

# Teil A Hintergrund



# 1 Einleitung

*Kristina Fuhr*

Depressionen sind zu einer Volkskrankheit geworden. Bezogen auf die mit einer Krankheit gelebten Lebensjahre (Years lived with Disease/Disability, YLD), die regelmäßig von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erhoben werden, sind psychische Störungen weiterhin der Hauptgrund für chronische Erkrankungen in der europäischen Bevölkerung (GBD 2019 Mental Disorder Collaborators 2022). Dabei standen Depressionen mit etwa 7,5 % bereits im Jahr 2015 mit an vorderster Stelle für YLD (Global Health Estimates 2015; World Health Organization 2017). Es scheint, als wären die Prävalenzen für die Major Depressionen in den letzten Jahren angestiegen, wenn man beispielsweise die Prävalenzraten in den USA in den letzten Jahrzehnten miteinander vergleicht (Kessler et al. 2003; Kessler et al. 2012). Dabei wurden im Jahr 2003 Lebenszeitprävalenzen von 16–20 % (Kessler et al. 2003), zehn Jahre später bereits von knapp 30 % berichtet (Kessler et al. 2012). Die 12-Monat-prävalenz dagegen liegt kontinuierlich um die 7–10 % (Kessler et al. 2003, 2012; Jacobi et al. 2014). Das Ersterkrankungsalter hat sich hin zu jüngeren Jahrgängen verschoben, die meisten Betroffenen erkranken bereits vor dem 31. Lebensjahr (Jacobi et al. 2004). Welchen Einfluss die Covid-19-Pandemie auf die Prävalenzraten hat, muss in einigen Jahren abschließend diskutiert werden. Erste Hinweise zeigen eine Zunahme der Prävalenzen, speziell von Depressionen (COVID-19 Mental Disorders Collaborators 2021). Insgesamt mehr als 300 Mio. Menschen leiden unter Depressionen und machen etwa 4,4 % der Weltbevölkerung aus (World Health Organization 2017). In Deutschland liegt die Ein-Jahres-Prävalenz ebenfalls bei etwa 10 %, wobei in der Regel etwa doppelt bis zwei Drittel so viele Frauen im Vergleich zu Männern betroffen sind (Jacobi et al. 2014; Steinmann et al. 2012). In weniger als 20 % der Fälle kann eine depressive Episode chronisch verlaufen, aber auch wenn es zu vollständigen Remissionen kommt, besteht oft ein erhebliches Rezidivrisiko. In mind. 50 % aller Fälle kommt es nach einer ersten depressiven Episode zu weiteren Episoden, wobei das Rezidivrisiko mit jeder Episode ansteigt, nach der dritten Episode liegt es bereits bei 90 % (Belsher und Costello 1988; BÄK et al. 2022). Depressionen weisen außerdem sehr hohe Komorbiditätsraten auf, insbesondere mit anderen psychischen Störungen, so zeigen um die 60 % mind. eine weitere und knapp 25 % sogar drei oder mehr komorbide Störungen (Jacobi et al. 2014), häufig finden sich darunter Angststörungen (50 %), aber auch substanzbezogene Störungen (30 %), somatoforme Störungen oder Persönlichkeitsstörungen. Es zeigen sich aber auch Komorbiditäten mit verschiedensten körperlichen Erkrankungen, u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes (für einen Überblick siehe DGPPN et al. 2015, S. 18–19). Die gute Nachricht ist, dass die Dauer einer depressiven Episode durch eine Behandlung um etwa die Hälfte auf im Mittel 16 Wochen verkürzt

werden kann (Kessler et al. 2003). Die schlechte Nachricht ist, dass nur 42 % aller Betroffenen eine adäquate Behandlung erhalten (Kessler et al. 2003; DGPPN et al. 2015). Nach wie vor ist es deswegen wichtig, die Situation für Betroffene zu verbessern. Viele Fälle bleiben auch in Deutschland nicht adäquat im Gesundheitssystem versorgt. Deswegen werden bestehende Behandlungsmöglichkeiten erweitert sowie alternative Therapiemöglichkeiten getestet und in vielen Studien wissenschaftlich evaluiert.

## 1.1 Diagnose der Depression

Depressive Episoden sind gekennzeichnet von Traurigkeit und Interessensverlust (als Hauptkriterien), fast täglich anhaltend über mindestens zwei Wochen. Hinzu kommen Symptome wie Selbstwertverlust oder Schuldgefühle, Schlafstörungen und Appetitstörungen, Erschöpfung, Suizidgedanken, schlechte Konzentration, aber auch Antriebsstörungen. Die Symptome führen zu Beeinträchtigungen bei Arbeits- und Schulleistungen und in anderen Bereichen. Unterschieden wird zwischen einzelnen oder rezidivierenden Episoden, klassifiziert außerdem nach aktuellem Schweregrad. Je nach aktueller Ausprägung, früheren Episoden sowie Vorerfahrungen bzw. Präferenzen für eine bestimmte Behandlung, haben verschiedene Gesellschaften und Gremien in der nationalen Versorgungsleitlinie anhand der empirischen Evidenz verschiedene Behandlungsempfehlungen abgeleitet (DGPPN et al. 2015; BÄK et al. 2022). Bezüglich der Diagnosestellung ist anzumerken, dass sich die Kriterien für eine depressive Episode im Großen und Ganzen auch bei den neuesten Entwicklungen der Klassifikationssysteme (z. B. DSM-5, American Psychiatric Association 2013, und ICD-11, World Health Organisation 2019/2021) nicht verändert haben, auch wenn jede Depression anders aussehen kann, z. B. durch eine unterschiedliche Kombination der verschiedenen Symptome. Gerade das heterogene Bild der Depressionen (melancholischer Typus, atypische oder agitierte Form der Depression, Schlafstörungen, die im Vordergrund stehen, oder auch chronische Verläufe etc.) macht es schwer, eine geeignete standardisierte Behandlung zu finden, welche das jeweilige Symptombild adäquat adressieren kann.

## 1.2 Leitlinienempfehlungen für die Behandlung

Die nationale S3-Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression (DGPPN et al. 2009, 2015; BÄK et al. 2022) begründet ihre Empfehlungen zur Diagnosestellung und Behandlung auf die aktuelle Evidenz, die zudem im Expertenkonsensus erarbeitet und formuliert werden. Vorrangig werden dafür Übersichtsarbeiten sowie

Ergebnisse randomisiert kontrollierter klinischer Studien (RCTs) als wissenschaftliche Grundlage herangezogen. Die aktuellste Leitlinienversion, Reports und Bearbeitungen sind unter <https://www.leitlinien.de/nvl/> abzurufen.

Die nationale Versorgungsleitlinie zur Depression ist eine der umfangreichsten Leitlinien und eine der wenigen, die sich speziell auf die in Deutschland am weitesten verbreitete psychische Erkrankung bezieht. Entsprechend detailliert werden hier die verschiedenen Behandlungsansätze vorgestellt, Hintergründe über das nationale Versorgungssystem gegeben und entsprechende Empfehlungen für die einzelnen Behandlungsansätze anhand deren Evidenz abgeleitet. Die Leitlinie empfiehlt z.B. bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden die Anwendung einer Psychotherapie allein oder alternativ zu einer medikamentösen Behandlung. Dies gilt mit Ausnahme der schweren Depression, bei der eine Kombinationsbehandlung empfohlen wird (BÄK et al. 2022). Nach wie vor gilt die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als evidenzbasiert mit dem höchsten bzw. eindeutigsten Empfehlungsgrad. Insbesondere für die KVT liegen inzwischen die meisten Studien und Belege in Form von RCTs, aber auch diversen Meta-Analysen und anderen Überblicksartikeln vor (DGPPN et al. 2009, 2015). In der aktuellen Version der Leitlinie (BÄK et al. 2022) werden Evidenzen für die Richtlinienverfahren, die vom Versorgungssystem abgedeckt werden (KVT, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Analytische Psychotherapie und Systemische Therapie) dargestellt und bei den Empfehlungen schulenübergreifend von Psychotherapie gesprochen, ohne die KVT vorrangig zu behandeln. Die vorliegende Literatur belegt, dass bei leichten und mittelgradigen (teilweise auch bei schweren) Formen der depressiven Störung psychotherapeutische Verfahren kurzfristig ähnlich wirksam sind wie medikamentöse Therapien und langfristig sogar höhere Wirksamkeit insbesondere auf die Verhinderung von Rückfällen aufweisen (z.B. Hollon et al. 2005, DGPPN et al. 2015). Ein anderer Überblicksartikel konnte zeigen, dass psychologische Interventionen (z.B. KVT oder Verhaltensaktivierung) gegenüber der üblichen Standardbehandlung, aber auch gegenüber einer strukturierten Pharmakotherapie überlegen waren (Cuijpers et al. 2011). Ein kritischer Review (Turner et al. 2008), der auf eine Verzerrung bei der Veröffentlichung von Studienergebnissen hinsichtlich einer Überschätzung der Wirksamkeit von Antidepressiva hinweist, kann wiederum für die weitere Psychotherapieforschung optimistisch stimmen.

### 1.3 Psychotherapie bei Depression

Insgesamt zeigte sich im überwiegenden Teil der für die Leitlinie betrachteten Studien und Überblicksartikel entweder eine Überlegenheit oder Äquivalenz der Wirksamkeit von KVT im Vergleich zu anderen Behandlungsbedingungen. Einige der Meta-Analysen zeigten, dass die KVT in der Akutbehandlung gegenüber Warteliste, Pharmakotherapie und anderen Psychotherapieansätzen (Interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Therapie, supportive Therapie oder Entspan-

nungsverfahren) in der Reduktion depressiver Symptome im Mittel nach 16 Wochen überlegen war (z.B. Gloaguen et al. 1998; Gaffan et al. 1995). Andere hingegen fanden keine Unterschiede in der Wirksamkeit der KVT und der psychodynamischen Therapie oder anderer Ansätze (Shinohara et al. 2013; Mazzucchelli et al. 2009). Zwei Meta-Analysen, die sich explizit mit der Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzpsychotherapien befassten, fanden eine äquivalente Wirksamkeit wie für die KVT oder Interpersonelle Psychotherapie (Crits-Christoh et al. 1992; Leichsenring 2001). Des Weiteren wurden auch systematisch verschiedene Psychotherapieformen in ihrer Wirksamkeit miteinander verglichen, wie z. B. die KVT und die Psychodynamische Therapie, wobei sich eine äquivalente Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie gegenüber der KVT zeigte, was als weitere Evidenz für die Wirksamkeit der Psychotherapie allgemein gewertet wurde (z.B. Driessen et al. 2014).

Trotz der vielversprechenden Evidenz für die Wirksamkeit der Psychotherapie bei Depressionen liegen die Erfolgsquoten bei der KVT nur bei etwa 50 % (z.B. Luty et al. 2007). Mit dem Ziel einer Optimierung und Verbesserung der klinischen Wirksamkeit psychotherapeutischer Angebote für unipolar-depressive Störungen werden immer wieder neue Behandlungsansätze entwickelt und beforscht. So wurden Verfahren der sog. dritten Welle der Verhaltenstherapie z.B. im Rahmen der Schematherapie (Young et al. 2003, 2007), der emotionsfokussierten Therapie (Greenberg und Watson 2006) sowie der Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP) (McCollough 2003) in den letzten Jahrzehnten stärker beforscht. In der Leitlinie (BÄK et al. 2022) werden sowohl CBASP als auch die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie als Weiterentwicklung der KVT aufgrund der Anzahl vorliegender Studien beschrieben.

## 1.4 Stellenwert der Hypnotherapie

Erste Erwähnungen fand die Hypnotherapie (HT) in der klinischen Literatur bereits im 18. Jh. Bis heute liegen jedoch erst wenige randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zu hypnotherapeutischen Methoden, insbesondere zur Behandlung von Depressionen, vor. Frühe Studien befassten sich mehr mit klinischen Einzelfallberichten (z.B. Erickson und Kubie 1941; Yexley 2007). Die Hypnotherapie findet deswegen auch keinerlei Erwähnung in der aktuellen S3-Versorgungsleitlinie zur Depression. Auch wenn es einige RCTs gibt, in denen unter Hypnose eine mittlere Wirksamkeit gefunden wurde (Flammer und Bongartz 2003), so beziehen sich die meisten der Studien mehr auf medizinische als psychische Störungen, zudem wurde in der Regel nicht mit einer vergleichbaren Behandlung, sondern mit einer Kontrollgruppe ohne Behandlung verglichen, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse limitiert. In der bislang einzigen Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats

Psychotherapie (WBP)<sup>2</sup> zur Hypnotherapie (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2006) besteht eine wissenschaftliche Anerkennung nur für die Raucherentwöhnung, die Begleitung im Methadonentzug sowie bei der Behandlung von psychophysiologischen Störungen, nicht aber für die Behandlung der Depression.

Eine Meta-Analyse zur Effektivität der HT zusätzlich zur KVT belegt additive Effekte der Hypnose auf verschiedene medizinische Probleme und einige Angstsymptome (z.B. Kirsch et al. 1995). Was die Effektivität der HT bei Depressionen angeht, so liegen bisher zwar einige Studien vor, die jedoch methodische Schwierigkeiten aufweisen. Es gibt inzwischen zwei Meta-Analysen zur Behandlung von depressiven Symptomen mit HT (Shi et al. 2009; Milling et al. 2019), die eine signifikante Reduktion der Symptomatik nachweisen konnten, teilweise wurden aber auch Studien miteinbezogen, bei denen Personen mit lediglich selbstberichteten erhöhten depressiven Symptomen untersucht wurden oder eine zufällige Zuteilung zu den Studienbedingungen nicht eindeutig erkennbar war. Eine zufällige Zuteilung und eine diagnostizierte depressive Störung wären aber Voraussetzung für eine Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie oder für eine Berücksichtigung für die Leitlinien. Ein Update der Meta-Analyse zu additiven Effekten der HT (Ramondo et al. 2021) fand auch bei der Behandlung von Depressionen Effekte der HT zusätzlich zur KVT im Vergleich zur alleinigen Behandlung mit KVT. Die Studienlage zur Evidenz der Hypnotherapie bei Depressionen mit Stand 2022, die alle veröffentlichten RCTs in dem Bereich berücksichtigte, ist in einem narrativen Review zusammengefasst (Fuhr et al. 2022). In einer RCT, die eine Gruppentherapie mit HT mit Yoga (jeweils zusätzlich zu Psychoedukation) und einer Bedingung mit reiner Psychoedukation verglich, zeigte sich zwar eine Symptomreduktion für Patientinnen und Patienten mit Dysthymie bzw. Depression, allerdings unterschied sich die Gruppe mit HT bezüglich des Anteils von Personen in Remission nicht signifikant von der Kontrollgruppe mit reiner Psychoedukation (Butler et al. 2008). Eine neuere Studie zeigte eine Überlegenheit der hypnotherapeutischen Behandlung gegenüber Gestalttherapie in Kombination mit KVT und einer Kontrollgruppe in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik (Gonzalez-Ramirez et al. 2017). In beiden Studien handelte es sich tatsächlich um Patientinnen und Patienten in klinisch diagnostizierter depressiver Episode. Die Fallzahl war allerdings extrem gering und die Auswahl der Patientinnen und Patienten für die Studie sowie die Zuteilung zu den Bedingungen bleibt unklar bzw. quasi-experimentell. Dagegen zeigte sich die »kognitive Hypnotherapie«, die aus einer Kombination von KVT mit zusätzlichen hypnotherapeutischen Elementen bestand, der reinen Behandlung mit KVT überlegen (Alladin und Alibhai 2007). An dieser Studie ist kritisch anzumerken, dass ein zusätzlicher Effekt der HT auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass in dieser Bedingung zusätzliche Interventionen stattgefunden hatten, so dass eine Äquivalenz der beiden Bedingungen im Hinblick auf die erhaltene »Dosis« nicht gegeben war und somit auch die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Bislang fehlten insofern noch weitere

2 Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) befasst sich mit der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden in Deutschland und besteht aus Mitgliedern der Landespsychotherapeuten- und Landesärztekammern.

Wirksamkeitsnachweise insbesondere auf Basis von RCTs, speziell zur Behandlung von Depressionen mit HT im Vergleich mit der kognitiven Verhaltenstherapie.

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

In der Studie wurden insgesamt 152 Patientinnen und Patienten mit aktueller noch leichter oder mittelgradiger depressiver Episode jeweils zur Hälfte einer Behandlung mit HT oder KVT randomisiert zugewiesen. Die Dauer der ambulanten Einzelbehandlung beinhaltete jeweils bis zu 20 Sitzungen in einem Zeitraum von sechs Monaten. Nach Ende der psychotherapeutischen Behandlung mit HT oder KVT sowie sechs und zwölf Monate später wurden alle Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer bezüglich ihrer Symptomatik – durch für die Studienbedingung blinde Diagnostikerinnen und Diagnostiker – nachbefragt. Die Teilnahme an der Studie war mit der 12-Monats-Katamnese für die Patientinnen und Patienten nach insgesamt anderthalb Jahren beendet (für den Studienablauf siehe Fuhr et al. 2017). Im Rahmen der durchgeführten Studie konnte gezeigt werden, dass die HT der KVT nicht unterlegen war (Fuhr et al. 2021). Die Nicht-Unterlegenheit konnte sich auch dreieinhalb Jahre nach Behandlungsende an einem Teil der Gesamtstichprobe finden (Fuhr et al. 2023).

In den folgenden Kapiteln wird eine kurze Einführung in die Hypnotherapie gegeben (► Kap. 2), das strukturbezogene Modell vorgestellt, das der Anwendung der Module des Manuals zugrundeliegt (► Kap. 3), um schließlich in Teil B vertieft in die Hypnotherapeutische Depressionstherapie einzutauchen und die einzelnen Module der Behandlung zu erläutern (► Kap. 4–8 in Teil B).



## 2 Einführung in die Hypnotherapie

*Dirk Revenstorf*

### 2.1 Allgemeines

Bestimmte Dinge werden in jeder Therapie ähnlich ablaufen, egal ob es um eine kognitiv-verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, humanistische, systemische oder eine andere Art der Behandlung geht. Derartige Aspekte sind z. B. Einführung, Interesse zeigen, Exploration von aktuellen Themen oder von Erfahrungen seit bzw. in der letzten Sitzung. Hypnotherapie unterscheidet sich allerdings im sprachlichen Duktus von anderen Therapieformen, da dem »Pacing« besondere Bedeutung gegeben wird (s. u.). Pacing im hypnotherapeutischen Sinne bedeutet, als Therapeutin oder Therapeut zunächst ganz an die Gefühlswelt, die Gedanken, die vorherrschenden Sinnesmodalitäten und das gezeigte Verhalten der Patientin oder des Patienten anzuknüpfen, die Äußerungen der Patientin oder des Patienten dabei (eventuell sogar wortwörtlich) zu wiederholen sowie ggf. auch schon mit einigen eingestreuten Bemerkungen zu ergänzen und so ein vertieftes Verständnis für das jeweilige Erleben des oder der Anderen zum Ausdruck bringen. Darüber hinaus ist das Besondere an der Hypnotherapie die Einbeziehung eines veränderten Bewusstseinszustandes, der durch die Hypnose ausgelöst wird. Dieser Zustand hat spezifische Charakteristika, die therapeutisch auf unterschiedliche Weise genutzt werden können und hier kurz beschrieben werden.

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

Hypnose, bzw. »hypnotische Trance« ist nach neueren neurobiologischen Erkenntnissen ein veränderter Bewusstseinszustand, in dem die Aufmerksamkeit fokussiert, die Absorption in Vorstellungen intensiviert und gleichzeitig die (kritische) Selbstreflexion vermindert ist, und in dem die Begrifflichkeiten der Alltagsvernunft in den Hintergrund treten (Revenstorf, Peter und Rasch 2023; Revenstorf 2017;

Peter und Revenstorf 2018). Dadurch entsteht eine größere Durchlässigkeit zu körperlichen Prozessen, zur Erinnerung, zum emotionalem Erleben, ein eher intuitiver Zugang zu Bildern sowie eine erhöhte Suggestibilität. Hypnotische Trance geht im Allgemeinen mit einer Innenwendung der Aufmerksamkeit und einer größeren gedanklichen Freiheit einher, als sie das Alltagsbewusstsein zulässt, wodurch innere »Suchprozesse« und neue assoziative Verknüpfungen erleichtert werden. Die menschliche Informationsverarbeitung besteht nach konstruktivistischer Auffassung, die sich neurophysiologisch gut untermauern lässt, nicht etwa darin, sich direkt an der Wahrnehmung der Realität, im Sinne von S. Freud am Lustprinzip oder im Sinne von B. F. Skinner an der positiven Verstärkung zu orientieren. Vielmehr besteht Orientierung des Organismus darin, aus bisheriger Erfahrung konstruierte Modelle der Realität auf Wahrnehmungen und Handlungsentwürfe im Sinne J. Piagets als Assimilationsversuch anzuwenden und dann die mangelnde Präzision der Vorhersage im günstigen Fall durch Akkomodation der Modelle zu verbessern (Laukkonen und Slagter 2021). Diese impliziten Modelle entstehen anhand der Alltagsvernunft und dem Selbstbild – d.h. neurophysiologisch gesehen unter Einfluss des Default-Mode-Netzwerkes (mit Beteiligung des präfrontalen Kortex und des Prekuneus). Genau dieses Netzwerk, das schweifende Gedanken und theoretische Spekulationen generiert, ist in der hypnotischen Trance mehr oder weniger außer Kraft gesetzt. Das heißt, dass im Zustand der hypnotischen Trance keine gedankliche Überarbeitung der Wahrnehmungen und Handlungsentwürfe stattfindet, was wiederum bedeutet, dass die oben erwähnten Modelle der Realität unterlaufen werden und sich der Organismus mit dem Input der Sinnesorgane und der Interozeption, mit Bildern, Erinnerungen und Suggestionen vorbehaltlos befasst. Gewissermaßen ohne stille Kommentare wie: »Das kann doch gar nicht funktionieren« (Ratio) oder »Kann ich das? Was werden die anderen denken?« (Selbstbild) u.ä. Hypnotische Trance könnte man daher einen Zustand der »Ichlosigkeit« nennen, in dem das Alltags-Ich mit seinen vorgefassten Begriffen und Vorstellungen (ähnlich wie im Traum) vorübergehend außer Kraft gesetzt wird.

Diese vorbehaltlose Verarbeitung ist unterhalb des komplexen Assimilationsprozesses angesiedelt und mehr am Hier und Jetzt, der sinnlichen Wahrnehmung, der auftauchenden Bilder und Gedanken orientiert und weniger an dem, was war und dem, was sein wird. Das bringt eine erhöhte Durchlässigkeit von Bildern und somatischen Prozessen mit sich und kann zur Beeinflussung medizinischer und psychosomatischer Probleme, zur Unterbrechung motorischer Muster, zur Erweiterung des Selbstbildes und anderer kognitiv-affektiver Schemata sehr nützlich sein, wie Erickson immer wieder betont hat und wie es in seinen Prinzipien (s.u.) zum Ausdruck kommt.

Wissenschaftstheoretisch favorisiert die Hypnotherapie daher einen Standpunkt, in dem davon ausgegangen wird, dass Denken und Verhalten durch Schemata gesteuert werden, in die bestimmte, begrenzende Konzeptionen bezüglich der Umwelt und des Selbstverständnisses eingehen. Der veränderte Bewusstseinszustand der hypnotischen Trance erleichtert eine Revision von solchen Sichtweisen und Haltungen, an denen der Organismus aus Gründen der Gewohnheit und Bahnung festhält, obwohl sie zugegebenermaßen dysfunktional geworden sind. Die allgemeinen hypnotischen Phänomene (Katalepsie, Zeitverzerrung, Amnesie, Hy-

permnesie, sensorische Illusionen) zeigen anschaulich, wie weit die Alltagsvernunft in der Trance zurücktreten kann. Sie sind experimentell gut untersucht worden, wogegen manche der theoretischen Annahmen der Erickson'schen Hypnotherapie, z. B. bezüglich der Wirkungsweise strategischer Interventionen oder der Notwendigkeit von Amnesie und Konfusion bisher eher spekulativ sind.

Ein wesentliches Merkmal hypnotherapeutischer Arbeit liegt im ressourcenorientierten Vorgehen, d. h. der Ausrichtung auf die Fähigkeiten und noch unentwickelten Potenziale der Patientin oder des Patienten und nicht auf deren Defiziten. Während die defizitorientierte psychiatrische Diagnostik eher zu einer Selbstwertschwächung der Patientin oder des Patienten beiträgt, wird mit dem »Utilisationsprinzip« darauf hingearbeitet, Selbstheilungskräfte zu mobilisieren. Symptome – etwa Suchtverhalten, Phobien, Zwänge, Somatisierungen und zum Teil auch Schmerzen – werden als (meist obsolete) Lösungsversuche für bestimmte Probleme verstanden. Dafür wird in der Therapie eine Alternative angestrebt, die sich vom Problemverhalten dadurch unterscheidet, dass dafür bisher ungenutzte eigene Möglichkeiten der Patientin oder des Patienten einbezogen (utilisiert) werden.

Mehr als in anderen Therapieformen wird das Behandlungsangebot auf die Individualität der Patientin oder des Patienten abgestimmt. Es richtet sich nicht so sehr nach einem neu zu erlernenden Soll-Zustand, sondern versucht den Ist-Zustand und manchmal sogar das Symptom selbst für eine Veränderung zu nutzen. So entdeckte Erickson in der Wohnung einer vereinsamten, in ihre Depression versunkenen alten Dame ein (einsames) Usambarveilchen und animierte sie, Usambarveilchen zu züchten und sie schließlich auf dem Wochenmarkt zu vertreiben. Die Betonung der individuellen Besonderheiten unterstützt auch die Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung. Dabei dient der charakteristische Interaktionsstil des Gegenübers als Hinweis für die Gestaltung der Therapiebeziehung, was auch in Hinblick auf die Psychodynamik der Beziehung und eine eventuelle Strukturchwäche (»Ich-Struktur-Niveau« ► Kap. 3.3) von Interesse ist. Mit Eigenschaften wie »Ressourcenorientierung«, »Utilisation« und veränderter Informationsverarbeitung bei inneren »Suchprozessen« erweist sich die Hypnotherapie als eine flexible Methode, die auch mit anderen Therapieformen kombiniert werden kann.

Ein Unterschied zu anderen Therapieformen besteht im Verzicht auf absolute Transparenz des Vorgehens in der Hypnotherapie und dem Vertrauen auf unbewusste Verarbeitungsprozesse. Es wird angenommen, dass die Patientin bzw. der Patient aufgrund einer (momentanen) Verengung des Erlebens nicht in der Lage ist, Ressourcen bewusst zu nutzen und ihr bzw. ihm dazu in hypnotischer Trance aufgrund der Vorbehaltlosigkeit der mentalen Verarbeitung besser geholfen werden kann. Das gelingt manchmal eher indirekt mithilfe von Strategien der Utilisation, der Verlagerung auf einen Nebenschauplatz mit Kaskadeneffekt, der Destabilisierung und der Beiläufigkeit (s. u.).

Empirische Belege der Wirksamkeit hypnotherapeutischer Interventionen liegen in unterschiedlichsten Bereichen vor, wie in der Schmerz- und Angstbehandlung und bei Verhaltensstörungen wie Tabakabusus und Übergewicht (Hagl 2020; Revenstorf, Peter und Rasch 2023). Hypnotherapie wurde 2006 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) der Bundesregierung als Behandlungsmethode