbare Wirksamkeit von CBASP und einer antidepressiven Medikation, wobei die Kombination in der Wirksamkeit überlegen war. Teilauswertungen wiesen bei Patien-

***Hypnose - ZHH* 2022, 17(1+2), 35-52**

Kristina Fuhr, Cornelia Schweizer, Christoph Meisner und Anil Batra
 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

**Hypnotherapie in der Depressionsbehandlung – Inhalte und Wirksamkeit
 anhand der WIKI Depressionsstudie**

Hintergrund: Ziel dieses Artikels ist es zum einen, die hypnotherapeutische Vorgehensweise genauer dazulegen, und zum anderen, die Ergebnisse der Depressionsstudie zu präsentieren, die von der Milton Erickson Gesellschaft finanziell unterstützt wurde. Das Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob die Hypnotherapie (HT) der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) in Bezug auf die prozentuale Verringerung der depressiven Symptome bei der Behandlung leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden einer Major Depression (MD) nicht unterlegen ist.

Methoden: In einer monozentrischen, zweiarmigen, randomisiert-kontrollierten und Beurteiler-verblindeten Studie wurden insgesamt 152 Patienten mit MD entweder der HT oder der KVT randomisiert zugewiesen und erhielten über einen Zeitraum von sechs Monaten eine ambulante Einzelpsychotherapie mit 16 bis 20 Sitzungen. Der primäre Endpunkt war die mittlere prozentuale Verbesserung der depressiven Symptome, die mit der Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) vor und nach der Behandlung gemessen wurden. Die manualisierte Behandlung mit Hypnotherapie wird im Artikel genauer beschrieben.

Ergebnisse: Die Ergebnisse bestätigten die Nicht-Unterlegenheit der HT gegenüber der KVT im Hinblick auf die vorselektierte Nicht-Unterlegenheitsgrenze. Die Ergebnisse für die Katamnesen sechs und zwölf Monate nach Ende der Behandlung konnten ebenfalls die Nicht-Unterlegenheit bestätigen.

Einschränkungen: Aus ethischen Gründen wurde keine Kontrollgruppe ohne Behandlung in das Studiendesign aufgenommen, daher kann nur indirekt geschlussfolgert werden, dass beide Behandlungsbedingungen wirksam waren.

Schlussfolgerung: Im Rahmen dieser Studie konnte erstmalig gezeigt werden, dass die HT der KVT bei Einhaltung strenger methodischer Standards in der Behandlung der MD nicht unterlegen war.

Schlüsselwörter: Wirksamkeit, Hypnotherapie, Verhaltenstherapie, Major Depression

**Hypnotherapy in the treatment of depression – Content and efficacy according
 to the WIKI depression study**

Background: The aims of this article are, on the one hand, to present the hypnotherapeutic treatment manual in more detail and, on the other hand, to present the results of the depression study that was financially supported by the Milton Erickson Society. The aim of this study was to investigate whether Hypnotherapy (HT) was not inferior to Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the percentage reduction of depressive symptoms in the treatment of mild to moderate Major Depression (MD).

Methods: In a monocentric two-armed randomized-controlled rater-blind trial a total of 152 patients with MD were randomized to either HT or CBT receiving individual outpatient psychotherapy with 16 to 20 sessions over six months. The primary outcome was the mean percentage improvement in depressive symptoms that were assessed with the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) before and after treatment. The manualized treatment with HT will be described in more detail.

Results: Concerning the pre-specified non-inferiority margin, the results confirm the non-inferiority of HT to CBT. The results for the follow-ups six and twelve months after the end of the treatment also support the non-inferiority.

Limitations: For ethical reasons the study design did not include a control group without treatment. Therefore, it can be only indirectly concluded that both treatment conditions were effective.

Conclusion: This study was the first to demonstrate that HT was noninferior to CBT in the treatment of MD when strict methodological standards were applied

Keywords: efficacy; hypnotherapy, behavioural therapy, major depression

Prof. Dr. Anil Batra
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14
72076 Tübingen
anil.batra@med.uni-tuebingen.de

erhalten: 30.12.2021

akzeptiert: 30.1.2022

ten mit einer frühkindlichen Traumatisierung eine bessere Wirksamkeit von CBASP (sowohl allein als auch in Kombination mit antidepressiver Medikation) im Vergleich zur alleinigen Medikation nach (Nemeroff et al., 2003). Eine Verbreiterung des (psycho-) therapeutischen Angebots könnte somit eine Möglichkeit sein, Subgruppen von Patientinnen und Patienten gezielter und effektiver zu behandeln. Im Sinne einer „personalisierten Psychotherapieauswahl“ stünden dann mehrere Behandlungsstrategien zur Verfügung. Die Identifikation spezifischer Prädiktoren oder Moderatoren könnte helfen, schon zu Beginn der Behandlung eine passende Vorgehensweise zu wählen (Cohen & DeRubeis, 2018).

Für die Wirksamkeit der Hypnotherapie (HT), einem der ältesten Behandlungsansätze, gibt es bisher vor allem Studien im Bereich der Behandlung von körperlichen oder psychophysiologischen Störungen (Whorwell et al., 1984). Für die Behandlung psychischer Störungen fehlen Belege, die etablierten Wissenschaftsstandards entsprechen und bei der Erarbeitung von Leitlinien-Empfehlungen oder durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie herangezogen werden könnten. Nur wenige Studien haben die Wirksamkeit der HT für die Behandlung von Depressionen in einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht. In der wohl bekanntesten Studie verglichen Alladin und Alibhai (2007) bei 84 Patienten mit chronischen Depressionen gemäß DSM-IV die "kognitive Hypnotherapie" mit der KVT. Die „kognitive Hypnotherapie“ bestand aus einer KVT, die durch sechs zusätzliche HT-Strategien wie Selbsthypnose oder positive Stimmungsinduktion angereichert wurde. Diese sechs zusätzlichen HT-Strategien zeigten additive Wirkungen auf die Reduktion der depressiven Symptome, der Angst und erlebten Hilflosigkeit am Ende der 16-wöchigen Behandlung und bei Nachuntersuchungen nach sechs und 12 Monaten (Alladin & Alibhai, 2007). Leider fehlen bisher Belege für die Wirksamkeit der reinen HT im Vergleich zu

Die WIKI-Depressionsstudie

einer anerkannten und in Leitlinien empfohlenen Behandlung in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Darüber hinaus waren die Stichprobengrößen von Studien zur Wirksamkeit von HT bei der Behandlung depressiver Symptome in der Vergangenheit oft zu klein, es fehlten Kontrollgruppen, die Zuteilung erfolgte nicht randomisiert oder die Patientinnen und Patienten hatten keine gesicherte klinische Diagnose einer Depression (Milling et al., 2019).

Methoden

Die WIKI-Depressionsstudie (WIKI-D)

Die WIKI-D Studie wurde zwischen 2014 bis 2018 am Universitätsklinikum für Psychiatrie und Psychotherapie unter Leitung des Letztautors durchgeführt. Die Studie wurde in diesem Zeitraum finanziell von der MEG gefördert. Die MEG war jedoch bei der Studienplanung, -durchführung sowie -auswertung zu keinem Zeitpunkt involviert. Das Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit der Hypnotherapie (HT) in der ambulanten Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Episoden im Vergleich zu einer anerkannten Vergleichsbehandlung bei gleichzeitiger Einhaltung besonders hoher wissenschaftlicher Standards zu untersuchen. Als Vergleichsbehandlung wurde die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ausgewählt, deren Wirksamkeit vielfach belegt ist (Cuijpers et al., 2013). Aus mehreren ethischen Gründen entschieden wir uns, auf eine nicht-aktive Kontrollgruppe zu verzichten.

In der Studie wurde die primäre Hypothese überprüft, dass die ambulante Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Störungen mit HT der Behandlung mit KVT in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptome nicht unterlegen ist (gemessen anhand der mittleren prozentualen Symptomreduktion in dem Fremdurteil „Montgomery-Asperg Depression Rating Scale“, MADRS). Wir erwarteten zudem, dass die HT im Vergleich zur KVT auch längerfristig bis sechs und zwölf Monate nach Ende der Behandlung nicht unterlegen sein würde.

Dafür wurden interessierte ambulante Patientinnen und Patienten randomisiert im Verhältnis 1:1 zu einer Einzelbehandlung mit entweder HT oder KVT zugewiesen. Die Randomisierung wurde unabhängig von der Studienkoordination zentral über das Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie in Tübingen (IKEAB) mit einer computergenerierten Blockrandomisierung (Blockgröße 40) unter Verwendung der Software nQuery (Version 7.0) durchgeführt. Die gesamte Studienplanung wurde vor Rekrutierungsbeginn bei einem internationalen Studienregister eingetragen (ClinicalTrials.gov, NCT02375308). Außerdem wurde ein positives Votum der lokalen Ethik-Kommission vor der Studiendurchführung eingeholt (061/2015BO2). Studiendesign und Studienprotokoll wurden international open access publiziert (Fuhr et al., 2017). Der primäre Endpunkt, Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Studiendokumentation wurden durch das Zentrum für Klinischen Studien Tübingen (ZKS) monitort. Zudem wurden (Serious) Adverse Events (SAEs/AEs), also unerwartete negative Ereignisse wie eine Symptomverschlechterung, Hospitalisierung oder Suizi-

dalität dokumentiert, um die Sicherheit der Teilnehmer zu gewährleisten und ggf. unterstützende Schritte einleiten zu können bzw. Nebenwirkungen der beiden psychotherapeutischen Vorgehensweisen zu erfassen.

Stichprobe

Patientinnen und Patienten mit aktueller leichter bis mittelgradiger depressiver Episode nach DSM-5 (APA, 2013) wurden zwischen Mai 2015 und Dezember 2016 am Universitätsklinikum Tübingen und in der regionalen Umgebung rekrutiert. Einschlusskriterien waren MADRS Summenwerte < 35 , Alter zwischen 18-70 Jahren sowie im Falle einer antidepressiven Medikation eine stabile Einnahme seit mindestens drei Monaten ohne geplante Änderungen. Ausschlusskriterien waren die Diagnose einer bipolaren oder psychotischen Störung, chronische Depression, akute Suizidalität, Ess-Störung, PTSD, Borderline-Persönlichkeitsstörung, aktive Alkohol- oder substanzbezogene Abhängigkeit, Behandlung mit Psychotherapie in den letzten 12 Monaten oder eine andere primäre behandlungsbedürftige Diagnose einer psychischen Störung.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden von geschulten Psychologinnen bei Baseline mit dem Strukturierten Klinischen Interview zur Diagnose von psychischen Störungen nach DSM-IV (SKID, First et al., 1997), selbst angepasst an DSM-5 Kriterien, geprüft.

Insgesamt 484 Patientinnen und Patienten waren an einer Teilnahme interessiert und wurden hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien gescreent. Nach erfolgreichem Screening wurden 153 Patienten in die Studie aufgenommen und nach dem Zufallsprinzip entweder der HT ($n=75$) oder der KVT ($n=78$) zugeteilt. Die Abbrecherquote war in beiden Fällen niedrig (HT: $n=8$, 10,7%; KVT: $n=11$, 14,1%). Ein Studien-Abbruch bzw. Ausschluss aus der intention-to-treat (ITT) Stichprobe wurde klassifiziert a) als Nicht-Teilnahme an der Studienbehandlung nach der Randomisierung, b) Abbruch der Studienbehandlung vor 16 Sitzungen oder c) fehlende Daten zum Zeitpunkt des Therapieendes. Einzelheiten sind dem CONSORT-Diagramm in Abbildung 1 in Fuhr et al. (2021) zu entnehmen. Da eine Person nach Randomisierung ihre Teilnahme zurückzog und Löschung der Daten verlangte, wurde diese aus der Gesamtstichprobe ausgeschlossen, somit verblieben insgesamt 152 randomisierte Patientinnen und Patienten in der ITT Stichprobe. Die Stichprobe mit vollständigen Datensätzen (per protocol, PP) bestand aus $n=134$ Patienten (11,8 % Abbrecherquote). Sechsfünftzig (36,8 %) der Patienten nahmen Antidepressiva ein. Die Stichprobe war im Durchschnitt 39 Jahre alt ($M = 39.5$, $SD = 14.6$), bestand aus mehr Frauen ($n = 100$, 65,8%) als Männern ($n = 52$, 34,2%). Die meisten hatten Abitur oder einen höheren Bildungsabschluss ($n = 114$, 75,0%).

Die Behandlungspräferenzen wurden vor der Randomisierung ermittelt. Die meisten Teilnehmer hatten keine Behandlungspräferenz (40,8 %). Einige Patienten bevorzugten KVT (31,6 %), andere die HT (24,3 %).

Die WIKI-Depressionsstudie

Primärer Endpunkt

Der primäre Endpunkt der Studie war die mittlere prozentuale Symptomreduktion gemessen mit der Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS, Montgomery und Asperg, 1979) zwischen Baseline und dem Therapieende. Der Endpunkt wurde außerdem 6 und 12 Monate später zusätzlich erfasst. Die Diagnostikerinnen waren bei der Durchführung des MADRS blind bezüglich der Studienbedingung des untersuchten Patienten. Insgesamt sieben Raterinnen waren bei Baseline und fünf bei den Follow-ups beteiligt. Die Inter-Rater-Reliabilität zwischen zwei Beurteilern betrug jeweils $ICC=.89$ für den MADRS-Summenwert bei Baseline (bei zufällig ausgewählten 11 Interviews) und $ICC=.89$ bei Therapieende (bei 21 zufällig ausgewählten Interviews).

Interventionen

Die studienbedingte Psychotherapie umfasste 20 Einzeltherapie-Sitzungen über einen Zeitraum von sechs Monaten, die von insgesamt acht Therapeutinnen mit entsprechender Qualifikation (Ausbildung in KVT oder HT und mindestens 3 Jahre Berufserfahrung) und intensiver Manuals Schulung, davon vier in KVT und vier in HT, durchgeführt wurde. Die Therapeutinnen waren im Durchschnitt 40 Jahre alt (Spanne 29-53) und verfügten über 3 bis 20 Jahre Erfahrung. Jede Therapeutin war für kumulativ 12-24 Patienten zuständig. Regelmäßige Supervisionen dienten u.a. der Erhöhung der Manualadhärenz.

Beide Vorgehensweisen wurden bezüglich Länge, Dauer, Dosis und Anzahl der Sitzungen, sowie modularem Aufbau parallelisiert. Den Therapeutinnen war erlaubt, entsprechende individualisierte Schwerpunkte zu setzen.

Im Folgenden sollen beide Psychotherapieverfahren kurz vorgestellt werden.

Manualisierte Behandlung mit Hypnotherapie

Hypnotherapie und manualisierte Arbeit – ein Widerspruch?

Bei der Entwicklung des Studienmanuals kam immer wieder die Frage auf, inwieweit Ericksonsche Hypnotherapie überhaupt manualisierbar sei... würde dies nicht der Prämisse Ericksons widersprechen: „Für jeden Patienten eine eigene Therapie!“?

Sicherlich ist es wahr, dass moderne Hypnotherapie niemals rezeptbuchartig arbeiten kann nach dem Motto: Ein wenig Ressourcenorientierung und sicherer Ort, dazu etwas Tieftrance, eine Prise Sinnfindung und Altersregression und fertig ist die gelungene Depressionsbehandlung. Sondern: jede Psychotherapie muss eine in der Kommunikation mit den KlientInnen entwickelte Unikat sein.

Die Lösung des Dilemmas, einerseits im Rahmen der Studie manualisiert zu arbeiten und gleichzeitig an der Ericksonschen Unikatsprämisse festzuhalten, war ein Manual mit Modulen, die individuell ausformuliert und kombiniert werden konnten und sollten: Eine Sitzung konnte aus mehreren Modulen bestehen oder dasselbe Modul für mehrere Sitzungen genutzt werden.



Darüber hinaus sollte die Anwendung der verschiedenen Module auch immer der jeweiligen Ich-Struktur des Patienten (Rudolf, 2013) angepasst werden.

Auf dieser Basis wurde das Manual aus den Beiträgen erfahrener M.E.G.-TherapeutInnen zusammengestellt. Es handelt sich um Einzelbeiträge verschiedener Autoren, die schon seit vielen Jahren hypnotherapeutisch arbeiten.

Teils kamen formale Trancen und Metaphern zum Einsatz, vielfach wurden aber auch Techniken ohne formale, explizit eingeleitete Trancezustände verwendet, die eher im Dialog (aber dadurch nicht weniger „trancig“) arbeiten, und die vielleicht mehr an die systemische Therapie erinnern.

Das Behandlungsmanual wurde inzwischen als Buch veröffentlicht (Wilhelm-Goessling et al., 2020).

Zur therapeutischen Grundhaltung

Pacing ist ein wesentliches Merkmal gelingender Psychotherapien – oder allgemeiner: jeder gelungenen Interaktion. Relevant und therapieleitend sollte deshalb immer die subjektive Realität der KlientInnen sein. In der Depressionstherapie kann das zum Beispiel bedeuten, positive neue Entwicklungen nur sehr langsam und immer an das innere Tempo der KlientInnen angepasst anzugehen oder in Trancen Veränderungen eher nur anzudeuten und auf einer metaphorischen Ebene dazustellen; das Fenster zur

Die WIKI-Depressionsstudie

Hoffnung auf Veränderung also nur ganz vorsichtig zu öffnen.

Wichtig ist auch, dass gerade depressive Menschen dazu neigen, sobald es ihnen besser geht, sich zu schnell wieder in viele Aktivitäten – vorzugsweise zum Wohle anderer, beispielsweise der aufgrund der Depression vernachlässigten Familie oder der Arbeit – zu stürzen, sich dabei womöglich zu überfordern und so einen Rückfall zu provozieren. Es wurde deshalb den KlientInnen vermittelt, dass eine Haltung nach dem Motto „Wenn ich kann, dann muss ich noch lange nicht“ langfristig gesünder sei und Rückfälle vermeiden kann.

Grundsätzlich wichtig war zudem der Glaube an die Bewältigungsmöglichkeiten der KlientInnen und – wie bei jeder Therapie zentral und notwendig – eine stets respektvolle, empathische, warmherzige, liebevolle Haltung den KlientInnen gegenüber.

Themen der Sitzungen

- Die hypnotische Aktivierung und Stärkung der Klienten-eigenen Ressourcen und Selbstheilungsfähigkeiten.
- Die Nutzung positiver und Neuinszenierung negativer biographischer Erfahrungen in der Altersregression.
- Die Entwicklung individuell passender Lösungsvorstellungen in der Zeitprogression und durch die Arbeit mit Stellvertretern.
- Zusätzliche Elemente waren die Arbeit mit Grübelgedanken und Schlafstörungen.

Grundlegende Idee der hypnotherapeutischen Arbeit: Utilisation und Co

Durch den Zustand der hypnotischen Trance wird angestrebt, einen besseren Zugang zu den unterschiedlichen Ebenen des Erlebens und Handelns zu finden.

Ein wichtiges Merkmal der Hypnotherapie nach Erickson ist die Utilisation, das heißt der Grundgedanke, dass jedes auch noch so unsinnig scheinende Verhalten und auch die depressive Symptomatik selbst im Grunde ein sinnvolles und auf Bewältigung ausgerichtetes Verhalten darstellt.

Bezogen auf den verminderten Antrieb als eines der Leitsymptome von Depressionen kann dies zum Beispiel bedeuten, die Antriebsminderung als sinnvolle Abhilfe für Menschen zu betrachten, die sich bislang – aus dem Gefühl heraus, nie genügen zu können – überfordert haben und nun die nötige Ruhe bekommen, indem sie ihr nicht-mehr-Wollen durch ein nicht-mehr-Können legitimieren und dann auch – endlich und manchmal das erste Mal im Leben – nicht mehr ständig meinen, Dinge tun zu müssen. Anstelle der Haltung, das Symptom „wegmachen“ oder womöglich auch „weghypnotisieren“ zu wollen, wird also versucht, ein Verständnis für das Symptom und in der Folge einen konstruktiveren Umgang damit zu entwickeln.

Utilisation kann auch auf der somatischen Ebene stattfinden, zum Beispiel, indem somatische Symptome als Symbole und wertvolle Hinweise verstanden und externalisiert werden.

Bei negativen Zielformulierungen können positive Bilder imaginiert, Stellvertretertechniken und Zeitprogression angewandt werden.

Wenn belastende Emotionen im Vordergrund stehen, kann durch Techniken wie die Ballontrance oder den Paradiesort ein heilsamer und entlastender Abstand hergestellt werden.

Auf der Kognitionsebene können lebensfeindliche Botschaften neutralisiert oder ein innerer Freund als Stellvertreter installiert werden.

Moderne Hypnotherapie und indirektes Formulieren

Die Trancen für das Manual bedienten sich bestimmter Formulierungen, um die Suggestionen jeweils nicht klassisch-direktiv, sondern indirekt zu vermitteln. Die Nutzung indirekter Suggestionen erlaubt es, bislang ungenutzte Ressourcen zu aktivieren.

Zu den indirekten Techniken gehört das Einstreuen (Seeding) von bestimmten hilfreichen Sätzen oder auch nur einzelner Wörter.

Häufig wurden auch Nominalisierungen verwendet: Dabei wird ein Verb zum Substantiv: Statt „*Ihr Arm wird schwerer und schwerer*“ lautet die Formulierung zum Beispiel: „*Eine zunehmende Schwere kann sich früher oder später in Ihrem Arm ausbreiten...*“

Auch Truismen kamen immer wieder zum Einsatz („*Entspannung kann gut tun*“), denn im Sinne des Pacing fördert es die Ja-Haltung der KlientInnen, wenn Dinge benannt werden, die immer wahr sind und denen sie deshalb leicht zustimmen können, bevor in der Leading-Phase problematischere Themen mit einem höheren Potential für Widerstand angegangen werden.

Ablauf der Therapien

Nach der Informations- und Diagnostikphase fanden innerhalb von fünf bis sechs Monaten mindestens 16, maximal 20 jeweils 50-minütige kostenlose, ambulante hypnotherapeutische Einzelsitzungen statt. Die Teilnehmenden wurden zufällig, bzw. je nach Terminkapazitäten einer der vier Hypnotherapeutinnen zugeteilt.

Die Hypnosetherapeutinnen nutzen für die Sitzungen „Spickzettel“ (welche im Manual enthalten waren), um sich zwar vom Aufbau der Trancen her an die Manualvorgaben zu halten und dadurch mit möglichst hoher Manualtreue zu arbeiten, dabei aber gleichzeitig Freiräume für individuelle Formulierungen zu haben.

Nur wenige Module mussten zu bestimmten Behandlungszeitpunkten stattfinden, nämlich:

- Erste Tranceerfahrungen, Motivierung, Basisinformationen
- Zwischenbilanz und Nachjustierung der Ziele
- Rückfallprophylaxe und Abschlusssitzung

Alle anderen Module waren frei zu kombinieren und zu jedem Zeitpunkt der Therapie einsetzbar.

Die WIKI-Depressionsstudie

Das Manual enthielt auch Module zur Stärkung und Entspannung, die als allgemeine, zum Teil verhaltenstherapeutisch orientierte Basis der Behandlung dienen:

- Ressourcenaktivierung (wie z.B. mit Hilfe von Lösungsvisionen, Tieftrance oder Stärkung der Handlungskompetenz)
- Ich-Stärkung, Genuss, Selbstfürsorge
- Umgang mit Schlafstörungen (z.B. anhand von Zeitprogression oder mit Selbst-Hypnose-Training), Loslassen, Grübelstopp

Zentrale Module zu depressionsspezifischen Themen

Biographiearbeit und Reparenting: Der Arbeit mit dem „inneren Kind“ in der Depressionsbehandlung liegt die Annahme zugrunde, dass es bestimmte, häufige auftretende Muster in Familien gibt, deren Kinder später als Erwachsene möglicherweise eine Neigung zu Depressionen entwickeln.

Diese sind unter anderem (nach Linares & Campo, 2003):

- Streng fixierte Werte und Überzeugungen: man tut, was man tun muss, was richtig ist, was die anderen sagen.
- Weitere Merkmale können sein: Starre Zuschreibungen, fixe Gewinner und Verlierer im Geschwisterwettbewerb, unbedingte Erfüllung von Anforderungen.
- Das emotionale Klima wird häufig als an der Oberfläche korrekt versorgend, im Untergrund aber sehr kritisch und abwertend beschrieben.

In der hypnotherapeutischen Depressionsbehandlung nimmt deshalb die Versorgung und Nachbeelterung des im wahren Leben früher nicht gut versorgten Kindes einen wichtigen Stellenwert ein. Dies gelingt im Trancezustand besonders gut, da die KlientInnen sich ohnehin bereits in einer gewissen Regression befinden und es damit umso leichter fällt, ins kindliche Ich zurück zu gehen und dieses in der Trance mit der Liebe und Fürsorge zu versorgen, die im wahren Leben gefehlt hat.

Stellvertretertechniken: Gern für ein indirektes Arbeiten verwendet wird auch die Stellvertretertechnik; ein Symbol (Gestalt, Wesen, Landschaft...) steht stellvertretend für das Erleben der KlientInnen. Besonders elegant können Stellvertreter im Deutschen genutzt werden, weil das Wort „Sie“ gleichzeitig die höfliche Anrede und die Nutzung des Plurals bedeutet. Dadurch lässt sich ein indirekt-direktes Ansprechen realisieren, indem „offiziell“ im Plural von den Stellvertretern gesprochen wird, zum Beispiel: „*Die Bäume haben tiefe Wurzeln und die Fähigkeit, sich ihre Nahrung aus der Erde zu holen, SIE haben all diese Fähigkeiten, um gut für sich zu sorgen...*“

Altersregression: Eine indirekte Art, hypnotherapeutisch zu arbeiten, ist die Einkreistechnik, indem für eine Altersregression nicht direkt zurück zu den psychotherapeutisch relevanten Ereignissen in der Biographie geführt wird, sondern zunächst nur Episoden herausgegriffen werden, die nicht unbedingt direkt mit den zu bearbeitenden Themen zu tun haben, sondern die nur etwa zur gleichen Zeit stattgefunden haben. Wird zum Beispiel vermutet, dass KlientInnen im Alter von sechs oder sieben Jahren

Dinge erlebt haben, die Auswirkungen auf die Depressionsentstehung hatten, so fließen in die Trance vielleicht Geschehnisse rund um die Einschulung ein mit der Idee, dass durch die Annäherung an dieses Ereignis in zeitlicher Nähe zum relevanten Material auch letzteres eher auftauchen wird.

Eine andere Möglichkeit, KlientInnen in frühere Zeiten ihres Lebens zurückzuführen, ist die *Affektbrücke*: Die Klientin oder der Klient wird gebeten, sich in den Affekt, der mit einer bestimmten – in der Regel belastenden – Situation einhergeht, hineinzusetzen und das dann aufkommende Gefühl zu nutzen, um wie über eine Brücke über die Zeit hinweg innerlich zu dem Zeitpunkt im Leben zurückzukehren, an dem dieses Gefühl ebenfalls (und meist besonders stark, eindrucklich oder eventuell auch zum ersten Mal) erlebt wurde.

Lebensfeindliche Botschaften, Suizidalität und Sinnfindung: Oft gegen Therapieende, bei Bedarf aber auch schon früher im therapeutischen Prozess wurden lebensfeindliche Überzeugungen der KlientInnen bearbeitet, die immer wieder das Leben schwer gemacht und im schlechtesten Fall auch zu lebensmüden Gedanken geführt haben. Solche destruktiven inneren Sätze wie „*du taugst zu gar nichts, keiner kann dich brauchen, du bist immer allen eine Last...*“ wurden „entschärft“, indem die KlientInnen die Sinnesmodalitäten des inneren (Glaubens-)Satzes so lange veränderten, bis er sich zumindest erträglicher anfühlte und in der Trance erlebt werden konnte, dass der so veränderte innere Satz nicht mehr zwangsläufig dazu führen würde, sich schlecht und depressiv zu fühlen, sondern neue Optionen des Fühlens und Handelns sich aufboten. Häufig wurde der Satz dafür in der inneren Vorstellung zum Beispiel etwas ins Lächerliche gezogen, zum Beispiel indem eine Mickey-Mouse-Stimme ihn sprach. Nachdem die KlientInnen in der Trance erlebt hatten, dass sich der Satz durch diese Verfremdung bereits weniger bedrohlich für sie anfühlte, wurde im Anschluss erhoben, welche inneren Sätze künftig hilfreich sein könnten und diese in der Trance erlebbar gemacht.

Sehr berührend war es auch immer wieder, wenn KlientInnen in der Trance einen sinngebenden roten Faden in ihrem Leben entdecken konnten, dessen Verständnis es ihnen erlaubte, selbst großes erlebtes Leid als letztlich sinnvoll und integrierbar zu empfinden.

Eine Teilnehmerin berichtet über ihre Erfahrungen

Zuletzt möchten wir noch eine Teilnehmerin der Studie zu Wort kommen lassen, die während der letzten Sitzung gefragt wurde, ob und wie die Hypnotherapie ihr genutzt habe und ob sie erklären könne, wie sie die Hypnosebehandlung erlebt habe:

„Ich bin echt nen Riesenschritt weiter. Da hat so ne Veränderung stattgefunden, die am Anfang bewusst war und schwierig, sich aber dann eingeschliffen hat, so wie die alten Muster ... kommen neue Muster. Und das fühlt sich so an, wie 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 WIKI-Depressionsstudie

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 glaub, das ist der Vorteil der Hypnotherapie: Dass es sich anfühlt, wie wenn man's selber wäre. (...) Wie wenn man's selber immer schon so gemacht hätte, nicht, wie wenn man sich's erarbeiten hätte müssen. Und man muss nicht immer drüber nachdenken, weil das ne Schwelle unterschreitet, die vorher blockiert war. Das hab ich am Anfang nicht gedacht. Wo ich am Anfang die zwei Methoden gesehen habe, da hab ich gedacht, ich möchte auf jeden Fall nicht zur Hypno, weil das habe ich nicht gekannt, da hatte ich Angst, da war mir's echt unwohl damit (...) Man darf sich aber halt trotzdem nicht drauf ausruhen.“

Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie in der Studie

Die KVT basierte auf den bewährten Manualen (Hautzinger, 2013) und umfasste Methoden und Techniken wie Psychoedukation, Verhaltensaktivierung, Verstärkeraufbau, kognitive Umstrukturierung nach Beck, den Einsatz der sokratischen Gesprächsführung, Problemlösetechniken und den Aufbau sozialer Kompetenz. Zusätzliche Module adressierten Schlafprobleme mittels Schlafhygiene-Regeln und Rumination mit metakognitiven Techniken.

Manualtreue

Nach Abschluss der Studie wurden insgesamt 253 Audioaufnahmen von zufällig ausgewählten Therapiesitzungen von 64 Patienten durch vier unabhängige Rater bezüglich der Adhärenz bewertet. Die Inter-Rater-Reliabilität über 10 zufällig ausgewählte gemeinsam bewertete Sitzungen betrug $ICC = .94$ für KVT und $ICC = .96$ für HT. Insgesamt wurden in der HT mehr HT-Techniken ($M = 9,13$, $SD = 6,61$) als KVT-Techniken ($M = 2,28$, $SD = 2,93$) verwendet. In der KVT wurden mehr KVT-Techniken ($M = 10,19$, $SD = 4,56$) als HT-Techniken ($M = 1,40$, $SD = 3,43$) angewendet.

Statistische Analysen

Fallzahlplanung

Auf Basis der Ergebnisse einer Studie von Luty et al. (2007), in der KVT mit interpersoneller Psychotherapie verglichen wurde, wurde eine Verbesserung im MADRS von 50% für die KVT mit einer Standardabweichung von 32.9 erwartet. Um zu überprüfen, dass die HT mindestens zwei Drittel der Wirksamkeit der KVT erreichte, wurde die Nichtunterlegenheitsgrenze auf 16.4 festgelegt, was einer halben Standardabweichung der Ergebnisse aus der Studie von Luty et al. (2007) entspricht. Mit insgesamt 140 Patienten würde dabei mit einer statistischen Power von 80%, einem Randomisierungsverhältnis von 1:1 und einem einseitigen Alpha-Niveau von 5% die Nullhypothese der Unterlegenheit abgelehnt. Unter der Annahme einer maximalen Drop-out-Rate von 12.5% sollten insgesamt 160 Patienten randomisiert werden, um

eine Anzahl von 140 auswertbaren Patienten zu erreichen. Der Stichprobengröße wurde durch das IKEAB mit nQuery Version 7.0 (Statsols, Cork, Irland) berechnet.

Analyse des primären Endpunkts

Die primäre Analyse basierte auf der PP-Stichprobe. Die Analyse wurde zusätzlich auch an der ITT-Stichprobe vorgenommen. Hierfür wurden fehlende Daten durch die Methode der multiplen Imputation (MI) ersetzt. Nach Prüfung auf zufällige Verteilung der fehlenden Daten im primären Endpunkt wurden fünf imputierte Datensätze auf Basis eines von SPSS automatisch erstellten linearen Regressions-Imputationsalgorithmus generiert. Gerechnet wird mit den aggregierten Daten der fünf Imputationen.

Die statistischen Analysen wurde mit SPSS (Version 25) bzw. R Studio und SAS (Version 9.4) durchgeführt. Die Autoren der Studie waren hinsichtlich des primären Ergebnisses bis zum Schließen der Datenbank im November 2018 blind.

Ergebnisse

Primärer Endpunkt

Die Mittelwerte und Standardabweichungen des MADRS Summenwerts zu den verschiedenen Zeitpunkten in beiden Gruppen sowie die mittlere prozentuale Symptombreduktion sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die Mittelwerte lagen bei Baseline im Bereich der mittelschweren Depression (20-34) und nach Abschluss der Behandlung im Bereich der leichten Depression (7-19). Die Differenz der mittleren prozentualen Reduktion der depressiven Symptome im MADRS-Score zwischen Studienbeginn und Behandlungsende zwischen HT (M=39.8%, SD=46.6) und KVT (M=35.8%, SD=46.1) in der PP-Stichprobe betrug 4.0 (95%KI -9.27 bis 17.27). In Bezug auf die zuvor festgelegte Nichtunterlegenheitsgrenze von -16.4 konnte dieses Ergebnis die Nichtunterlegenheit der HT im Vergleich zur KVT bestätigen. In der ITT-Stichprobe fanden wir ein ähnliches Ergebnis: Die HT (M=39.1%, SD=47.6) war der KVT (M=36.3%, SD=46.6) ebenfalls nicht unterlegen ($\Delta=2.8$, 95%KI -9.85 bis 15.44). Auch bei Anwendung einer strengeren Nichtunterlegenheitsgrenze von -9.9 (was einer Effektgröße von 30% anstelle von 50% der Standardabweichung von 32.9 entspricht) war die HT sowohl in der ITT- als auch in der PP-Stichprobe der KVT nicht unterlegen.

Sekundäre Endpunkte

Der Unterschied in der mittleren prozentualen Verbesserung der depressiven Symptome im MADRS-Summenwert zwischen Baseline und der ersten Nachuntersuchung sechs Monate nach Ende der Behandlung in der ITT-Stichprobe zwischen HT (M=46.35, SD=49.09) und KVT (M=47.19, SD=53.98) betrug -0.84 (95%KI -14.71 bis 13.03). Der Unterschied zwischen Baseline und der zweiten Nachuntersuchung zwölf Monate nach Behandlungsende in der ITT-Stichprobe zwischen HT (M=54.37, SD=42.81) und KVT (M=50.36, SD=42.60) betrug 4.01 (95%KI -7.46 bis 15.48). In

Die WIKI-Depressionsstudie

Tabelle 1: Summenwerte der depressiven Symptomatik in der PP- und ITT-Stichprobe

Variable	PP Stichprobe (n=134), M (SD)		
	KVT (n=67)	HT (n=67)	Total (n=134)
MADRS t1	20.2 (5.7)	21.8 (5.3)	21.0 (5.5)
MADRS t2	12.8 (9.1)	12.8 (9.9)	12.8 (9.5)
	ITT Stichprobe (n=152, MI), M (SD)		
	KVT (n=78)	HT (n=74)	Total (n=152)
MADRS t1	20.4 (5.6)	21.8 (5.3)	21.1 (5.5)
MADRS t2	12.8 (9.1)	13.0 (10.0)	12.9 (9.5)
MADRS t3	10.6 (9.3)	11.7 (10.3)	11.2 (9.8)
MADRS t4	10.5 (9.1)	10.4 (9.1)	10.5 (9.1)

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; n = Stichprobengröße; MADRS = Montgomery Asperg Depression Scale; HT = Hypnotherapie; KVT = Kognitive Verhaltenstherapie; PP = per protocol; ITT = intention to treat; MI = multiple imputations (5 Datensätze); t1 = Studienbeginn/Baseline; t2 = Behandlungsende; t3 = 6 Monate nach Behandlungsende; t4 = 12 Monate nach Behandlungsende.

Bezug auf die festgelegte Nichtunterlegenheitsgrenze von -16.4 wurde die Nichtunterlegenheit der HT im Vergleich zur KVT auch für die Nachuntersuchungen/Follow-ups bestätigt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Post hoc Analysen

Explorativ wurden außerdem Cohen's d Effektstärken in beiden Stichproben berechnet. Die depressiven Symptome verbesserten sich durch die Behandlung bei den KVT-Patienten mit einem Effekt von $d=-1.14$ (95%KI -1.49 bis -0.79) und bei den HT-Patienten mit $d=-1.41$ (95%KI -1.77 bis -1.05) in der PP-Stichprobe. Die Effektstärke bezogen auf den Unterschied zwischen KVT und HT im MADRS-Summenwert zum Zeitpunkt nach der Behandlung war nahezu Null ($d<.001$, 95%KI -0.48 bis 0.48). In der ITT-Stichprobe zeigte sich eine Symptomverbesserung bei den KVT-Patienten mit einer Effektgröße von $d=-1.17$ (95%KI -1.51 bis -0.83) und bei den HT-Patienten mit einem Effekt von $d=-1.37$ (95%KI -1.73 bis -1.01). Die Effektstärke des Unterschieds im MADRS-Summenwert nach Behandlungsende zwischen beiden Gruppen betrug $d=0.02$ (95%KI - 0.30 bis 0.34).

Sicherheit

Da es keine etablierten Standards für die Bewertung und Dokumentation möglicher Nebenwirkungen oder unerwünschter Ereignisse in Psychotherapiestudien gibt, definierten wir neben den Kriterien, die auch in Arzneimittelstudien verwendet werden, negative Entwicklungen im Rahmen der depressiven Erkrankung wie Suizidalität oder eine klinische Verschlechterung der Symptomatik als SAEs (Serious Adverse Events). In-

samt 37 schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SAEs) traten im Behandlungszeitraum bei 16 verschiedenen Patienten auf, darunter bei sechs Patienten aus der KVT (7.7%) und zehn aus der HT (13.5%). Es waren neun SAEs bei den KVT-Patienten und 28 SAEs bei den HT-Patienten. Nur in sieben Fällen traten SAEs auf, die bei Arzneimittelstudien üblich sind (z.B. Krankenhausaufenthalt). In sieben Fällen wurden die SAEs als möglicherweise studienbedingt gemeldet (darunter sechs in der HT). Nur ein SAE wurde als sicher studienbedingt eingestuft: Ein HT-Patient berichtete von Suizidgedanken während der Therapie. Der Patient war jedoch glaubhaft von Suizidplänen und -handlungen distanziert und konnte die Studienbehandlung fortsetzen.

Diskussion

Dies war unseres Wissens nach die erste Studie, die die Wirksamkeit der Hypnotherapie bei leichter bis mittelschwerer Depressionen mit der einer evidenzbasierten Psychotherapie verglichen hat. Dabei zeigte sich, dass die HT der KVT in Bezug auf die mittlere prozentuale Symptomreduktion gemessen mit dem MADRS bis zum Ende der Behandlung nicht unterlegen war. Die Ergebnisse der Nachbeobachtungszeiträume belegen außerdem die Nichtunterlegenheit der HT gegenüber der KVT auch noch bis zu zwölf Monate nach Ende der studienbedingten Psychotherapie. Da in der Studie, die eine psychodynamische Behandlung mit einer KVT verglichen hatte, eine Nicht-Unterlegenheitsspanne von Cohen's $d = 0,30$ verwendet wurde (Driessen et al., 2013), führten wir eine zusätzliche post-hoc-Sensitivitätsanalyse durch, bei der wir ebenfalls eine Nichtunterlegenheitsgrenze von 0.3 statt der a-priori geplanten Grenze von 0.5 annahmen. Die Ergebnisse konnten auch für diese strengere Nichtunterlegenheitsgrenze bestätigt werden. Darüber hinaus waren die prä-post Effektgrößen in beiden Behandlungen mit Cohen's $d > .80$ sehr hoch, während die Effektgrößen zwischen den beiden Behandlungen am Ende der Behandlung mit Cohen's $d < 0.03$ als sehr klein einzustufen waren. Die Ergebnisse waren somit vergleichbar mit denen einer größeren Studie, die KVT und interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei der Behandlung von Depressionen verglichen hatte (Lemmens et al., 2015).

Die gefundenen Ergebnisse sollten in einer größeren Studie repliziert werden. Interessant wäre dabei auch die Ermittlung von Moderatoren für einen spezifischen Behandlungserfolg wie in der Studie von Nemeroff et al. (2003).

Bzgl. des primären Endpunktes fanden wir eine große interindividuelle Variation. Die Symptomreduktion in der Gesamtstichprobe betrug 38%, der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Symptomreduktion von mehr als 50% (Response) lag allerdings nur bei etwa 30%. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass es immer noch eine beträchtliche Anzahl von Patienten gibt, bei denen keine Verbesserung oder sogar eine Verschlechterung der Symptome eintritt. Die geringe Symptomverbesserung und die geringen Remissionsraten könnten darauf zurückzuführen sein, dass wir die Patienten nach dem Zufallsprinzip zwei sehr unterschiedlichen psychotherapeutischen

Die WIKI-Depressionsstudie

Ansätzen zuwiesen. Die Remissionsraten in der Studie von Driessen et al. (2013), die ebenfalls eine Randomisierung vornahm, waren mit den Ergebnissen unserer Studie vergleichbar.

Limitationen und Stärken

Obwohl die Nicht-Unterlegenheit der HT bestätigt wurde, kann nur indirekt auf die Wirksamkeit der beiden angebotenen Behandlungen geschlossen werden, da aus ethischen Gründen auf eine Kontrollgruppe ohne Behandlung verzichtet wurde. Im Vergleich zu Luty et al. (2007), die eine Verbesserung der Symptome um durchschnittlich 55 % nach einer 16-wöchigen Behandlung mit KVT oder IPT berichteten, fanden wir in der gesamten Stichprobe nur eine durchschnittliche Verbesserung von 38%. Die geringere Symptomverbesserung könnte damit zusammenhängen, dass die Patienten in der Studie von Luty et al. (2007) schwerer depressiv waren und daher eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Verbesserung hatten, während wir Patienten mit schweren depressiven Symptomen ausgeschlossen hatten. Eine weitere Einschränkung der Studie ist sicherlich auch die künstliche Begrenzung der Anzahl der Therapiesitzungen auf 20 Termine. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland werden auch bei der KVT häufig längere Behandlungsverläufe geplant, die individuell auf die Symptomatik der Patienten abgestimmt sind. Die Anzahl von etwa 16-20 Sitzungen in einem Zeitraum von sechs Monaten war jedoch vergleichbar mit den Studien von Driessen et al. (2013) und Lemmens et al. (2015) und mit der 16-wöchigen Behandlungsdauer von Alladin und Alibhai (2007). Positiv anzumerken ist die niedrige Abbrecherquote in der Studie. Die Manualtreue der Therapeutinnen hätte außerdem durch ein kontinuierliches Feedback zwischen den Ratern der Manualtreue, den Supervisoren und den Therapeutinnen verbessert werden können. Wir fanden eine höhere Rate von SAEs bei HT im Vergleich zu KVT, worauf wir jedoch hier aus Platzgründen nicht genauer eingehen werden. Die meisten der SAEs standen im Zusammenhang mit der depressiven Erkrankung (wie z.B. Suizidgedanken oder eine Verschlechterung der Symptome).

Jenseits der Limitationen weist diese Studie eine Reihe methodischer Stärken auf: Sie zeichnet sich durch ein manualisiertes Therapieverfahren aus und hielt sich streng an wissenschaftliche Standards, wie sie sonst bei pharmakotherapeutischen Studien verwendet werden: Neben randomisierter Zuteilung, externer Überwachung/Monitoring und verblindeter Rater bei den Nachuntersuchungen wurden die Auswertungen sowohl an einer ITT- als auch an einer PP-Stichprobe durchgeführt. Die Autoren der Studie waren blind bezüglich der Ergebnisse, bis die Datenbank geschlossen wurde.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse sind ein erster Hinweis darauf, dass die Zahl der verfügbaren, wissenschaftlich geprüften Therapieoptionen bei der Behandlung von leichten bis mittelschweren Depressionen um die HT erweitert werden kann. Die Ergebnisse ergänzen

Ergebnisse einer früheren Studie (Alladin und Alibhai, 2007), in der eine additive Wirksamkeit von HT in Kombination mit KVT im Vergleich zu KVT allein gefunden wurde. Weitere Studien sollten die Ergebnisse replizieren, und sich außerdem mit der Ermittlung differentieller Indikatoren für den individualisierten Einsatz verschiedener Therapieansätze beschäftigen. So könnten beispielsweise Suggestibilität, Therapiepräferenzen oder -erwartungen unterschiedliche Erfolge für die HT oder KVT vorher-sagen. Weitere Analysen könnten dabei helfen, potenzielle Prädiktoren und Modera-toren für einen Therapieerfolg zu identifizieren.

Literatur

- Alladin, A., Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147–166.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth edition (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Cohen, Z. D., DeRubeis, R. J. (2018). Treatment Selection in Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 209–236.
- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376–85.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A., Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treat-ment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107.
- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W.R., Dekker, J.J.M. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 1041–50.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I)*. New York: Biometric Research Department.
- Fuhr, K., Schweizer, C., Meisner, C., Batra, A. (2017). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive-behavioural therapy for mild-to-moderate depression: study protocol of a randomised-controlled rater-blind trial (WIKI-D). *BMJ Open*, 7(11), e016978.
- Global Health Estimates (2016). *Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015*. Geneva: World Health Organization.
- Hautzinger, M. (2013). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (7. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P., Lovett, M.L., Young, P.R., Haman, K.L., Freeman, B.B., Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–22.
- Lemmens, L.H.J.M., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S.D., Roefs, A., Huibers, M.J.H. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: results of a rando-mized controlled trial. *Psychological Medicine*, 45(10), 2095–2110.
- Luty, S.E., Carter, J.D., McKenzie, J.M., Rae, A.M., Frampton, C.M., Mulder, R.T., Joyce, P.R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 496–502.

Die WIKI-Depressionsstudie

- Milling, L.S., Valentine, K.E., McCarley, H.S., LoStimolo, L.M. (2018). A Meta-Analysis of Hypnotic Interventions for Depression Symptoms: High Hopes for Hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61(3), 227-243.
- Montgomery, S.A., Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Nemeroff, C.B., Heim, C.M., Thase, M.E., Klein, D.N., Rush, J.A., Schatzberg, A.F., Ninan, P.T., McCullough, J.P., 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. *PNAS*, 100(24), 14293-14296.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie – Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3th ed.). Stuttgart: Schattauer.
- Whorwell, P.J., Prior, A., Faragher, E.B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *Lancet*, 324(8414), 1232-34.
- Wiersma, J.E., Van Schaik, D.J.F., Hoogendorn, A.W., Dekker, J.J., Van, H.L., Schoevers, R.A., Blom, M.B.J., Maas, K., Smit, J.H., McCullough, J.P., Beekman, A.T.F., Van Oppen, P. (2014). The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 263-69.
- Wilhelm-Goesling, C., Schweizer, C., Duerr, C., Fuhr, K., Revenstorf, D. (2020). *Hypnotherapie bei Depressionen. Ein Manual für Psychotherapeuten*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.



Hypnos, Gottheit des Schlafes

Römische Kopie aus dem 1. - 2. Jahrhundert, deren Original der Schule von Praxiteles oder Skopas (ca 350 a.C.) zugeschrieben wird. Der ca. 21 cm hohe Kopf wurde in Civitella d'Arno bei Perugia gefunden, der restliche Körper ist verschollen. Original im Britischen Museum in London.