

Aus der  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen  
Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

**Prädiktoren für den Therapieerfolg einer kognitiven  
Verhaltenstherapie oder einer Hypnotherapie bei  
leichten bis mittelgradigen Depressionen**

**Inaugural-Disseration  
Zur Erlangung des Doktorgrades  
der Zahnheilkunde**

**der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen**

**vorgelegt von  
Brockmann, Anna-Lena**

**2023**

Dekan: Professor Dr. B. Pichler  
1. Berichterstatter: Professor Dr. A. Batra  
2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. A. Rapp

Tag der Disputation: 09.01.2023

# **Inhalt**

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Depression</b> .....	<b>1</b>
1.1.1. <b>Definition</b> .....	1
1.1.2. <b>Klassifikationen</b> .....	2
1.1.3. <b>Diagnostik</b> .....	2
1.1.4. <b>Verlauf</b> .....	4
1.1.5. <b>Epidemiologie</b> .....	4
1.1.6. <b>Folgen</b> .....	5
1.1.7. <b>Therapiemöglichkeiten</b> .....	6
<b>1.2. Prädiktoren und Moderatoren</b> .....	<b>11</b>
1.2.1. <b>Auswahl der Therapie</b> .....	11
1.2.2. <b>Begriffserklärung, Anwendung</b> .....	12
1.2.3. <b>Soziodemografische Variablen</b> .....	13
1.2.4. <b>Störungsbezogene Variablen</b> .....	16
1.2.5. <b>Verhaltensbezogene Variablen</b> .....	21
1.2.6. <b>Kognitionsbezogene Variablen</b> .....	23
<b>1.3. Forschungslücken und Fragestellung</b> .....	<b>26</b>
<b>2. Material und Methoden</b> .....	<b>28</b>
<b>2.1. Studiendesign</b> .....	<b>28</b>
2.1.1. <b>Probanden und Probandinnen</b> .....	29
2.1.2. <b>Einschluss- und Ausschlusskriterien</b> .....	29
2.1.3. <b>Datenerfassung</b> .....	30
2.1.4. <b>Instrumente zur Datenerhebung</b> .....	31
<b>2.2. Methoden zur Beurteilung des Therapieansprechens, Outcome</b> .....	<b>37</b>
<b>2.3. Erhobene Variablen</b> .....	<b>37</b>
2.3.1. <b>Soziodemografische Variablen</b> .....	37
2.3.2. <b>Störungsbezogene Variablen</b> .....	38
2.3.3. <b>Weitere Variablen</b> .....	38
<b>2.4. Statistische Analyse</b> .....	<b>39</b>
2.4.1. <b>Bivariate Korrelationen</b> .....	39
2.4.2. <b>Regressions- und Moderationsanalyse</b> .....	40
<b>3. Ergebnisse</b> .....	<b>43</b>
<b>3.1. Charakteristika der Stichprobe</b> .....	<b>43</b>
3.1.1. <b>Stichprobe</b> .....	43

3.1.2.	Soziodemografische Charakteristika .....	43
3.1.3.	Störungsbezogene Charakteristika .....	45
3.1.4.	MADRS am Therapieende .....	46
3.1.5.	Weitere Charakteristika .....	48
3.2.	Ergebnisse der Korrelationsanalyse .....	53
3.3.	Regressionsanalyse.....	57
3.3.1.	Prüfung der Voraussetzungen .....	58
3.3.2.	Regressionsmodell gesamt .....	58
3.3.3.	Regressionsmodell HDT .....	60
3.3.4.	Regressionsmodell AKDT .....	61
3.4.	Moderationsanalyse .....	64
4.	Diskussion .....	67
4.1.	Prädiktoren für den Therapieerfolg.....	67
4.1.1.	MADRS bei Aufnahme .....	67
4.1.2.	Dauer der Episode.....	70
4.1.3.	Selbstwirksamkeitserwartung .....	71
4.2.	Therapiespezifische Prädiktoren und Moderatoren.....	74
4.2.1.	HDT .....	74
4.2.1.1.	Antidepressive Medikation .....	74
4.2.1.2.	Lebensqualität, psychische Gesundheit .....	76
4.2.2.	AKDT .....	77
4.2.2.1.	Schulabschluss .....	78
4.3.	Weitere Erkenntnisse .....	80
4.4.	Limitationen.....	82
4.4.1.	Methodische Limitationen .....	82
4.4.2.	Inhaltliche Limitationen .....	84
4.5.	Schlussfolgerung und Ausblick.....	86
5.	Zusammenfassung.....	88
6.	Verzeichnisse.....	89
6.1.	Literaturverzeichnis .....	89
7.	Anhang.....	100
7.1.	Soziodemografischer Fragebogen.....	100
7.2.	Aussagen zur Therapie/Therapieerwartung .....	104
7.3.	HGSH:A .....	107
7.3.1.	Text der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility .....	107
7.3.2.	Fragebogen der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility .....	117

<b>7.4. BADS</b> .....	<b>124</b>
<b>7.5. SWE</b> .....	<b>127</b>
<b>7.6. WHOQOL-bref</b> .....	<b>128</b>
<b>7.7. WHODAS</b> .....	<b>132</b>
<b>7.8. MADRS</b> .....	<b>135</b>
<b>8. Erklärung zum Eigenanteil</b> .....	<b>140</b>
<b>9. Danksagungen</b> .....	<b>141</b>

## **I. Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Studienaufbau.....	28
Abbildung 2: vereinfachte Darstellung einer Moderation.....	41
Abbildung 3: Moderationseffekt (angelehnt an Baron und Kenny, 1986).....	42
Abbildung 4: Regressionsmodelle.....	58
Abbildung 5: Moderationsanalyse Schulabschluss.....	65
Abbildung 6: Moderationseffekt ADM.....	66

## II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Soziodemografische Variablen <i>t1</i> .....	44
Tabelle 2:	Störungsbezogene Variablen <i>t1</i> .....	47
Tabelle 3:	weitere Variablen <i>t1</i> .....	51
Tabelle 4:	Ergebnisse der Korrelationsanalysen (gesamte Studienpopulation, HDT, AKDT) aller Variablen mit MADRS <i>t2</i> .....	53
Tabelle 5:	Regressionsmodell gesamt.....	60
Tabelle 6:	Regressionsmodell HDT.....	61
Tabelle 7:	Regressionsmodell AKDT.....	63

### III. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADM	Antidepressive Medikation
AKDT	Aktivierende kognitive Depressionstherapie
BADS	Behavioral Activation Depression Scale
BDI	Becks Depression Inventory, Skala zur Erfassung der Depressivität
bzw.	beziehungsweise
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DALY's	Disability adjusted life years
DMS-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fünfte Auflage
HDT	Hypnotherapeutische Depressionstherapie
HGSHS:A	Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Auflage, Version 2021)
IPT	Interpersonelle Therapie
ITT	Intention-to-treat
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
KT	kognitive Therapie
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
MDD	Major Depressive Disorder
MMST	Mini-Mental-Status-Test
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SKID-I	strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV, adaptiert für DSM-5
SPSS	Statistical Software Program System for Windows



Std.-Fehler	Standardfehler
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung
WIKI-D	Wirksamkeit Aktivierend-Kognitionsfokussierter im Vergleich zu hypnotherapeutischer Therapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen
vgl.	‘vergleiche’
WHO	World Health Organization
WHODAS	World Health Organization, Disability Assessment Scale
WHOQOL	World Health Organization, Quality of Life
WHOQOL-BREF	Kurzversion des WHOQOL-100
z. B.	zum Beispiel

## **1. Einleitung**

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen und haben mitunter weitreichende Folgen für die Betroffenen. So ist die unipolare Depression die häufigste Ursache für nicht tödlichen Gesundheitsverlust, welcher eine große Einschränkung für die Betroffenen bedeuten kann (WHO, 2017). Diese Auswirkungen stellen die Notwendigkeit einer adäquaten, auf die Person passende Therapie dar. Neben der pharmakologischen Therapie wird bei unipolaren Depression nach der nationalen S3-Versorgungseleitlinie eine Behandlung mit einer Psychotherapie mittels einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) oder einer interpersonellen Therapie (IPT) empfohlen (DGPPN et al., 2015). Dabei handelt es sich um wissenschaftlich gut untersuchte Therapien, jedoch liegt die Erfolgsquote bei etwa 50% (Luty et al., 2007).

Eine Untersuchung anderer möglicher Therapiemethoden wäre dementsprechend von medizinischem Interesse, um das Spektrum zur Auswahl der richtigen Therapie für die Patienten und Patientinnen zu erweitern. Um die Auswahl einer Therapie für die Betroffenen so passgenau wie möglich zu gestalten, ist weitere Forschungsarbeit in Bezug auf mögliche den Therapieerfolg beeinflussende Faktoren notwendig. Die vorliegende Arbeit widmet sich diesem Thema und untersucht Prädiktoren für das Therapieansprechen einer Hypno- oder kognitiven Verhaltenstherapie.

### **1.1. Depression**

Im folgenden Abschnitt soll zur Einführung in das Krankheitsbild der Depression ein Überblick über Epidemiologie, Diagnosekriterien, Therapiemöglichkeiten sowie die Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene gegeben werden.

#### **1.1.1. Definition**

Die Depression ist eine psychische Erkrankung, bei der Betroffene unterschiedlich stark mit Antriebslosigkeit, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit und Interessenverlust zu kämpfen haben. Es können unterschiedliche Ausprägungen (leicht, mittel- und schwergradig) und Formen unterschieden werden. Viele Betroffene haben auch körperliche Einschränkungen und Schwierigkeiten am täglichen Leben teilzunehmen. Häufig ist die Lebensqualität der Menschen verringert und der Leidensdruck stark

ausgeprägt (DGPPN et al., 2015).

### 1.1.2. Klassifikationen

Die Klassifikation der Depression erfolgt auf der Basis von zwei Diagnosesystemen. Angewendet werden das amerikanische Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA, 2013) sowie die 10. Auflage der Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO, Version 2021). Hierzulande wird im klinischen Alltag für die Klassifikation psychischer Erkrankungen die ICD-10 verwendet, während die 5. Auflage des amerikanischen DSM-5 in Deutschland häufig in der Forschung angewandt wird. Nach der ICD-10 werden unipolare Depressionen nach Schweregrad unterschieden (leicht F32.0, mittelgradig F32.1, schwergradig F32.2), wobei sich die Einteilung nach den erfüllten Haupt- und Nebensymptomen richtet. Hinsichtlich der Dauer gilt bei leicht bis mittelgradigen Depressionen, dass die Symptome für eine gesicherte Diagnose mindestens zwei Wochen vorliegen sollten. Bei einer schwergradigen depressiven Symptomatik ist eine geringere Dauer ausreichend. Weiteres Unterscheidungsmerkmal einer Depression kann der Verlaufstyp (chronisch, rezidivierend, langfristig unterschwellige Symptomatik) sein.

### 1.1.3. Diagnostik

Nach dem ICD-10 sind die **Hauptsymptome** der Depression (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, WHO, Version 2021):

- depressive, gedrückte Stimmung, die stärker und öfter (fast den ganzen Tag, fast jeden Tag) auftritt als normalerweise
- Interessen- und Freudlosigkeit
- Antriebslosigkeit mit schnellerer Ermüdbarkeit

Neben diesen drei Symptomen gibt es noch sieben **Zusatzsymptome**:

1. Vermindertes Selbstbewusstsein
2. Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit
3. wiederkehrende Gedanken an Tod/Suizid
4. Schlafstörungen

5. pessimistischer Blick auf die Zukunft
6. verminderte Konzentration oder Aufmerksamkeit
7. verringerter Appetit

Grundsätzlich kann man diese Symptome in die vier übergreifenden Gruppen Stimmung, Antrieb, Denken und körperliche Symptome einteilen. Darüber hinaus kann bei leicht- bis mittelgradigen Depressionen zusätzlich ein somatisches Syndrom vorkommen. Typische Symptome hierbei zusätzlich Früherwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (DGPPN et al., 2015)

Folgende Kriterien gelten für die Diagnosestellung einer Depression: mindestens zwei (bei schwergradigen Episoden: drei) Hauptsymptome müssen 14 Tage lang bestehen (bei ungewöhnlich starker Ausprägung, können auch kürzere Zeiträume berücksichtigt werden). Zur Bestimmung des Schweregrades müssen bei leichten Depressionen zusätzlich zu den Hauptsymptomen mindestens zwei, bei mittelgradigen Depressionen drei bis vier und bei einer schwergradigen Episode mindestens vier zusätzliche Symptome vorliegen. Bei schweren depressiven Störungen können zusätzlich psychotische Symptome wie Halluzinationen, Wahnideen und, bei starker psychomotorischer Hemmung, ein Stupor auftreten. Neben den zuvor genannten Formen der unipolaren Depression gibt es außerdem depressive Episoden im Rahmen von bipolaren Störungen, welche in dieser Arbeit jedoch keine weitere Rolle spielen und dementsprechend auch nicht weiter erläutert werden.

Zur Diagnose einer unipolaren Depression anhand DMS-5-Kriterien müssen mindestens fünf Symptome länger als 14 Tage (wobei eines der Symptome depressive Stimmung oder Verminderung an Interesse/Freude sein muss) vorliegen. Die Symptome (depressive Stimmung, Verminderung an Interesse/Freude an Aktivitäten, Gewichts- und Appetitveränderung, Schlafstörung, psychomotorische Unruhe, Verlangsamung, Müdigkeit/Antriebslosigkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, unangemessene Schuldgefühle, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, Gedanken an Tod/Suizid) müssen jeweils eine bedeutsame Beeinträchtigung für das berufliche oder soziale Leben und eine Änderung im Vergleich zu früher darstellen (American Psychiatric Association, 2013).

Obwohl sehr konkrete Diagnosekriterien zur Verfügung stehen, ist es häufig nicht einfach

eine Depression direkt zu diagnostizieren, da viele Betroffene nicht offen und von sich aus von typischen Symptomen berichten, sondern vielmehr nach organischen Ursachen für ihre Beschwerden suchen. Falls die Vermutung nahe liegt, dass es sich um eine Depression handeln könnte, können zwei gezielte Nachfragen nach der Stimmung und dem Interesse erste Erkenntnisse bringen. Bei weiterhin bestehendem Verdacht sollten die Symptome in einem Interview explorativ erfragt werden. Hilfreich ist hierfür beispielsweise das strukturierte klinische Interview nach DMS-IV (SKID-I, Wittchen et al., 1997, adaptiert an DSM-5), wobei ein Fragebogen mit den unterschiedlichen Symptomen in verschiedenen Ausprägungsgraden zur Verfügung steht. Die Fremdanamnese von Angehörigen oder den Betroffenen nahestehenden Personen können eine zusätzliche Informationsquelle bieten.

#### **1.1.4. Verlauf**

Typisch für den Verlauf einer Depression sind zeitlich begrenzte Episoden, die auch ohne Therapie abklingen, jedoch mit Therapie verkürzt und abgeschwächt werden können. Die Verläufe können sich individuell stark unterscheiden. Es kann zu wiederholten Episoden kommen. Man spricht von rezidivierenden Depressionen, wenn zwischen zwei Episoden mindestens zwei symptomfreie Monate liegen. Auch nach einer Kognitiven Verhaltenstherapie tritt bei rund einem Drittel der Betroffenen ein Rezidiv auf (Hollon et al., 2005). Zusätzlich sinkt das psychische Wohlbefinden mit Anzahl der überstandenen Episoden (Risch, 2008). Es kann zur vollständigen oder zur unvollständigen Remission nach einer Episode kommen. Falls über mehr als zwei Jahre keine Remission eintritt, spricht man von einer chronischen Depression (American Psychiatric Association, 2013). Davon zu unterscheiden ist die Dysthymie, die sich durch eine mindestens zwei Jahre bestehende subsyndromale, depressive Symptomatik auszeichnet (DGPPN et al., 2015).

#### **1.1.5. Epidemiologie**

Die Depression ist eine der häufigsten Krankheiten und wird in ihren Folgen für das Individuum und die Gesellschaft weiterhin unterschätzt. 2017 sind laut Bericht der WHO rund 322 Millionen Menschen an einer Depression erkrankt, welche 2015 den größten Einzelbeitrag zum globalen Ranking der „Years lived with disability“ leistete (WHO, 2017). Dennoch ist davon auszugehen, dass die Zahl der Betroffenen unterschätzt wird, da es nicht möglich ist, alle Personen mit Depressionen oder Dysthymie (F34.1, ICD-10)

zu erfassen. Laut der Global Burden of Disease Study 2013 waren rund 106 Millionen Menschen von einer Dysthymie betroffen (Ferrari et al., 2013).

Depression kann Menschen in jedem Lebensalter betreffen. Vor allem in Staaten mit hohem Durchschnittseinkommen sind eher jüngere Menschen betroffen, während in Staaten mit mittlerem bis niedrigem Durchschnittseinkommen mit höherer Wahrscheinlichkeit Personen in einem fortgeschrittenen Lebensalter erkranken (Bromet et al., 2011).

Es zeigt sich ein Ungleichgewicht bei der Geschlechterverteilung in Richtung des weiblichen Geschlechts. In allen Ländern liegt die Verteilung bei annähernd 2:1, womit Frauen fast doppelt so häufig betroffen sind (Bromet et al., 2011). Auch der Psychoreport der DAK vermeldet, dass sich in Deutschland Frauen fast doppelt so häufig wegen psychischen Erkrankungen krankschreiben ließen (DAK-Psychoreport, 2019). Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Männer eine höhere Suizidrate aufweisen, die unter anderem durch Depression begründet sein könnte, und dementsprechend die Prävalenz für Depression bei Männern vermutlich unterschätzt würde (WHO, 2014).

Personen in einer gesicherten vertrauensvollen Beziehung oder mit enger Bezugsperson scheinen weniger häufig an einer Depression zu erkranken, während Personen, denen eine Bezugsperson fehlt oder bei welchen eine Trennung, Scheidung o.ä. vorliegt, eher an einer Depression erkranken (Bromet et al., 2011).

#### **1.1.6. Folgen**

Aufgrund des hohen Leidensdrucks und den starken Einschränkungen, die mit einer Depression und auch anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, steigt das Risiko der Suizidalität an. Die Wahrscheinlichkeit ist vier- bis fünfmal größer mit einer psychischen Störung Suizid zu begehen als aus rein sozio-ökonomischen Gründen (Li et al., 2011). Weltweit stellt Suizid die zweithäufigste Todesursache für 15- bis 26-Jährige dar (WHO, 2014).

Von den Beeinträchtigungen im Falle einer Depression ist nicht nur die Person allein betroffen. Nicht selten zeigen sich auch Einschränkungen im sozialen und ökonomischen Gefüge. Beziehungen und das familiäre Umfeld werden häufig auf die Probe gestellt, Kinder werden vernachlässigt und weisen Entwicklungsschwierigkeiten auf (Goodman & Gotlib, 1999).

Durch die Arbeitsunfähigkeit der Betroffenen und die Inanspruchnahme von Therapien entstehen indirekte und direkte Kosten. Einerseits weisen depressive Personen deutlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage vor (DAK Psychoreport, 2019), andererseits ist davon auszugehen, dass die depressive Störung die Leistungsfähigkeit durch verminderte kognitive Funktionen einschränkt (Berndt et al., 1998). Nach einer retrospektiven Studie mit 131 Teilnehmenden entstanden in Deutschland durch die Inanspruchnahme von Therapien oder stationären Aufenthalten (auf der Basis der Preise von 2002) durchschnittlich Kosten in Höhe von 686 Euro pro betroffene Person im Jahr, was direkten Gesamtkosten von 1,6 Mrd. € entspricht (Friemel et al., 2005).

Diese Ausführungen machen deutlich, mit welcher Dringlichkeit eine adäquate, gezielte Behandlung von Depressionen zu fordern ist. Neben den evidenzbasierten Therapien mit Psychopharmaka, Kognitiver Verhaltenstherapie und Interpersoneller Therapie gibt es zusätzlich viele Therapieverfahren, bei denen es noch an Evidenz fehlt und wo noch Forschungsbedarf zur Schließung von Forschungslücken besteht.

#### **1.1.7. Therapiemöglichkeiten**

Inzwischen gibt es zur Behandlung einer Depression ein vielfältiges Therapieangebot. Zu den am besten untersuchten und evidenzbasierten Verfahren gehören die psychotherapeutischen Verfahren der Interpersonellen Therapie (IPT) und der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), aber auch die psychopharmakologische Behandlung. In zahlreichen Studien haben sich die genannten Verfahren als gleichermaßen wirksam bewiesen (Luty et al., 2007, DeRubeis et al., 2005), weshalb sie auch nach aktueller Nationaler Versorgungsleitlinie mit höchster Evidenz empfohlen werden (DGPPN et al., 2015)

Grundsätzliche Ziele der Therapie sind nach der aktuellen Nationalen Versorgungsleitlinie für Depression (DGPPN et al., 2015):

- Verminderung der depressiven Symptomatik, Remission
- Mortalität verringern (z.B. durch Suizidprävention)
- Leistungsfähigkeit im beruflichen und psychosozialen Kontext und seelisches Gleichgewicht wiederherstellen
- Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls senken

Für die Wahl der Therapie spielen die Symptomschwere, der Erkrankungsverlauf und die Patientenpräferenz eine Rolle. Es können vier Behandlungsstrategien nach Versorgungsleitlinie unterschieden werden:

- aktiv, abwartende Begleitung (u.a. „watchful waiting“ oder „niederschwellige psychosoziale Interventionen“, im Sinne von Aufklärung von Schlaf-Wach-Rhythmus oder Tagesstrukturierung, Empfehlungen von Selbsthilfe-Bücher o.ä.)
- medikamentöse Behandlung
- psychotherapeutische Behandlung
- Kombinationstherapie

Die aktiv-abwartende Begleitung wird bei einer leichten depressiven Episode eingesetzt, vorausgesetzt es ist zu erwarten, dass sich die Symptomatik ohne Therapie zurückbildet oder eine Therapie abgelehnt wird. Dabei sollte die depressive Symptomatik innerhalb von zwei Wochen überprüft werden. Bei einer ausgeprägten Symptomatik, die keine Besserung ohne Therapie zu erwarten lässt, weiterhin bestehenden Symptomen oder wenn eine Therapie gewünscht ist, können nach Evaluation der Symptomatik und des Verlaufs, sowie der Präferenz des Betroffenen die drei anderen Behandlungsstrategien erwogen werden (DGPPN et al. 2015). Bei leichter bis mittelgradiger Depression kommen bevorzugt psychotherapeutische Verfahren oder eine Behandlung mit Psychopharmaka zum Einsatz, während bei einer akuten, schweren Episode die Kombination beider Therapien angeboten werden sollte. Eine Akuttherapie dauert durchschnittlich 6-12 Wochen und ist abhängig von der Ausprägung der Symptomatik und der Vorgeschichte (DGPPN et al., 2015).

In der vorliegenden Arbeit kamen die hypnotherapeutische Depressionstherapie (HDT) und die aktivierende, kognitionsfokussierte Depressionstherapie (AKDT) zur Behandlung von leicht bis mittelgradigen Depressionen zum Einsatz, weshalb im Folgenden genauer auf die beiden Therapieverfahren eingegangen wird. Die AKDT entspricht der KVT, während die HDT der Hypnotherapie entspricht. Da es sich bei der KVT um ein validiertes Verfahren und den Goldstandard zur Behandlung von Depressionen handelt, diente diese Therapieform als Vergleichsintervention für die Untersuchung der Wirksamkeit der Hypnotherapie.



### **1.1.7.1. Kognitive Verhaltenstherapie**

Die KVT ist eine Form der Verhaltenstherapie mit kognitiven Therapieelementen. Die klassische Verhaltenstherapie legt den Fokus auf behaviorale Elemente wie Verbesserung von sozialen Fähigkeiten, vermehrte Etablierung von angenehmen Aktivitäten, Entspannungsmethoden und die Verbesserung der Fähigkeit, Probleme zu lösen. Die Kognitive Therapie wurde in den 1960er von Aaron T. Beck und anderen unter der Annahme entwickelt, dass die Art und Weise, wie Erfahrungen von einer Person gedanklich wahrgenommen werden, entscheidend für die emotionale, verhaltensbasierte und physiologische Reaktion ist (Beck et al., 1979).

Das Modell der KVT basiert auf der Annahme, dass Depressionen aufgrund situativer Bedingungen und Auslöser bei gegebener Vulnerabilität entstehen, wenn zu dem Zeitpunkt zusätzlich dysfunktionale Denkprozesse (automatische Gedanken, negative Attributionen, dysfunktionale Bewertungen und Schemata), Verhaltensdefizite (Bewältigungsmuster, Interaktionsmuster, Problemlösen und Selbstkontrolle) und ein Mangel an positiv verstärkenden Aktivitäten und Erfahrungen (Ablenkung, Tagesstruktur) vorliegen (Linden & Hautzinger, 2005, Beck et al., 1979, Lewinsohn et al., 1974). Dabei verstärken sich dysfunktionale Kognitionsprozesse und Konsequenzen von unangemessenem Verhalten gegenseitig. So führen negative Einstellungen und Erwartungen zu einer niedrigeren Aktivität und weniger sozialem Verhalten, wodurch es zu weniger positiv verstärkenden Erfahrungen kommt. Diese Annahme geht auf das Verstärker-Verlust-Modell von Lewinsohn zurück (Lewinsohn et al., 1974). Angelehnt an diese Annahmen ist das Konzept der KVT strukturiert. Die therapeutischen Maßnahmen zielen auf eine Veränderung der dysfunktionalen Kognitionen (Beck et al., 1979) und Verhaltensweisen ab, wodurch die depressive Symptomatik verbessert wird.

Die AKDT entspricht dem etablierten Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie. Das Manual wurde unter anderem anhand des im deutschen Sprachraum am häufigsten evaluierten und empfohlenen Manuals zur KVT (Hautzinger, 2013) erstellt. Die Therapie wird nach individuellen Bedürfnissen strukturiert. Dennoch sollten folgende inhaltliche Schwerpunkte in jeder Therapie berücksichtigt werden: Planung und Aufbau positiver Aktivitäten unter Einsatz von Verstärkern, Erkennen und Überprüfen von Denkmustern und automatischen Gedanken und Veränderung von dysfunktionaler Kognition,

Selbsteinschätzung und Verbesserung sozialer und kommunikativer Fähigkeiten sowie Bewältigungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs nach Beendigung der Therapie.

### **1.1.7.2. Hypnotherapeutische Depressionstherapie**

Neben der etablierten kognitiven Verhaltenstherapie wurde die Hypnotherapie zur Behandlung einer leichten bis mittelgradigen Depression eingesetzt und mit der Wirksamkeit der KVT verglichen.

Das Wort Hypnose kommt aus dem Altgriechischen („hypnos“) und kann mit Schlaf übersetzt

werden. Die Behandlungstechnik versetzt durch Suggestionen oder sensorische Reize die Teilnehmenden in einen Zustand tiefer Entspannung und verändert den Bewusstseinszustand (Laier, 2005).

Bei der Hypnotherapie wird das Verfahren zur Induktion einer hypnotischen Trance angewendet, um mit dessen Hilfe psychotherapeutische Veränderungen zu bewirken (Revenstorf, 2003). Revenstorf hat 2003 in seiner Arbeit zur Hypnotherapie den Versuch unternommen, die empirische Basis dieser zu dokumentieren. Diese Arbeit bildet die Grundlage der folgenden Beschreibung der Hypnotherapie. Das übergeordnete Ziel der Therapie stellt ebenfalls eine Problembewältigung dar. Revenstorf beschreibt die Hypnotherapie als *„psychotherapeutisches Verfahren, das hypnotische Trance als einen veränderten Bewusstseinszustand dazu nutzt, Verhaltensänderungen zu ermöglichen, gedankliche Strukturen neu zu verknüpfen, unproduktive Einstellungen und Haltungen zu korrigieren, affektive Muster zu verändern (minimieren, verstärken, neu konditionieren), emotional belastende Ereignissen und Empfindungen zu restrukturieren, physiologische/biochemische Veränderungen für Heilungsprozesse zu fördern.“* (Revenstorf, 2003).

Der Ansatz der Hypnotherapie ist der Zugang zu anderen Ebenen des Erlebens und die Stärkung der eigenen Ressourcen. Mithilfe der Therapie können auch verdrängte Gefühle wieder hervorgebracht und übergeordnete Konflikte bearbeitet werden. Geeignete Techniken stellen zum Beispiel die Visualisierung und Imagination dar, auch Selbsthypnose kann für Patientinnen und Patienten zur Selbsthilfe wertvoll sein.

Die Hypnotherapie zur Behandlung von Depressionen wurde von Alladin und Alibhai

(2007) untersucht. Hier wurde die Hypnotherapie mit einer Kognitiven Therapie zur Behandlung von Depressionen kombiniert. Die Elemente der Hypnotherapie nach Alladin und Alibhai (2007) sind ein Entspannungstraining, Entwicklung von somatosensorischen Veränderungen, Demonstration der Macht des Bewusstseins, die Ausweitung der Wahrnehmung, die Stärkung des Selbst, posthypnotischen Suggestionen und das Training zur Selbsthypnose. In ihrer Studie an 84 Patienten und Patientinnen hat sich die Kombination aus Hypnotherapie und Kognitiver Therapie als signifikant wirksamer erwiesen als eine reine Kognitive Therapie (Alladin & Alibhai, 2007).

## **1.2. Prädiktoren und Moderatoren**

### **1.2.1. Auswahl der Therapie**

Bei der Vielfalt an wirksamen Behandlungsmöglichkeiten stellt sich die Frage nach der Auswahl der geeigneten Therapie. Studien zur Voraussage des Therapieerfolgs legen nahe, dass bei den Patienten und Patientinnen aufgrund unterschiedlicher Ausgangsbedingungen verschiedene Behandlungseffekte eintreten (Huibers et al., 2015, Nagel 2020, Donker et al., 2013, Fournier et al., 2009). Hier wurden unter anderem die evidenzbasierten Therapieverfahren KVT und IPT verglichen und Voraussagevariablen für den Therapieerfolg untersucht (Huibers et al., 2015). Diese beiden psychotherapeutischen Therapieformen wurden umfangreich analysiert und gelten als am stärksten evidenzbasiert, vor allem bezüglich der KVT liegen viele kontrollierte Studien vor (Hautzinger, 2008, Luty et al., 2006). Auch bei den Probandinnen und Probanden der erwähnten Studie galten die IPT und KVT als gleichermaßen wirksam (Lemmens et al., 2015), was dennoch nicht bedeutet, dass für alle Teilnehmenden ein Therapieerfolg eintrat. Aufgrund dessen wurde eine Analyse der Baselinefaktoren bezüglich ihrer Voraussagekraft auf den Therapieerfolg durchgeführt und herausgefunden, dass unterschiedliche Ausgangsbedingungen zu verschiedenen Behandlungseffekten führen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch eine Studie von DeRubeis et al.. Hier zeigte sich, dass die KVT und die psychopharmakologische Therapie bezüglich ihrer Wirksamkeit bei mittelgradigen bis schweren Depressionen gleichwertig sein können (DeRubeis et al., 2005). Auch bei diesem Patientenkollektiv wurde eine Untersuchung der Baselinefaktoren durchgeführt (Fournier et al., 2009).

Es ergeben sich letztlich weiterhin Unterschiede in der Wirksamkeit aus Sicht der einzelnen Personen, was Grundlage für die Forderung nach weiteren Analysen und Untersuchungen der Voraussagevariablen ist.

Dieser Frage haben sich bereits zuvor einige Wissenschaftler gewidmet und verschiedene Faktoren für einen Therapieerfolg unterschiedlicher Therapien zur Behandlung von Depressionen entdeckt. Die Wirksamkeit einer Therapie ist dabei unter anderem abhängig von den individuellen Ausgangsbedingungen der Personen. Einerseits kann man hier persönlichkeitsbezogene Merkmale unterscheiden, andererseits spielen auch störungsbezogene Merkmale eine Rolle. Für die KVT gibt es unterschiedliche Überlegungen dazu, woraus sich ein möglicher Therapieerfolg vorhersagen lassen könnte.

Dabei stehen in der Literatur vor allem als personenbezogene Variablen das Alter (Fournier et al., 2009), der Familienstand (Barber & Muenz, 1996), das Geschlecht und der sozioökonomische Status (Fournier et al., 2009) im Vordergrund. Aber auch störungsbezogene Merkmale, wie die Dauer der aktuellen Episode (Blom et al., 2007) und die Schwere der Episode vor Behandlungsbeginn (Hamilton & Dobson, 2002) können nachweislich einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Merkmale wie die Lebensqualität oder die Erwartungen an eine Therapie hängen ebenfalls mit dem Outcome zusammen (Fournier et al., 2009, Beard et al., 2016). Zu einem späteren Zeitpunkt wird auf die Variablen noch im Einzelnen eingegangen.

Werden weitere Untersuchungen durchgeführt und weitere Informationen und Daten gesammelt, ist es in Zukunft wahrscheinlich möglich, die Auswahl der passendsten Therapie anhand von Patientencharakteristika und störungsbezogenen Merkmalen zu treffen und auf diese Weise einen größeren Erfolg zu ermöglichen.

### **1.2.2. Begriffserklärung, Anwendung**

Die initiale Fragestellung, die schon Gordon Paul (1967) stellte, ist die Frage „was für wen funktioniert“. Um Therapie aussichtsreicher zu gestalten, sollte herausgearbeitet werden, von welchen patientenbezogenen Voraussetzungen der Therapieerfolg beeinflusst wird.

Dabei werden die Variablen in der Literatur in Prädiktoren und Moderatoren unterschieden. Ein Prädiktor ist eine prognostische Variable, die den Therapieerfolg unabhängig von der Therapieform vorhersagt, während der Moderator eine wertende (präskriptive) Variable ist, der unterschiedliche Outcomes abhängig von der Therapie vorhersagt (Kraemer et al., 2002). Letztere werden im Vergleich von zwei oder mehr Therapieformen erhoben. Der Moderationseffekt einer Variablen beeinflusst die Intensität oder Richtung der Beziehung einer anderen prädiktiven Variablen (unabhängigen Variable) auf eine abhängige Variable (Baron & Kenny, 1986). Konkreter wird dies von Kadzin (2007) formuliert, der Moderatoren als Charakteristika beschreibt, welche die Richtung und das Ausmaß der Beziehung zwischen Intervention (Therapie) und Outcome beeinflussen. So kann anhand von Prädiktoren eine Patientengruppe definiert werden, welche grundsätzlich von einer Therapie profitieren könnte, und anhand von Moderatoren eine Patientengruppe, die einen höheren Therapieerfolg bei einer bestimmten Therapie aufweist. Weiterhin kann es bei Untersuchung von zwei Therapieverfahren sinnvoll sein,

die Prädiktoren der einzelnen Therapieformen gesondert zu erfassen, ohne den moderierenden Effekt der Variablen auf die Beziehung zwischen Intervention und Outcome zu berücksichtigen. Diese werden im Folgenden als therapiespezifische Prädiktoren bezeichnet. Die Variablen müssen Charakteristika oder Merkmalsausprägungen sein, welche bei der Baseline-Diagnostik vorliegen, und nachweislich in den statistischen Analysen eine Interaktion mit dem Outcome aufweisen (Kraemer et al., 2002).

Im Folgenden soll genauer auf Variablen eingegangen werden, die sich nach der Literaturrecherche als potenziell relevant für die Analyse herausgestellt haben. Diese werden nachfolgend näher besprochen und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet. Da die Datenlage zur Hypnotherapie noch sehr schwach ist und Forschungslücken bestehen, hat sich die Literaturrecherche hauptsächlich mit Studien zur KVT oder zu anderen psychotherapeutischen Verfahren beschäftigt.

### **1.2.3. Soziodemografische Variablen**

Die demografischen Variablen lassen sich schnell und einfach mit einem Fragebogen oder einem gezielten Anamnesegespräch vor Beginn der Therapie erfassen. Falls sich der Erfolg der Therapieformen anhand der Variablen vorhersagen lässt, wäre es sinnvoll, diese vorab abzufragen und auf Basis dessen eine Entscheidung zu fällen.

#### **Alter**

Nicht in allen Studien hat sich das Alter als relevanter Prädiktor herausgestellt, obwohl es anfänglich in die Analyse mit aufgenommen wurde (Huibers et al., 2015). In der Studie zur KVT von Fournier 2009 stellte ein höheres Alter eine prognostische Variable für ein schlechteres Ansprechen auf die Therapie dar (Fournier et al., 2009). Ein jüngeres Alter bei Beginn der Depression stand jedoch auch in einer Studie zur kognitiven Therapie in Assoziation zu einem geringeren Therapieerfolg (Hamilton & Dobson, 2002). Eine Meta-Analyse von 1997 kam zu dem Ergebnis, dass ein jüngeres Lebensalter eine begünstigende Variable für einen höheren Therapieerfolg war, wobei hier auf Limitationen im Rahmen der Einschlusskriterien hingewiesen wurde (Thase et al., 1997). Zu bedenken gilt außerdem, dass häufig die Altersgruppe 18-65 Jahre eingeschlossen wird, weshalb ein höheres Alter nicht explizit untersucht wird. Aufgrund der bisherigen, wissenschaftlichen Untersuchungen ist es sinnvoll, das Alter auch in weiteren Analysen

als Variable zu berücksichtigen.

### **Geschlecht**

Beim Geschlecht wird in einem Großteil der Arbeiten zwischen männlich und weiblich unterschieden. Da das weibliche Geschlecht häufig einen höheren Prozentsatz in der Verteilung annimmt, ist die Aussagekraft limitiert. So hat die Meta-Analyse von Thase 1997 ein geringeres Therapieansprechen des weiblichen Geschlechts belegt, jedoch bestand die Stichprobe zu 69 % aus Frauen (Thase et al., 1997). Eine aktuellere Meta-Analyse mit 1766 an Depression erkrankten Personen hat sich der Frage gewidmet, ob und inwiefern das Geschlecht bei KVT oder pharmakologischer Therapie einen Therapieerfolg vorhersagt, und kam zu dem Ergebnis, dass das Geschlecht weder Prädiktor noch Moderator für einen Therapieerfolg ist (Cuijpers et al., 2014). In der Arbeit von Huibers et al. (2015) wiederum zeigte sich das weibliche Geschlecht als Prädiktor für einen geringeren Depressivitätsgrad nach Beendigung der Therapie (Huibers et al., 2015). Auch eine Studie, die Prädiktoren und Moderatoren bei internetbasierter IPT und KT untersuchte, stellte fest, dass das weibliche Geschlecht unabhängig von der Therapie, die die Teilnehmenden erhielten, einen höheren Therapieerfolg vorhersagte (Donker et al., 2013). Da die Studienlage bezüglich der Voraussagequalitäten des Geschlechts nicht eindeutig ist, sollte diese Variable weiterhin untersucht werden.

### **Partnerschaft**

In einigen Studien hat sich der Familienstand als prognostischer Faktor herausgestellt. So stellte sich bei der Untersuchung des Unterschiedes im Ansprechen auf KVT und psychopharmakologischer Therapie heraus, dass verheiratete Personen besser auf eine KVT als auf eine Therapie mit Psychopharmaka reagierten (Fournier et al., 2009). 1996 wurde in einer Studie beim Vergleich der Wirksamkeit von IPT und KVT herausgefunden, dass verheiratete Personen besser in der KVT als in der IPT abschnitten (Barber & Muenz, 1996). In einer aktuelleren Studie zu Prädiktoren und Moderatoren bei KVT und IPT stellte der Status der Partnerschaft keine signifikante Variable dar (Huibers et al., 2015). Des Weiteren wurde in dem Review von Hamilton & Dobson dargelegt, dass eine Partnerschaft im Sinne einer Ehe zu einer geringeren Response bei Kognitiver Therapie beiträgt (Hamilton & Dobson, 2002). Andererseits zeigte eine Untersuchung zu Prädiktoren bei medikamentöser Behandlung im Sinne einer Therapie einer Depression,

dass sozialer Rückhalt, explizit ein Ehepartner, einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg haben kann (Bagby et al., 2002). Wegen der inkonsistenten Datenlage sollte in weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen der Familienstand einbezogen werden.

### **Beschäftigungsverhältnis**

Auch die Erwerbstätigkeit scheint bezüglich des Therapieerfolgs eine Rolle zu spielen. Eine Arbeitslosigkeit hat sich beispielsweise als Moderator für einen Therapieerfolg in der KVT gegenüber einer Therapie mit Antidepressiva erwiesen (Fournier et al., 2009). Dagegen war eine Erwerbstätigkeit in der Studie von Huibers et al. (2015) ein Prädiktor für einen generellen Therapieerfolg. Ein Beschäftigungsverhältnis wurde auch in einer weiteren Studie als Prädiktor für den Therapieerfolg identifiziert (Ciudad et al., 2012). Aktuellere Studien dagegen identifizierten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einer aktuellen Erwerbstätigkeit und dem Therapieerfolg (Balestri et al., 2016, Nagel, 2020), wobei es sich hier unter anderem um medikamentöse Behandlungen bei Depressionen handelte. Zur weiteren wissenschaftlichen Erschließung der Frage wurde entschieden die Erwerbstätigkeit als Variable aufzunehmen.

### **Schulabschluss**

Der akademische Schulabschluss hat sich in einer Studie von Hirschfeld et al. (1998) als Prädiktor für ein gutes Ansprechen bei der medikamentösen Therapie einer chronischen Depression herausgestellt. Lag zumindest ein Hochschulabschluss vor, ergab sich ein höherer Therapieerfolg. In einer Prädiktorstudie aus dem Jahr 2013, die voraussagenden Variablen im direkten Vergleich von internetbasierten Therapieformen der IPT und KVT untersuchte, wurde ebenfalls die Schulbildung als Variable aufgenommen, jedoch ergaben sich hier keine signifikanten Effekte mit dem Outcome (Donker et al., 2013). In anderen Studien wurde unter anderem auch der Intelligenzquotient als voraussagende Variable identifiziert (Fournier et al., 2009). Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der Schulbildung. Auch in weiteren Forschungsarbeiten erscheint eine weiterführende Untersuchung des Beitrags eines Schulabschlusses sinnvoll, die Messung des Intelligenzquotienten ist ungleich aufwändiger und wurde in der vorliegenden Studie nicht realisiert.



#### **1.2.4. Störungsbezogene Variablen**

Auch die meisten störungsbezogenen Variablen, wie Anzahl der Episoden, Schwere der Episode und Medikamenteneinnahme lassen sich quantitativ erheben. An dieser Stelle soll ein Überblick über die bisherige Datenlage zum Zusammenhang dieser Variablen mit dem Therapieerfolg gegeben werden.

##### **Anzahl der Episoden**

Die Anzahl der vorangegangenen Episoden gibt Aufschluss darüber, wie oft sich die Person schon in einer ähnlichen Situation befand. Eine Meta-Analyse von 2007 zum Therapieabbruch einer KVT stellte fest, dass 29 % der Abbrecher innerhalb eines Jahres und 54 % der Personen, die abgebrochen haben, innerhalb von zwei Jahren ein Rezidiv aufwiesen (Vittengl et al., 2007). Mit Zunahme der Anzahl der Episoden ist davon auszugehen, dass es sich um eine wiederkehrende Erkrankung handelt und bei fünf oder mehr vorgegangenen Episoden das Risiko für eine erneute Episode signifikant erhöht ist (Bulloch et al., 2014). Eine Meta-Analyse bestätigt ebenfalls, dass vorangegangene Episoden ein Prädiktor für einen Rückfall oder Wiederauftreten einer Depression ist (Wojnarowski et al., 2019). In verschiedenen weiteren Studien wird die Anzahl der Episoden in Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit und der Dauer bis zur nächsten Episode gesetzt (Solomon et al., 2000). Neben diesen Prädiktoren im Hinblick auf eine erneute Episode haben Hamilton und Dobson außerdem eine Assoziation zwischen erhöhter Anzahl an vorangegangenen Episoden und einem geringeren Therapieerfolg entdecken können (Hamilton & Dobson, 2002). Dagegen spricht das Ergebnis einer Studie, die 2020 veröffentlicht wurde und Prädiktoren für einen Therapieerfolg bei stationär behandelten Patienten und Patientinnen mit mittelgradigen bis schweren Depressionen ermittelte. Hier ergab sich, dass eine höhere Anzahl an vorangegangenen Episoden ein Prädiktor für die Remission war (Nagel, 2020). In Zukunft durchgeführte, wissenschaftliche Untersuchungen sollten zur weiteren Erforschung des Zusammenhangs beitragen und dementsprechend die Anzahl der Episoden in den Analysen berücksichtigen.

##### **Schwere der Episode**

Auch die Schwere der Episode bei Beginn der Therapie kann einen Einfluss auf die Größe

des Therapieerfolges haben. 2010 zeigten die Ergebnisse der Arbeit von Driessen et al. entgegen der bestehenden Annahme Hinweise, dass Personen mit einem höheren Schweregrad der aktuellen Episode einen größeren Therapieerfolg aufwiesen (Driessen et al., 2010). Bei Untersuchung der Prädiktoren für einen Therapieerfolg im Sinne einer Response oder Remission kam auch die Arbeit von Nagel zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier wirkte sich ein höherer Schweregrad der Episode bei Therapiebeginn positiv auf den Therapieerfolg im Sinne einer Response aus (Nagel, 2020). Auch eine naturalistische Studie zum Thema der Vorhersage von Response und Outcome von depressiven Probanden und Probandinnen bei KVT zeigte, dass Personen mit einem höheren Schweregrad in der Baseline-Diagnostik eher eine Response aufwiesen als Personen mit einem niedrigeren prätherapeutischen Wert (Schindler et al., 2013).

Dennoch gibt es auch entgegengesetzte Ergebnisse, die mit der Schwere der Depression einen Prädiktor für einen geringeren Therapieerfolg bei einer Kognitiven Therapie korreliert finden (Blom et al., 2007, Hamilton & Dobson, 2002). Zusätzlich zu den genannten Ergebnissen wurde in einer Prädiktorstudie von 2016 eine schwergradigere Depression als Prädiktor für eine Non-Response bei medikamentöser Therapie identifiziert (Balestri et al., 2016). In einer weiteren Meta-Analyse konnte auch kein moderierender Effekt der Schwere der Episode bei Beginn auf das Outcomes bei KVT oder pharmakologischer Therapie festgestellt werden (Weitz et al., 2015). In weiteren wissenschaftlichen Arbeiten zur Vorhersage des Therapieerfolgs sollte die Schwere der aktuellen Episode einbezogen werden, um weitere Erkenntnisse diesbezüglich zu erzielen.

### **Dauer der aktuellen Episode**

Die durchschnittliche Dauer einer depressiven Episode beträgt drei Monate, wobei sich die Hälfte der Betroffenen innerhalb von 3 Monaten erholt (Spijker et al., 2002). Dabei hat sich die Schwere der Depression als eine beeinflussende Komponente erwiesen. Eine Studie aus dem Jahr 2007 legte nahe, dass der Erfolg der Therapie neben der Schwere der aktuellen Episode auch von der Dauer dieser abhängt (Blom et al., 2007). Zu diesem Ergebnis kam auch eine weitere Studie, welche die Prädiktoren für eine Non-Response untersuchte (Balestri et al., 2016). Die Arbeit zur Analyse von Prädiktoren für den Therapieerfolg von Nagel zeigte keinen signifikanten Zusammenhang, wobei hier aufgrund der großen Streuung die Wahrscheinlichkeit bestand, dass ein Fehler 2. Art begangen und ein

tatsächlicher Zusammenhang übersehen wurde (Nagel, 2020). Hypothetisch formuliert ist davon auszugehen, dass auch in weiteren Studien die Dauer der aktuellen Episode den Therapieerfolg vorhersagen kann. Dies sollte durch Berücksichtigung der Variable bestätigt oder widerlegt werden.

### **Komorbiditäten**

Von Komorbiditäten wird gesprochen, wenn mehrere spezifische Störungen in einem bestimmten Zeitraum vorliegen. Dass depressive Störungen häufig auch in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen auftreten, gilt als allgemein anerkannt. Dabei könnten kausale und wechselseitige Zusammenhänge eine Rolle spielen, aber auch einen gemeinsamen Ursprung oder mehrere unterschiedliche, auslösende Faktoren (Wittchen, 1996). Als weitaus häufigste Komorbiditäten gelten bei Depressionen begleitende Angststörungen, dennoch treten auch andere psychische Störungen bei Depressionen gelegentlich auf (Sartorius et al., 1996). Fast die Hälfte der Befragten einer Studie aus dem Jahr 1998, bei denen die Kriterien für eine depressive Störung (lifetime) zutrafen, erfüllte auch die Kriterien für eine komorbide Angststörung (Regier et al., 1998). Liegt eine Depression mit Komorbidität vor, besteht ein höheres Risiko, dass die Depression eine chronische Störung wird (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Als Prädiktor scheint eine geringe zusätzliche Ängstlichkeit bei Therapie einer depressiven Störung Rolle bei der Voraussage des Therapieerfolges zu spielen, wie 2015 in der Studie von Huibers et al. belegt wurde, in der sich Personen mit einer Depression einer IPT und KT unterzogen (Huibers et al., 2015). Neben der Angststörung gibt es jedoch auch noch weitere psychiatrische Komorbiditäten, die als Variable eine Auswirkung auf den Therapieerfolg haben könnten. Komorbiditäten könnten Risikofaktoren für das Einsetzen einer Depression sein oder dazu beitragen, dass sich in einer Therapie nicht das erwünschte Outcome einstellt. So wurde in einer Studie bei jungen Frauen festgestellt, dass Essstörungen und Substanzmissbrauch das Risiko erhöhen an einer Depression zu erkranken (Stice et al., 2004). Eine weitere Untersuchung des Einflusses von Komorbiditäten auf den Therapieerfolg bei der Therapie von Depression ist aufgrund des dargelegten engen Zusammenhangs sinnvoll.

## **Medikamente**

Es gibt hinreichende Belege durch Studien, dass eine Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Psychotherapie für rezidivierende, chronisch depressive und schwere Episoden zusätzliche Effekte im Vergleich zu alleiniger Pharmakotherapie oder Psychotherapie aufweist (Hollon et al., 2014, Pampallona et al., 2004, Keller et al., 2000). Weiterhin zeigte sich bei moderaten Episoden kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Placebo und Behandlung mit Antidepressiva (Kirsch et al., 2008), was dafür spricht, dass Personen mit leichten Episoden nur geringfügig von einer medikamentösen Behandlung profitieren. Mit zunehmender Schwere der Depression wird die Therapie mit Psychopharmaka wirksamer (Fournier et al., 2010). Bei der Kombinationstherapie wird eine pharmakologische Therapie mit einer Psychotherapie kombiniert. In einer Übersichtsarbeit zeigten sich Vorteile bei der Ergänzung der pharmakologischen Therapie mit einer Psychotherapie im Sinne einer KVT nicht eindeutig. Hier werden positive Auswirkungen von den Betroffenen festgestellt, auch wenn sie von unabhängigen Beobachtenden nicht sichergestellt werden können (de Jonghe et al., 2004). Eine weitere Untersuchung des Zusammenhangs erscheint anhand dieser Informationen und Ergebnisse sinnvoll.

## **Familienanamnese**

In der Literatur wurde sich schon zuvor der Frage angenommen, inwiefern eine positive Familienanamnese das Risiko für Depression erhöht. So gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer bestehenden Depression und einer depressiven Erkrankung bei einem Familienmitglied ersten Grades (Sullivan et al. 2000). Auch in der Analyse von Prädiktoren von S.M. Monroe wurde als voraussagende Variable für die Manifestation einer Depression die positive Familienanamnese bestätigt (Monroe et al., 2013). Weiterhin stellte sich eine positive Familienanamnese im Sinne einer schwerwiegenden psychischen Störung bei einem Familienmitglied ersten Grades als signifikanter Prädiktor für einen geringen Therapieerfolg heraus (Duggan et al., 1998). In anderen Arbeiten, in denen die Variablen auf ihren prädiktiven Gehalt für das Outcome einer Therapie überprüft wurden, bestätigte sich dies nicht (Huibers et al., 2015, Nagel, 2020). Dies führt zu der Annahme, dass auch in weiteren Analysen die Familienanamnese als Prädiktor relevant sein könnte.

## **Globales Funktionsniveau**

Wie schon zuvor angeführt, kann eine depressive Störung die Betroffenen stark einschränken und zu somatischen Beschwerden im Sinne eines zusätzlichen somatischen Syndroms führen. Weiterhin kann der Gemütszustand, die Antriebslosigkeit und vermeidendes Verhalten dazu führen, dass die Aktivitäten völlig eingeschränkt und auch Selbstversorgung und Alltagsbeschäftigungen vernachlässigt werden. Bei starken psychischen und körperlichen Einschränkungen ist das globale Funktionsniveau niedrig. In einem Review von 2019 wurden die Einschränkungen durch psychische Störungen zusammengefasst: Psychische Störungen machen 19 % der mit Einschränkungen gelebten Jahre aus, wovon Depressionen die meisten DALYs (Disability adjusted life years) für beide Geschlechter darstellten (Rehm & Shield, 2019). In einer anderen Studie mit 11242 Teilnehmenden ergab sich im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen wie Arthritis, Bluthochdruck oder Diabetes ein vergleichbar niedriges oder noch niedrigeres Funktionslevel der depressiven Personen (Wells et al., 1989). Darüber hinaus bestehen die Einschränkungen des Funktionsniveaus in vielen Bereichen auch über einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren und sind vergleichbar oder schwerwiegender bei Patientinnen und Patienten mit allgemeinen, chronischen Erkrankungen (Hays et al., 1995). Auch in anderen Studien zur Voraussage des Therapieerfolgs anhand von Prädiktoren wurde das generelle Funktionslevel miteinbezogen, jedoch kein signifikanter Zusammenhang festgestellt (Huibers et al., 2015). Dennoch lassen die Ausführungen erkennen, wie stark Personen mit Depressionen eingeschränkt sind, weshalb es durchaus sinnvoll ist, diese Variable mit in weitere, wissenschaftliche Analysen aufzunehmen.

## **Lebensqualität**

Die Lebensqualität wird von der World Health Organization (WHO) definiert als die individuelle Wahrnehmung der Position im Leben in Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem, indem der- oder diejenige lebt, sowie in Verbindung mit den Zielen, Erwartungen, Standards und Sorgen (The WHOQOL Group, 1995). Die Lebensqualität kann dabei subjektiv und von der individuellen Wahrnehmung abhängig oder objektiv und von externen Bewertungen abhängig beurteilt werden. Objektive Kriterien sind die physische Gesundheit, das Funktionsniveau, die kognitive Funktion, soziale Einbindung und Unterstützung, ökonomischer Status und die direkte Umgebung und Umwelt.

Subjektive Faktoren der Lebensqualität sind dagegen die Wahrnehmung der Gesundheit, die Zufriedenheit mit dem Leben, das Selbstvertrauen und -bewusstsein, sowie ein Gefühl der Kontrolle (Birren & Dieckmann, 1991).

In der Studie zur Untersuchung möglicher Prädiktoren für einen Therapieerfolg wurde unter anderem die Lebensqualität als signifikanter Prädiktor identifiziert (Fournier et al., 2009). 2004 wurde durch Naumann und Byrne in einer Studie, an der ältere, depressive Personen teilnahmen, eine signifikante Assoziation zwischen Lebensqualität und Zufriedenheit mit den eigenen Umständen mit der Schwere einer depressiven Episode entdeckt (Naumann & Byrne, 2004). Lag bei den Teilnehmenden einer Studie von 2020 vor Beginn der Therapie (KVT, geführte Selbsthilfe) eine höhere Lebensqualität vor, so erhöhte dies die Wahrscheinlichkeit einer Remission (Salomonsson et al., 2020). Anhand dieser Erkenntnisse wird deutlich, welche Bedeutung die Lebensqualität in Bezug auf eine Depression haben kann und welchen Einfluss sie gegebenenfalls auf den Erfolg einer Therapie nehmen kann.

### **1.2.5. Verhaltensbezogene Variablen**

#### **Inaktivität, Aktivitätenverlust**

Lewinsohn hat schon 1973 in einer behavioral orientierten Studie festgestellt, dass von einer depressiven Störung Betroffene weniger oft an angenehmen Aktivitäten teilnahmen und dass die Stimmung der Betroffenen mit der Anzahl angenehmer Aktivitäten zusammenhing (Lewinsohn & Graf, 1973). Dabei wirkten sich besonders Aktivitäten positiv auf die Stimmung aus, die positive, soziale Interaktion beinhalten, das Ego stärken oder Aktivitäten mit unvergleichbaren Effekten (wie Musik hören, Tiere beobachten, in der Sonne sitzen o.ä.) betreffen (Lewinsohn & Graf, 1973). Der Interessenverlust und der soziale Rückzug werden von Betroffenen auch subjektiv als besonders belastend empfunden. Deswegen setzt die Verhaltenstherapie hier mit Verhaltensaktivierung an. Es handelt sich um eine Methode, um von einer Depression Betroffene wieder ins Handeln zu bringen und wirkt auf die Mechanismen ein, die an der Depressionsentstehung und -aufrechterhaltung beteiligt sind (Hoyer & Vogel, 2018). Inzwischen wurden Messinstrumente wie die BADS (Behavioral Activation Depression Scale, Kanter et al., 2007) entwickelt, die eine Möglichkeit zur Messung des Levels der Verhaltensaktivierung mittels einer Subskala bieten. Gezeigt wurde eine signifikant negative Korrelation

zwischen einer niedrigen BADS, welcher für eine stärkere Vermeidung, geringere Aktivierung usw. spricht, und einem hohen BDI-Wert (Beck-Depressions-Inventar, Beck et al., 1961), der die Stärke der Depression ausdrückt (Kanter et al., 2007). Dieser Zusammenhang und die Auswirkungen einer bei Beginn der Therapie gering ausgeprägten Verhaltensaktivierung auf das Outcome sollten Gegenstand der weiteren Erforschung von Prädiktoren für einen Therapieerfolg sein.

### **Vermeidung („Avoidance“)**

Bei einer Depression fällt den Betroffenen häufig vieles schwerer, erfordert mehr Mühe und es fehlt der nötige Antrieb, auch für Aktivitäten oder Interaktionen, die man grundsätzlich zuvor genossen hat. Dies kann dazu führen, dass man diesen Situationen ausweicht. Eine der Kernkomponenten einer Depression ist Vermeidung. Eine depressive Person zeigt eine hohe Rate an Vermeidung und Flucht von aversiven Stimuli (Ferster, 1973). Diese Verhaltenseigenschaft führt dazu, dass Betroffene sich häufig isolieren, um unangenehme Interaktionen zu vermeiden. Jedoch werden so auch mögliche positive Erlebnisse vermieden und eine mögliche positive Auswirkung auf die Stimmung bleibt somit aus. Fehlt die Verstärkung durch positive Erlebnisse und Erfahrungen dauerhaft, können sich depressive Symptome entwickeln (Lewinsohn, 1974).

Ein vermeidender Lebensstil ist dementsprechend Risikofaktor für das Entstehen und das Aufrechterhalten einer Depression. Diese Annahme wird durch eine Studie von 2018 unterstützt, in welcher herausgefunden wurde, dass erhöhte Tendenzen zu einem vermeidenden Verhalten ein Risikofaktor für affektive Störungen sind, insbesondere jedoch für Angststörungen (Struijs et al., 2018). Eine Untersuchung zur Behandlung von therapie-resistenten Depressionen mittels KVT ergab hingegen keinen zusätzlichen, prädiktiven Gehalt von vermeidendem Verhalten neben der Schwere der Episode (Yasinski et al., 2020). Ob ein vermeidendes Verhalten zu Beginn der Behandlung auch in Verbindung zum Outcome der Therapie steht und möglicherweise sogar eine voraussagende Variable darstellt, sollte in wissenschaftlichen Untersuchungen geklärt werden.

## **1.2.6. Kognitionsbezogene Variablen**

### **Rumination**

Die Rumination beschreibt einen von Grübeln und repetitiven Mustern geprägten Denkprozess. Es ist eine Art Bewältigungsmechanismus, bei dem die depressive Person gedanklich in Schleifen von wiederkehrenden Gedanken verfällt. Dies wirkt sich negativ auf die Fähigkeit sich zu konzentrieren aus, verzerrt die Wahrnehmung und verhindert ein konstruktives Problemlöseverhalten. Da sich das Grübeln auf die negative emotionale Situation bezieht, wird dieser Zustand erhalten und womöglich verstärkt (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). In einer Studie, die sich dieser Annahme gewidmet hat, wurden depressive und nicht depressive Probandinnen und Probanden unter anderem gebeten sich für acht Minuten auf ihren derzeitigen emotionalen Zustand zu konzentrieren. Dies führte bei depressiven Probanden und Probandinnen zu einer Verschlechterung der Stimmung (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Studien haben gezeigt, dass Personen mit erhöhten Ausgangswerten der Rumination, auch eine höhere depressive Symptomatik nach Beendigung der Therapie aufwiesen (Jones et al., 2008, Schmaling et al., 2002, Teismann et al., 2008) sowie eine geringere Wahrscheinlichkeit besaßen eine Remission der Depression zu erreichen (Jones et al., 2008). Anhand dieser wissenschaftlichen Arbeiten erscheint es sinnvoll die Rumination als prätherapeutische Variable in weitere Analysen aufzunehmen.

### **Selbstwirkungserwartung**

Das Konzept der Selbstwirksamkeit geht ursprünglich auf Lerntheorie Albert Bandura von 1977 zurück. Zentral ist dabei, dass eine Person aufgrund ihrer Erfahrungen daran glaubt, dass sie mit den eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen eine bestimmte Aufgabe lösen, Schwierigkeiten überwinden und gesetzte Ziele erreichen kann. Selbstwirksamkeit ist nach Bandura das Ergebnis von Bewertungen und Verinnerlichung gemachter Erfahrungen. Neben den persönlich gemachten Lernerfahrungen werden jedoch auch andere Faktoren miteinbezogen, wie Beobachtung der Leistungen von vergleichbaren Personen (indirekte Erfahrungen), übernommene Überzeugungen (verbale Überzeugung) und Beurteilung der eigenen Emotionen, bei Bewältigung einer Aufgabe (Bandura, 1977). Unterschieden wird davon das Selbstvertrauen, was eher eine allgemeinere Einstellung zum Leben darstellt. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist einerseits geprägt durch die



Überzeugung und Wirksamkeitserwartung eines Verhaltens und andererseits ist diese beeinflusst durch die Erwartung eines bestimmten Ergebnisses (Bandura, 1977). Eine positive Erwartungshaltung kann auch bei gesundheitlichen Beschwerden von Vorteil sein, da sich Betroffene aktiv um ihre Situation kümmern und Pläne für den Zeitraum nach der Genesung machen (Jerusalem & Schwarzer, 2002). Auch weitere Forschungsergebnisse weisen in diese Richtung. So hat sich in einer Arbeit zur Selbstwirksamkeitserwartung ergeben, dass von Depression Betroffene eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen (Ruholl, 2007). In einer Studie zur Alkoholabhängigkeit wurde ein systematisch negativer Zusammenhang zwischen Depressionen und der Selbstwirksamkeitserwartung festgestellt (Schindler et al., 1994), was bedeutet, dass mit Sinken der Selbstwirksamkeitserwartung die Depression zunimmt. Ähnliches wurde auch in einer weiteren Studie herausgefunden (Moss et al., 1994), jedoch lag in beiden Studien der Schwerpunkt nicht in der Untersuchung des Zusammenhangs der psychischen Erkrankungen zur Selbstwirksamkeitserwartung. In Hinblick auf die Voraussage des Outcomes von Behandlungen unterschiedlicher, medizinischer Erkrankungen wie bei Fibromyalgie (Buckelew et al., 1996) oder Alkoholismus (Sitharthan et al., 1991) zeigte sich die Selbstwirksamkeitserwartung als relevanter Prädiktor. In der Studie zum Alkoholismus von Sitharthan (1991) wurde die Selbstwirksamkeitserwartung nach Ablauf der Behandlung zur Prädiktion des Alkoholkonsum über die nächsten sechs Monate angewandt. Auch die Remission einer Depression über den Verlauf von 12 Monaten nach Therapieende konnte anhand der Selbstwirksamkeitserwartung nach Therapieende vorausgesagt werden (Kavanagh et al., 1989). Bei einer Studie zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Therapieerfolg wurde unter anderem eine KVT zur Behandlung von psychischen Störungen wie Depression, Angst- und Anpassungsstörung durchgeführt, die den Schwerpunkt auf die Rückkehr der Angestellten an ihren Arbeitsplatz legte. Hier wurde ein Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und schnellerer Rückkehr in die Vollzeitstellung festgestellt (Brenninkmeijer et al., 2019).

Die aufgeführten wissenschaftlichen Erkenntnisse zeigen, dass es weiterer Untersuchungen insbesondere in Bezug auf die Voraussage des Therapieerfolgs anhand der Selbstwirksamkeitserwartung bei Behandlung von Depressionen bedarf.

## **Suggestibilität**

Das Wort „Suggestibilität“ kommt von dem lateinischen Verb „suggere – zuführen“ bzw. dem Substantiv „suggestio, onis – Eingebung, Einflüsterung“. Unter einer Suggestion wird eine Beeinflussung auf geistig- seelischer Ebene verstanden. Wie stark Menschen für die induzierten Wahrnehmungen und Gefühle empfänglich sind, bezeichnet man als Suggestibilität. Der Begriff wird häufig als Synonym für Hypnotisierbarkeit verwendet. Messbar wird sie durch Instrumente wie die HGS: A (Harvard Group Scale of Susceptibility, Form A, Shor & Orne, 1963), auf die im weiteren Verlauf nochmals genauer eingegangen wird. Peter und Piesbergen kamen in ihrer Analyse zu Instrumenten zur Testung der Suggestibilität unter anderem zu dem Ergebnis, dass in Behandlungen mit Hypnose eine Testung der Suggestibilität sinnvoll ist zur Feststellung, ob eine Person hoch- oder niedrig suggestibel ist (Piesbergen & Peter, 2005). In einer Studie zur Hypnotisierbarkeit von Patienten und Patientinnen mit Bulimie wurde eine erhöhte Suggestibilität dieser im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nachgewiesen (Covino et al., 1994). In einer weiteren Studie zur Messung der Suggestibilität bei verschiedenen psychischen Störungen (dissoziative Störung, schizophrene Störung, affektive Störung, Angststörung) wurde eine erhöhte Suggestibilität für Personen mit dissoziativen Störungen festgestellt (Frischholz et al., 1992). Eine Studie zur Wirksamkeit kognitiver Hypnotherapie und KVT bei Depressionen stellte fest, dass in beiden Therapieformen hochsuggestible Teilnehmerende einen signifikant größeren Therapieerfolg erzielten (Alladin & Alibhai, 2007). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es sinnvoll sein kann, die Suggestibilität bei unterschiedlichen psychischen Störungen zu bestimmen und auch im Rahmen weiterer Untersuchungen einzubeziehen.

## **Therapieerwartung**

Mit Fragebögen, die vor Beginn der Therapie aufgefüllt wurden, kann die jeweilige Erwartung an die Therapie erhoben. Anhand dieser Werte lässt sich einschätzen, wie hoch die Erwartungen der Teilnehmenden an die jeweilige Therapie sind. Dass die Erwartung an eine Therapie eine Rolle für das Ergebnis dieser hat, ist aus Placebo-Studien bekannt, in denen angenommen wird, dass unter anderem die Erwartung an eine Therapie und ihren Therapieerfolg der zugrundeliegende Mechanismus für den Therapieerfolg ist (Haour, 2005, Kirsch, 1997). In einer Studie von 2013, in der an 193 von Depression Betroffene

teilnahmen, wurden Variablen mit einem prädiktiven Wert für Therapieerfolg sowie den Abbruch der Therapie untersucht. Es ergab sich, dass eine geringe positive Therapieerwartung einen Therapieabbruch vorhersagte (Schindler et al., 2013). Weiterhin zeigte sich bei der Untersuchung zweier Therapieformen, dass Personen mit Übereinstimmung der Präferenz und der erhaltenen Therapie eher die Therapie beendeten, jedoch keine höhere Wahrscheinlichkeit auf eine Remission aufwiesen (Dunlop et al., 2017). In anderen Studien zeigte sich ebenfalls die Therapieerwartung als signifikanter Prädiktor für das Outcome einer KVT bei der Behandlung einer Angststörung (Fromme et al., 2001). Auch in einer weiteren Arbeit, in der unter anderem die prätherapeutische Erwartung an eine Symptomverbesserung durch eine Behandlung im Sinne einer KVT erhoben wurde, sagte die Therapieerwartung signifikant den Therapieerfolg voraus (Webb et al., 2013). Zum gleichen Ergebnis kam ebenso eine andere Forschungsgruppe und bestätigte in der höheren Erwartung eine Voraussagevariable für den höheren Therapieerfolg (Beard et al., 2016). Anhand der erwähnten wissenschaftlichen Untersuchungen erscheint es angebracht, die Erwartung im Zusammenhang mit Therapieerfolg bei verschiedenen Therapieformen zu erheben und in weiteren Forschungsarbeiten zu untersuchen.

Die bisherigen Ausführungen zu vorhandenen Forschungsergebnissen bezüglich Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Behandlung von Depressionen zeigen, dass mehrere Variablen gut belegt sind, jedoch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen sehr inkonsistent sind. Im Hinblick auf die Befundlage von einem Großteil der Variablen besteht noch weiterer Untersuchungsbedarf. Insbesondere zu den Voraussagevariablen für einen Therapieerfolg einer Hypnotherapie gibt es noch keine Forschungsergebnisse. Hier müssen weitere Studien klären, welche Einflussfaktoren relevant für den Therapieerfolg sein könnten. Auch kann zusätzliche Evidenz für die inkonsistente Datenlage vieler der erwähnten Prädiktoren für die KVT geschaffen werden. Dies ist von großer Bedeutung, um eine validierte Grundlage für die Auswahl einer Therapie zu schaffen.

### **1.3. Forschungslücken und Fragestellung**

Da jede Person individuelle Merkmale aufweist und es eine größer werdende Auswahl an wirksamen Therapieverfahren gibt, sollten die Faktoren, die die Wahl der geeigneten

Therapie für die individuelle Person beeinflussen, genauer untersucht werden. Mit möglichen Prädiktoren und Moderatoren zur Voraussage eines Therapieerfolgs soll sich ausführlich in der vorliegenden Arbeit beschäftigt werden, wobei die Therapieverfahren HDT und AKDT bei der Behandlung von leicht bis mittelgradigen Depressionen untersucht wurden. Die AKDT ist eine weitgehend gut untersuchte und evidenzbasierte Therapie. Schon in einigen Studien waren Prädiktoren für den Therapieerfolg Gegenstand der Forschung, dennoch ist die Datenlage an vielen Stellen inkonsistent, weshalb es sinnvoll ist, vorhandene Ergebnisse mittels neuer Studien zu bestätigen und weiterzuführen. Die HDT ist eine weniger umfangreich untersuchte Therapieform, es existieren kaum Forschungsergebnisse bezüglich möglicher Prädiktoren für einen Therapieerfolg.

Die Daten der Untersuchung stammen aus der WIKI-D-Studie (Wirksamkeit Aktivierend-Kognitionsfokussierter im Vergleich zu hypnotherapeutischer Therapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen). Bisher haben wenige Studien die KVT und HDT miteinander verglichen. In der WIKI-D-Studie haben sich die Therapieverfahren im Vergleich als gleichermaßen wirksam bewiesen (Fuhr et al., 2021).

Insbesondere bei gleichermaßen wirksamen Therapien ist es sinnvoll, nach therapiespezifischen Prädiktoren und Moderatoren zu forschen, um herauszufinden, welche Therapieform für einzelne Personen besser geeignet ist. Auch allgemeiner betrachtet ist es von Interesse, unter welchen Voraussetzungen eine Therapie, unabhängig von der Therapieform, effektiv für Patienten und Patientinnen ist.

Die Arbeit soll dementsprechend der Beantwortung der übergeordneten Frage gelten, unter welchen Voraussetzungen eine Therapie einen höheren Therapieerfolg erreicht und unter welchen Voraussetzungen eine HDT oder KVT erfolgreicher ist.

Es wurden folgende Fragestellungen in der vorliegenden Arbeit untersucht:

- Welche Prädiktoren sagen den Therapieerfolg einer Therapie (AKDT und HDT berücksichtigt) bei leichter bis mittelgradiger Depression voraus?
- Welche Moderatoren und therapiespezifischen Prädiktoren sagen den Therapieerfolg von einer AKDT oder HDT voraus?

## 2. Material und Methoden

### 2.1. Studiendesign

Die Variablen in der vorliegenden Arbeit wurden innerhalb der WIKI-D-Studie (Wirksamkeit Aktivierend-Kognitionsfokussierter im Vergleich zu Hypnotherapeutischer Therapie bei leichten bis mittelgradigen Depressionen) in den Jahren 2015 und 2016 erhoben. Die Studie wurde vor Beginn von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen genehmigt (Projekt-Nr. 061/2015BO2). Die Teilnehmenden stimmten nach ausführlicher Aufklärung vor Beginn der Studie schriftlich der Erfassung der persönlichen und studienbezogenen Daten und deren Weitergabe in pseudonymisierter Form zu.

Nach Aufklärung und Einwilligung der Studienteilnehmenden wurden mittels diverser Fragebögen, auf die im Folgenden noch im Detail eingegangen wird, und einem klinischen Interview die Variablen und Merkmalsausprägungen erfasst. 153 Probandinnen und Probanden mit leichter bis mittelgradiger Depression wurden nach Prüfung der Einschluss- und Ausschlusskriterien randomisiert der AKDT oder der HDT zugeteilt. Der genaue Ablauf inklusive Messzeitpunkten kann der Abbildung 1 entnommen werden.

Abbildung 1: Studienaufbau

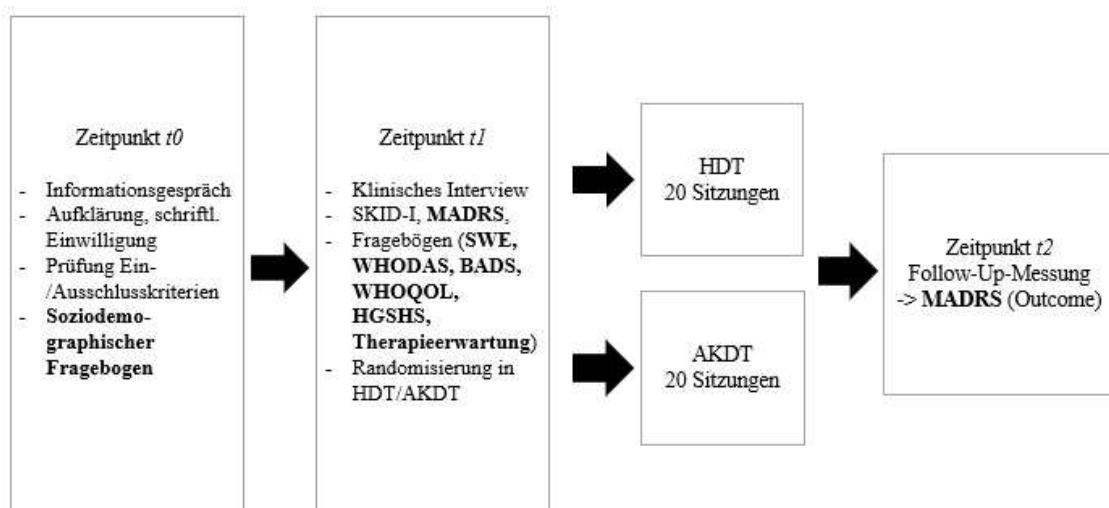


Abbildung 1: Studienaufbau, SWE (Selbstwirksamkeitserwartung, Schwarzer und Jerusalem, 1999), MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, Montgomery und Åsberg, 1978), WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Scale, WHO, 2012), WHOQOL (World Health Organization Quality of Life, The WHOQOL Group, 1998), HGSHS:A (Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Form A, Shor & Orne, 1963), BADS (Behavioral Activation for Depression Scale, Kanter et al., 2007), SKID-I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, adaptiert für DSM-5, Wittchen et al., 1997), HDT (Hypnotherapeutische Depressionstherapie), AKDT (Aktivierende Kognitionsfokussierte Depressionstherapie)

Grundlage der Arbeit bilden die Variablen, die bei der Baseline anhand verschiedener Fragebögen, welche im Folgenden ausführlich besprochen werden, und einem klinischen Interview erhoben wurden. Die Therapie (HDT und AKDT) bestand aus 20 50-minütigen Sitzungen über den Verlauf von 20 Wochen. In der WIKI-D-Studie war die Wirksamkeit der HDT der Wirksamkeit der AKDT nicht unterlegen. In der „per protocol Stichprobe“ (134 Probanden und Probandinnen) zeigte sich eine leichte Überlegenheit der HDT, während sich in der „ITT (intention-to-treat) Stichprobe“ mit allen randomisierten 152 Teilnehmenden eine Äquivalenz ergab (Fuhr et al., 2021). Auf weitere Details zum Ablauf und Ergebnisse der WIKI-D-Studie wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen, da diese an anderer Stelle zuvor beschrieben worden sind (Fuhr et al., 2021).

### **2.1.1. Probanden und Probandinnen**

Die Daten stammen aus der WIKI-D-Studie, welche 2015-2017 unter Leitung von Prof. Dr. Anil Batra und Dr. Kristina Fuhr an der Tübinger Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt wurde (Fuhr et al. 2021). An der WIKI-D-Studie nahmen 152 Personen mit einer unipolar depressiven Störung teil. Eingeschlossen wurden Personen mit aktuell leicht- oder mittelgradig ausgeprägter Episode nach DSM-5, welche Messzeitpunkt  $t_1$  mithilfe des SKID-I (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, adaptiert für DSM-5, Wittchen et al., 1997) erfasst wurde. Die Teilnehmenden wurden über die Depressionssprechstunde der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen und über ein Netzwerk niedergelassener Psychiaterinnen und Psychotherapeuten etc. rekrutiert. Nach schriftlicher Einverständniserklärung und persönlicher Aufklärung wurden beim ersten Messzeitpunkt  $t_0$  zunächst Einschluss- und Ausschlusskriterien geprüft.

### **2.1.2. Einschluss- und Ausschlusskriterien**

Eingeschlossen in die vorliegende Auswertung wurden alle Probandinnen und Probanden, die zuvor in die WIKI-D-Studie eingeschlossen wurden. Zu den Einschlusskriterien zählte die Diagnose einer leichten oder mittelgradigen Depression nach DSM-5, ein Alter zwischen 18 und 70 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse für eine adäquate Therapie sowie ein ausreichend großes wöchentliches Zeitfenster für die Therapie und, falls bestehend, eine über drei Monate stabile antidepressive Medikation.

Zu den Ausschlusskriterien zählten:

- Bipolare Störungen oder schizophrene Psychosen in der Vorgeschichte
- Remission der aktuellen Episode seit mehr als 4 Wochen
- Chronische MDD (Major Depressive Disorder mit der Dauer von  $\leq 2$  Jahren)
- Schwere depressive Störung (diagnostiziert anhand von SKID-I, bzw. MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale  $\geq 35$ ))
- Depression mit psychotischen Merkmalen (anhand SKID-I)
- Weitere behandlungsbedürftige psychische Störungen: dominierende Panikstörung, schwere Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, aktive Sucht-/Rauschmittelabhängigkeit, aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung, Anorexia nervosa (anhand SKID-I)
- Akute Suizidalität (Handlungsabsichten oder konkrete Pläne oder intermittierende Suizidgedanken von quälendem Ausmaß)
- Schwere kognitive Einschränkungen (bei Verdacht geprüft mittels Mini-Mental-Status-Test  $< 25$ )
- Somatische Erkrankung, wodurch eine regelmäßige Teilnahme an Psychotherapiesitzungen erschwert wird
- Ambulante Psychotherapie in den letzten 12 Monaten

### **2.1.3. Datenerfassung**

Die Daten wurden zum Zeitpunkt  $t_0$ ,  $t_1$  und  $t_2$  in Papierform von geschulten Diagnostikern erhoben. Die Akten mit allen personenbezogenen Informationen und die Aufzeichnungen der Therapiesitzungen werden in einem zugangsbeschränkten Archiv der Universitätsklinik Tübingen aufbewahrt. Die digitale Erfassung und Übertragung erfolgte durch an der Studie Mitarbeitende im Zeitraum Mai 2015 bis Juli 2021. Die Dateneingabe wurde innerhalb der Räumlichkeiten vorgenommen, sodass die Akten zu keinem Zeitpunkt aus dem Archiv entfernt wurden. Für die digitale Erfassung und Speicherung wurden die Programme SPSS und Excel verwendet. Die erstellten Exceldateien sind aus Gründen des Datenschutzes zugriffsbeschränkt auf dem Datenserver der Universitätsklinik Tübingen abgespeichert. Der Zugriff wird nur Mitarbeitenden gewährt, die an der WIKI-D-Studie beteiligt sind. Die erstellten Datenbanken in SPSS enthalten lediglich Fallnummern und keine Namen oder persönlichen Kontaktdaten der Teilnehmenden, sodass die Eingaben nur im

zugangsbeschränkten Archiv mit Zugriff auf die Akten und zugriffsbeschränkten Exceldateien auf den Datenservern der Universitätsklinik Tübingen zurückverfolgt werden können.

#### **2.1.4. Instrumente zur Datenerhebung**

Zur Datenerhebung wurden verschiedene Fragebögen und Skalen verwendet und ein klinisches, strukturiertes Interview geführt. Neben störungsbezogenen Informationen wurden auch soziodemografische Informationen abgefragt. Die initiale Schwere der Episode wurde mit dem SKID-I bestimmt, zusätzlich wurden auch andere Messinstrumente für die Ausprägung der depressiven Symptomatik, wie Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS, Montgomery und Åsberg, 1978) zum Zeitpunkt *t1* (prätherapeutisch) und *t2* (posttherapeutisch), verwendet.

#### **Soziodemografischer Fragebogen**

Im Rahmen der Baseline-Diagnostik wurden die soziodemografischen Daten mittels 15 Fragen erfasst. Diese umfassten zusätzlich anamnestische Angaben unter anderem zu psychotherapeutischen Behandlungen, zur Familienanamnese bezüglich psychischer Erkrankungen und medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva.

#### **Strukturiertes klinisches Interview**

Im Messzeitraum *t1* wurde zur Diagnostik das SKID-I durchgeführt. Mit dessen Hilfe wurden Ein- und Ausschlusskriterien geprüft sowie Komorbiditäten erfasst. Es lassen sich hiermit diverse Diagnosen psychischer Störungen nach DMS-5 und deren Schweregrad ermitteln. Es ist unter anderem möglich, differenziert darzulegen, ob die Symptome der psychischen Störung während der aktuellen Episode (innerhalb des letzten Monats) oder bereits früher (lifetime) aufgetreten sind. Anhand des Interviews kann die Einschätzung des Schweregrads der aktuellen Episode erfolgen (leicht bis mittelgradig). Eine leichte Episode zeichnet sich dadurch aus, dass die nötige Anzahl der Symptome erreicht, bzw. knapp überschritten wird. Ein mittlerer Schweregrad liegt vor, wenn sowohl die Symptome als auch die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als „leicht“ bis „schwer“ eingeordnet werden.



### **Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale**

Bei der MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) wird durch ein halbstrukturiertes Interview die depressive Symptomatik im Fremdurteil festgestellt. Zur Diagnostik der Depression werden zehn Items von geschulten Diagnostikerinnen und Diagnostikern abgefragt. Die zehn Items beinhalten die depressiven Symptome: sichtbare Traurigkeit, berichtete Traurigkeit, innere Spannung, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Untätigkeit, Gefühllosigkeit, pessimistische Gedanken und Selbstmordgedanken. Der Fragebogen enthält genauere Hinweise, Frage- und Hilfestellungen zum jeweiligen Symptom, wodurch im Gespräch durch einen explorativen Fragestil die Ausprägung des Symptoms auf einer Skala festgelegt werden kann. Die Skala zur Einschätzung der Ausprägung enthält sieben Abstufungen von 0 bis 6. Dabei enthalten die Stufen 0, 2, 4 und 6 eine verbale Umschreibung (0 = „keine Traurigkeit“, 2 = „sieht niedergeschlagen aus, ist aber ohne Schwierigkeiten aufzuheitern“ etc.). Es kann dementsprechend entscheiden, ob die Einschätzung mit den verbalisierten Stufen übereinstimmt oder dazwischen liegt (1, 3, 5). Die MADRS weist eine hohe interne Konsistenz auf ( $\alpha = .9$ ) (Uher et al., 2007).

Die zehn Items werden abschließend aufaddiert, um eine Einschätzung der Depressivität zu erhalten. Dabei liegt bei einem Wert von 0 bis 6 kein depressives Syndrom vor, bei einem Summenwert von 7-19 kann von einer leichten Depression ausgegangen werden, während ein Summenwert von 20-34 schon für eine mittelgradige Depression spricht. Bei einem Summenwert  $\geq 35$  handelt es sich um ein schweres depressives Syndrom (Snaith et al., 1986).

### **Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Form A**

Bei der HGSHS:A (Shor & Orne, 1963) handelt sich um die am weitesten verbreitete Hypnoseskala. Anhand dieser Skala ist es möglich, die Suggestibilität und eine Empfänglichkeit für Hypnose zu erfassen. Dass sich die Skala als Instrument zur Messung der Suggestibilität bzw. Hypnotisierbarkeit eignet und auch sinnvoll ist, wurde von Peter und Piesbergen (2005) belegt. In der vorliegenden Studie wurde dafür die HGSHS:A in der validierten deutschen Version (s. Anlage) eingesetzt (Bongartz, 1985), welcher gute psychometrische Eigenschaft zugeschrieben werden und eine Reliabilität von  $\alpha = .59$  aufweist (Piesbergen und Peter, 2005). Der Versuchsaufbau sah eine

Einzeltestung mit der einstündigen standardisierten Audiodatei der deutschen Version vor. Die Aufnahme beginnt nach allgemeinen Informationen über die Hypnose mit der Induktion der Hypnose, worauf 12 unterschiedliche Suggestionen mit einer maximalen Länge von 18:55 Minuten mit unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad folgen. Die Items umfassen ‚Kopf fallen lassen‘, ‚Lidschluss‘, ‚Sinken der linken Hand‘, ‚Unbeweglichkeit des rechten Arms‘, ‚Fingerschluss‘, ‚Armrigidität‘, ‚Bewegung der Hände zueinander‘, ‚Kommunikationsinhibition‘, ‚Halluzination‘, ‚Augenkatalepsie‘, ‚Posthypnotische Suggestion‘ und ‚Amnesie‘. Eine genaue Beschreibung der Items sowie des Fragebogens ist dem Anhang zu entnehmen.

Nach Ablauf der Audiodatei erhielten die Personen einen Fragebogen, in dem sie einerseits angeben sollten, ob sie der Suggestion folgen konnten (ja/nein) und andererseits die Trancetiefe bezüglich der ersten 12 Items auf einer Skala von 1 bis 10 und sechs darauffolgende auf einer Skala von 1 bis 7 einstufen sollten. Dabei stellen die Items 13-18 allgemeinere Aussagen zum hypnotischen Zustand dar, welche von 1 („stimme nicht zu“) bis 7 („stimme zu“) reichen.

Der Summenwert der als wirksam (ja/nein) bewerteten Suggestionen wurde als metrisch skalierte Variable in die Analyse einbezogen.

### **Behavioral Activation for Depression Scale – BADS**

Die BADS (Kanter et al., 2007) erfasst die Verhaltensaktivierung. Aufgrund seiner guten psychometrischen Eigenschaften wird die BADS in diversen Studien für den Grad der Verhaltensaktivierung bei Verhaltenstherapie eingesetzt. Sie beinhaltet in der finalen Fassung 25 Items in vier Rubriken. Dabei umfasst die Rubrik ‚Aktivierung‘ sieben Items, die Rubrik ‚Vermeidung‘/ ‚Rumination‘ acht Items und die Rubriken ‚Beeinträchtigung im Bereich Schule und Arbeit‘ und ‚Soziale Beeinträchtigung‘ jeweils fünf Items. Die Items bestehen jeweils aus einer rubrikspezifischen Aussage, welche anhand einer Skala bewertet wird. Zur Bewertung stehen die sieben Kriterien von 0 (trifft überhaupt nicht zu) bis 6 (trifft vollkommen zu) zur Verfügung. Beurteilt wird jeweils der Zeitraum der letzten Woche. Die Probanden und Probandinnen erhielten die deutsche Version der BADS (s. Anhang). Die verschiedenen Aussagen des Fragebogens sind nicht nach den Rubriken geordnet, sondern in einer spezifischen, vorgegebenen Reihenfolge vorliegend. Bei der Auswertung ist zu beachten, dass alle Items außer derer, die die Aktivierung betreffen,

umgekehrt gewertet werden müssen. Zur Errechnung des gesamten Summenwertes müssen die Werte umkodiert werden. Ein hoher Punktwert in der Subskala der ‚Aktivierung‘ und gesamten Skala spiegelt eine erhöhte Aktivierung wider, während ein hoher Punktwert im Bereich der ‚Beeinträchtigung im Bereich Schule und Arbeit‘ eine erhöhte Beeinträchtigung bedeutet. Nach Umkodierung ist ein maximaler Wert von 150 Punkten möglich, wobei in der Rubrik ‚Aktivierung‘ maximal 42 Punkte, in der Rubrik ‚Vermeidung‘/ ‚Rumination‘ 48 Punkte und in den Rubriken ‚Beeinträchtigung im Bereich Schule und Arbeit‘ und ‚Soziale Beeinträchtigung‘ jeweils 30 Punkte möglich sind. Die BADS hat sich in mehreren Studien als gutes psychometrisches Instrument erwiesen und wies eine hohe interne Konsistenz mit einem Cronbach’s alpha von  $\alpha = 0.86$  auf (Fuhr et al. 2016, Kanter et al. 2007).

### **World Health Organization Disability Assessment Scale - WHODAS**

Anhand der Messinstrumente für die Depressivität lassen sich zwar die Symptome bestimmen und bewerten, jedoch ist es im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung auch sinnvoll noch weitere Messinstrumente zu etablieren, um Einschränkungen auf weiteren Ebenen zu erfassen. So kann in Bezug auf die Einschränkung durch die Depression zum Beispiel der Fragebogen WHODAS 2.0 (WHO, 2012) verwendet werden, welcher das globale Funktionsniveau unabhängig von der vorliegenden Erkrankung misst.

Im Fragebogen WHODAS (WHO, 2012) wird das globale Funktionsniveau der letzten 30 Tage abgefragt, welches dadurch charakterisiert ist, inwiefern aufgrund von Gesundheitsproblemen Schwierigkeiten in Bezug auf alltägliche Aufgaben, soziale Kontakte etc. bestehen. Er besteht aus 12 Items, die jeweils auf einer Skala mit 5 Ausprägungen von 0 (keine) bis 4 (sehr starke/nicht möglich) bewertet werden können. Der Fragebogen bezieht sich dabei nicht explizit auf eine depressive Symptomatik, sondern wird bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen zur Bestimmung des Funktionsniveaus angewendet. Der maximal erzielbare Summenwert beträgt 48 und würde sehr starke Einschränkungen durch eine Erkrankung bedeuten. In der Studie wurde die Short Form mit 12 Items verwendet, welche über 90 % der Personen mit milden Einschränkungen identifiziert und eine hohe interne Konsistenz (Cronbach’s alpha  $\alpha = 0.86$ ) besitzt (Üstün et al., 2010). Der Summenwert der WHODAS floss als Summenwert

(metrische Variable) in die Analyse ein, wobei ein geringerer Wert für ein höheres globales Funktionsniveau spricht.

### **World Health Organization Quality of Life - WHOQOL**

Der Fragebogen WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life, The WHOQOL Group, 1998) misst die Lebensqualität nach subjektiver Einschätzung der Personen in vier verschiedenen Domänen, die die Bereiche psychische und physische Gesundheit sowie soziale Beziehungen und Umwelt abdecken. Der Fragebogen umfasst 26 Items und wurde von der WHO im Jahr 1998 entwickelt. Er stellt die Kurzfassung des WHOQOL-100 dar. Die interne Reliabilität liegt für die Subskalen zwischen  $\alpha = .66$  und  $\alpha = .84$  (Harper et al., 1998). Die Items können auf einer Skala von 1 (z. B. „überhaupt nicht“, „sehr unzufrieden“) bis 5 (z.B. „völlig“, sehr zufrieden“) bewertet werden.

In den einzelnen Domänen werden vielseitige Aspekte eruiert, um ein komplexes Gesamtbild der Wahrnehmung der Person von sich selbst in seiner Umwelt zu erlangen. Im Bereich der physischen Gesundheit steht im Vordergrund herauszufinden, inwiefern die Person körperliche Einschränkungen erfährt. Aspekte, die hierbei unter anderem eine Rolle spielen, sind: Schmerz/Unwohlsein, Schlaf/Erholung, Energie/Fatigue, Mobilität, alltägliche Aktivitäten, Abhängigkeit von Medikamenten oder medizinische Unterstützung, Arbeitsvermögen. Die Domäne „Psychische Gesundheit“ beinhaltet die Unterpunkte: positive Gefühle, Denken/Lernen/Gedächtnis und Konzentration, Selbstwertgefühl, Körperbild/Aussehen, negative Gefühle und Spiritualität/Religion und persönliche Überzeugungen. In diesem Bereich lassen sich Erwartungen und Sorgen einordnen, die für die Lebensqualität wichtig sind. Außerdem gibt es noch zwei weitere Domänen: „soziale Beziehungen“ und „Umwelt“. In der Rubrik der sozialen Beziehungen kann die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung, dem Sexualleben und den persönlichen Beziehungen bewertet werden. Zuletzt folgen Fragen zur Umwelt. Hier werden die Bereiche finanzielle Ressourcen, Freiheit und Sicherheit, Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitspflege, häusliche Umgebung, Möglichkeiten neue Informationen zu erhalten und Fähigkeiten zu erwerben, Transportsysteme, physische Umwelt und Angebote und Teilnahme an Erholungs- und Freizeitaktivitäten abgefragt. In den vier Domänen lässt sich jeweils ein Punktwert von 100 erzielen, welcher für eine optimale Gesundheit spricht. 0 wäre der schlechtmöglichste Gesundheitszustand.

Wie eine Studie aus Brasilien zeigt, korrelieren die Schwere der Episode (erfasst mittels BDI – Beck Depressions Inventar) und die Höhe des Summenwerts des WHOQOL negativ (Berlim et al., 2005). Das bedeutet, dass bei höherem Summenwert des WHOQOL, gleichbedeutend mit einer höheren Lebensqualität, ein niedrigerer Wert im BDI besteht, welcher für eine geringere Schwere der Episode steht.

### **Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung - SWE**

Der Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung wurde von Schwarzer und Jerusalem (1999) entwickelt. Der Fragebogen besteht aus zehn Aussagen, welche auf einer Skala von 1 (stimmt nicht) bis 4 (stimmt genau) bewertet werden können und auf die allgemeine Selbstwirksamkeitsüberzeugung abzielen. Dabei wird von der Person selbst beurteilt, inwieweit sie das Vertrauen in sich hat, eine schwierige Situation zu meistern. Gemessen werden soll die Überzeugung, neue Herausforderungen allein bewältigen zu können (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Der Summenwert der Skala fließt als metrische Variable ein, wobei 10 das niedrigste Ergebnis und 40 das höchstmögliche Ergebnis des Fragebogens ist. Ein niedrigerer Wert kennzeichnet hier also eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung, welche sich ungünstig auf den Therapieerfolg auswirken könnte. Andererseits könnte eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung die Response positiv beeinflussen. Die internen Konsistenzen der Skala betragen durchschnittlich  $\alpha = .78$  und  $.79$  in deutschen Stichproben (Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Zur Orientierung und Einordnung des Summenwertes in einen Kontext: An einer bevölkerungsrepräsentativen Studie von 2001 zur Selbstwirksamkeitserwartung nahmen 2019 Personen teil, die keine psychischen Erkrankungen aufwiesen. Hier ergab sich ein Mittelwert von 29,4 mit einer Standardabweichung von 5,4 (Hinz et al., 2006).

### **Therapieerwartung**

Die Teilnehmenden konnten angeben, ob sie eine Therapieform bevorzugen würden oder ob sie keine Präferenz haben, auch wenn die Zuteilung zufällig erfolgte und die Präferenz keinen Einfluss auf den Prozess hatte. Zusätzlich erhielten die Probandinnen und Probanden jeweils eine Skala von 0 % (nicht wirksam) bis 100 % (höchstwirksam) zur subjektiven Einschätzung der Wirksamkeit der Hypnotherapeutischen Depressionstherapie und der Aktivierenden Kognitionsfokussierten Depressionstherapie.

In der Analyse wurden ausschließlich die Wirksamkeitserwartung für die Therapieformen in Prozent und die Präferenz für ein Therapieverfahren berücksichtigt.

## **2.2. Methoden zur Beurteilung des Therapieansprechens, Outcome**

Da der MADRS vor Beginn und nach Abschluss der Therapie erhoben wurde, handelt es sich um ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Therapieerfolgs. In der vorliegenden Arbeit wurde sich dazu entschieden, den Summenwert zum Zeitpunkt  $t_2$  als metrische Variable zur Bewertung der posttherapeutischen Ausprägung der Symptome zu verwenden. Dabei spricht ein niedrigerer Wert für eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und somit für einen Therapieerfolg. Bei fehlenden  $t_2$ -Werten des MADRS wurde der Wert über eine ITT-Analyse (Intention-to-treat-Analyse) und multiple Imputationen geschätzt. Es wurden automatisch 5 Imputationen von SPSS generiert und ein Mittelwert erstellt, welcher die fehlenden  $t_2$ -Werte ersetzte.

## **2.3. Erhobene Variablen**

### **2.3.1. Soziodemografische Variablen**

Zum Zeitpunkt  $t_0$  wurde ein soziodemografischer Fragebogen ausgefüllt. In das Korrelationsmodell wurden die Variablen Alter (metrisch) und Geschlecht (dichotom, weiblich=0, männlich=1) aufgenommen. Der Familienstand wurde auch mit in die Analyse aufgenommen, wobei unterschieden wurde in 0 = ledig, ohne Partner, verheiratet und getrennt lebend, geschieden, verwitwet und 1 = ledig mit Partner, verheiratet und zusammenlebend. Die Variablen wurden vereinfacht unter der Annahme, dass es nur eine untergeordnete Rolle spielt, welchen Beziehungsstatus eine Partnerschaft hat. Als weitere Variable wurde das Beschäftigungsverhältnis ausgewählt, welches ebenfalls vereinfacht wurde, unter der Annahme, dass die Tätigkeit selbst nicht entscheidend ist, sondern der strukturierte Tagesablauf und regelmäßige Verpflichtungen eine Rolle spielen. Dementsprechend entsteht eine dichotome Variable, mit der Ausprägung arbeitslos/arbeitssuchend/berentet = 0, arbeitend/studierend = 1. Auch die Schulbildung wurde als Variable berücksichtigt. Es handelt sich um eine metrisch skalierte Variable (0 = kein Schulabschluss, 1 =Hauptschulabschluss, 2 = Realschulabschluss, 3 = Fachhochschulreife, 4 = Allgemeine Hochschulreife). Weitere erhobene Parameter des

soziodemografischen Fragebogens werden unter den störungsbezogenen Parametern gelistet.

### **2.3.2. Störungsbezogene Variablen**

Zum Messzeitpunkt  $t_0$  im soziodemografischen Fragebogen wurde ebenfalls die Familienanamnese abgefragt. Analog den Gepflogenheiten in der Literatur wurde entschieden, dass die Familienanamnese bei psychischer Erkrankung bei einem Familienmitglied mit einem Verwandtschaftsgrad ersten Grades als positiv gewertet wird (Familienanamnese positiv = 1, Familienanamnese negativ = 0). Zusätzlich wurde auch eine Einnahme von Psychopharmaka berücksichtigt (Antidepressive Medikamenteneinnahme (ADM) nein = 0, ADM ja = 1). Daneben wurde in der Analyse die Schwere der aktuellen Episode als metrische Variable des Summenwertes im MADRS aufgenommen sowie die Anzahl der vorangegangenen Episoden. Komorbiditäten, wie eine zusätzlich bestehende Ängstlichkeit, wurden als dichotome Variable kodiert (Komorbiditäten = 1, keine Komorbiditäten = 0). In der vorliegenden Studie wurde unterschieden zwischen Angststörungen, Essstörungen, somatoformen Störungen, Anpassungsstörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. Aufgrund der Stichprobengröße wurde jedoch nur eine dichotome Variable eingeführt, die das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität mit ja/nein charakterisiert und damit eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Komorbiditäten und dem Outcome ermöglicht.

### **2.3.3. Weitere Variablen**

Es handelt sich hierbei um die Variablen, die in den unterschiedlichen, im Abschnitt zuvor beschriebenen Fragebögen erhoben wurden: Suggestibilität, Verhaltensaktivierung (vier Subskalen und gesamt), Lebensqualität (vier Domänen), globales Funktionsniveau, Selbstwirksamkeitserwartung, Therapieerwartung und Präferenz. Im Falle der Verhaltensaktivierung, erfasst durch den BADS, flossen die vier Subskalen je einzeln und der Gesamtwert in die Analyse ein. Bei der Lebensqualität, erfasst mit WHOQOL, wurden vier Domänen unterschieden und einzeln als metrische Variablen berücksichtigt. Die Präferenz für eine Therapieform floss in Form der Übereinstimmung zwischen Präferenz und Therapiebedingung in die Analyse ein (Übereinstimmung zwischen Präferenz und Therapiebedingung = 1, keine Übereinstimmung = 0). Die Wirksamkeitserwartung für die Therapie, die letztendlich erhalten wurde, wurde als

metrische Variable aufgenommen.

## **2.4. Statistische Analyse**

Für die statistische Analyse wurde das Programm IBM SPSS Version 27 für Windows und das Plug-In Process v3.5 von Andrew F. Hayes verwendet (Hayes, A.F., 2018). Bei einem Signifikanzniveau von  $p < .05$  wurde die  $H_0$ -Hypothese verworfen. Im Folgenden wird das genaue Vorgehen zur statistischen Analyse der Daten erläutert.

Die Variablen lassen sich nach der zuvor genannten Definition von Kraemer et al. (Kraemer et al., 2002) in Prädiktoren und Moderatoren unterscheiden.

Nach der Literaturrecherche wurden die oben beschriebenen Variablen, die als Prädiktoren und Moderatoren in Frage kommen, ausgewählt. Für die ausgewählten Variablen wurden der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet.

Neben der deskriptiven Analyse wurde darüber hinaus noch ein  $t$ -Test für die intervallskalierten Variablen und ein Chi-Quadrat-Test für die nominalskalierten Variablen durchgeführt. Hiermit sollte die Verteilung der Mittelwerte der Gruppen untereinander geprüft werden und sichergestellt werden, dass das Ergebnis der Regressionsanalyse nicht auf Grundlage einer Ungleichverteilung der Mittelwerte zum Zeitpunkt der Baseline beruhte.

### **2.4.1. Bivariate Korrelationen**

Die abhängige Variable ist der Therapieerfolg, welcher die Symptomverbesserung darstellt, die durch den Summenwert der MADRS als metrische Variable berücksichtigt wird. Bei fehlenden  $t_2$ -Werten des MADRS wurde der Wert über eine ITT-Analyse (Intention-to-treat-Analyse) und multiple Imputationen geschätzt. Bei fehlenden Werten wurde überprüft, ob innerhalb der Fragebögen nur einzelne Wert fehlte. Traf dies zu, wurde dieser durch den Median der übrigen Werte geschätzt und ersetzt. Fehlten mehr als 20 % der Werte des Fragebogens, wurden diese Teilnehmenden in der Analyse nicht berücksichtigt und die Stichprobe verkleinerte sich dementsprechend. Der Zusammenhang zwischen vor Beginn der Therapie ermittelten Variablen und dem Outcome wurde mittels einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson getestet. Um einen potenziellen Zusammenhang zwischen metrischen und dichotomen Variablen festzustellen, wurde eine punktbiseriale Korrelation durchgeführt.



Zur Auswahl der Variablen wurden drei unterschiedliche Korrelationsmodelle aufgestellt. Im ersten Modell wird die Analyse ungeachtet der Therapieform an der gesamten Stichprobe durchgeführt. Das zweite und dritte Modell berücksichtigt jeweils nur die Personen, die eine AKDT (Gruppe 2) oder eine HDT (Gruppe 1) erhalten haben. So können mit dem ersten Modell die allgemeinen Variablen für einen Therapieerfolg unabhängig von der Form der Therapie bestimmt werden und mit den zwei weiteren Modellen jeweils Variablen der einzelnen Therapieformen hervorgehoben werden.

Variablen, die eine signifikante Korrelation ( $p < .05$ ) mit dem Therapieerfolg aufwiesen, wurden in die Regressionsmodelle aufgenommen. Variablen, die eine signifikante Korrelation innerhalb der Stichprobe einer der beiden Therapieformen zeigten, wurden zusätzlich in eine Moderationsanalyse aufgenommen, um festzustellen, ob es einen zusätzlich erklärenden Effekt bei Interaktion von der Therapie und der Variablen gibt.

#### **2.4.2. Regressions- und Moderationsanalyse**

##### **Testung der Voraussetzungen der Regressionsanalyse**

Vor Durchführung dieser Analyse wurden die Voraussetzungen (Normalverteilung, keine Multikollinearität, Linearität, Homoskedastizität) geprüft. Dies wurde mithilfe von Histogrammen der standardisierten Residualwerte und im Streudiagramm die Verteilungen der Residuen über die standardisierten Kriteriumsvariablen geprüft. Bei der Prüfung der Multikollinearität mittels Korrelationsmatrix wurde ab einer Korrelation von  $r = 0,7$  der unabhängigen Variablen, aufgrund der Annahme, dass die Variablen dasselbe aussagen, eine Variable gestrichen. In die Analyse floss die Variable mit dem höheren Korrelationswert ein.

##### **Regressionsanalyse**

Es wurde bei der multiplen Regression jeweils ein hierarchisches und schrittweises Vorgehen gewählt. Es wurden zwei Modelle je Stichprobe (gesamt, AKDT und HDT) erstellt. Zur statistischen Kontrolle wurde der MADRS *t1* jeweils als erste Vorhersagevariable ausgewählt, da anzunehmen ist, dass die initiale Schwere der Episode bei Beginn der Therapie einen generellen Effekt auf den Therapieerfolg hat. Dementsprechend wurde im ersten Block die Ausgangsdepressivität aufgenommen und im zweiten Block die Variablen eingegeben, die sich innerhalb der Korrelationsanalyse

als signifikant erwiesen haben. Hier wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, womit die Variablen nacheinander nach ihrem Erklärungsbeitrag ausgewählt und auch wieder entfernt werden, wenn ihr Erklärungsbeitrag im Laufe der Analyse von anderen Variablen übernommen wird (Andy Field, 2005).

Zusätzlich wurde ein schrittweises Modell ohne die Ausgangsdepressivität im ersten Block erstellt, um einen statistischen Vergleich zwischen den beiden Modellen zu ermöglichen, welcher Rückschlüsse auf den Erklärungsbeitrag der Schwere der aktuellen Episode auf die Höhe des Therapieerfolges zulässt.

Das Signifikanzniveau der *t*-Tests beträgt auch hier  $p < .05$ .

### Moderationsanalyse

In die Moderationsanalyse wurden Variablen aufgenommen, die in den Korrelationsmodellen eine signifikante Korrelation mit dem Outcome einer der beiden Stichproben der Therapieformen zeigten. Durchgeführt wurde die Moderationsanalyse mit SPSS und Process von Andrew F. Hayes (Hayes, A. F., 2018). Getestet wurde hierbei, ob der Zusammenhang zwischen einer unabhängigen Variablen und der abhängigen Variable, definiert als Therapieerfolg durch den MADRS *t2*, von der Ausprägung einer weiteren unabhängigen Variablen, dem Moderator, abhängt.

**Abbildung 2: vereinfachte Darstellung einer Moderation**

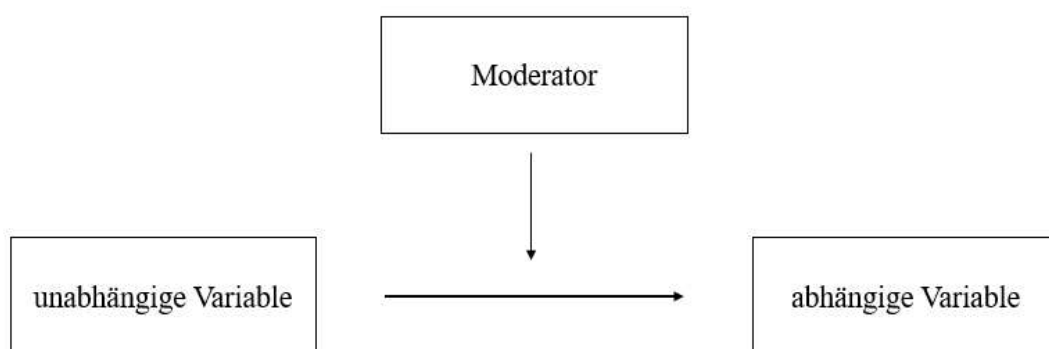


Abbildung 2: angelehnt an Hayes, F. (2018) Moderationseffekt, Wirkung des Moderators auf Beziehung zwischen unabhängiger Variablen und abhängiger Variablen

**Abbildung 3: vereinfachte Darstellung des Moderationseffekt**

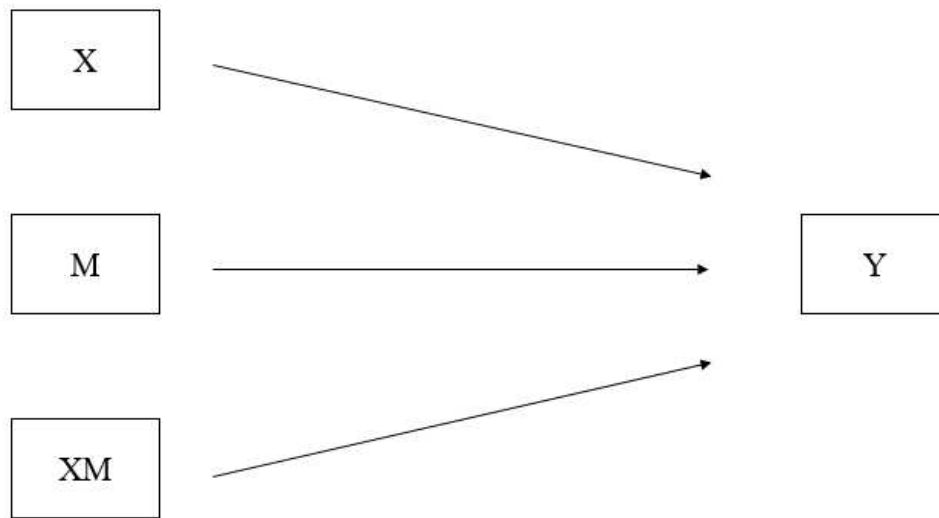


Abbildung 3: Angelehnt an Baron und Kenny (1986): X = unabhängige Variable/Prädiktor, M = Moderator, XM = Produktvariable der Interaktion von Moderator und Prädiktor, Y = abhängige Variable (Outcome)

Die Moderationsanalysen wurden mit Process von Hayes (2018) durchgeführt. Hier werden lineare Regressionen nach der Methode der kleinsten Quadrate verwendet, um unstandardisierte Koeffizienten zu ermitteln. Die Moderationsanalyse in Process wird mit dem Modell 1, einer Moderation im Sinne eines konzeptionellen Pfaddiagramms (Abbildung 3), durchgeführt. Hier wird überprüft, ob sich der Einfluss der Variable X je nach Ausprägung des Moderators M auf die Variable Y verändert. Die X-Variable (UV) ist die Gruppe, M (Moderator) ist die jeweilige Variable, die in der Analyse überprüft werden soll und die Y-Variable (AV) ist das Outcome (MADRS  $t_2$ ). In der Abbildung 3 ist der Moderationseffekt von den unabhängigen Variablen und dem Produktterm (XM) mit der abhängigen Variablen dargestellt (Baron & Kenny, 1986).

Zeigt eine Interaktionsvariable bzw. das Produkt der beiden Variablen X und M einen signifikanten T-test von  $p < .05$ , wird von einem Moderationseffekt dieser Variable ausgegangen.

### **3. Ergebnisse**

#### **3.1. Charakteristika der Stichprobe**

##### **3.1.1. Stichprobe**

Zum Zeitpunkt der Baseline-Diagnostik haben 153 Probanden an der WIKI-D-Studie teilgenommen, jedoch schied eine Person vor Behandlungsbeginn aus und bat um Löschung ihrer Daten. 18 Personen sind während der Therapie ausgeschieden oder hatten zum Zeitpunkt  $t_2$  keinen MADRS, 134 Personen haben die Therapie beendet und ein Summenwert der MADRS wurde zum Messzeitpunkt  $t_2$  ermittelt. Bei Beginn der Studie befanden sich 74 Probanden und Probandinnen in der Gruppe 1 und 67 Probandinnen und Probanden befanden sich zum Zeitpunkt  $t_2$  in der Gruppe 1 (HDT), was bedeutet, dass 7 Personen die therapeutische Behandlung in Gruppe 1 nicht beendet haben. In der Gruppe 2 (AKDT) haben 78 Personen die Therapie begonnen, 67 Personen haben die Therapie abgeschlossen, 11 Probanden und Probandinnen sind im Verlauf ausgeschieden.

##### **3.1.2. Soziodemografische Charakteristika**

Die 152 Personen waren im Durchschnitt 39,45 ( $SD \pm 14,55$ ) Jahre alt. Davon waren 100 Personen (68,5 %) weiblich und 52 männlich (31,5 %). 53,3 % der Teilnehmenden befanden sich in einer Partnerschaft. 82,9 % der Stichprobe gingen einer regelmäßigen Beschäftigung durch Arbeit, Ausbildung o.ä. nach. 104 Personen haben als höchsten Schulabschluss die allgemeine Hochschulreife/Abitur angegeben, dies entspricht mit 68,4 % dem am häufigsten absolvierten Abschluss in der Studie.

Zwischen den Gruppe 1 und 2 ergeben sich nur leichte Unterschiede zum Beispiel bezüglich des durchschnittlichen Alters (vgl. Tabelle 1). Hinsichtlich des Geschlechts weisen beide Gruppen einen ähnlich hohen Anteil an Teilnehmerinnen auf (HDT 66,2 %, AKDT 65,4 %). Die Variablen Partnerschaft und Erwerbstätigkeit sind ebenfalls weitgehend ausgeglichen mit leichten Abweichungen (vgl. Tabelle 1). In der Verteilung nach Schulabschluss lassen sich ebenfalls leichte Unterschiede der Anteile in den Gruppen ausmachen.

**Tabelle 1: Soziodemografische Variablen**

<i>Variablen</i>	Gesamt ( <i>N</i> = 152)		HDT ( <i>n</i> = 74)		AKDT ( <i>n</i> = 78)		Mittelwert- vergleich HDT/AKDT	
	<i>N</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>t</i> (1)/ $\chi^2$ (1)	<i>p</i>
Alter	152	39,45 (14,55)	74	41,45 (14,43)	78	37,55 (14,50)	1.66	.099
Geschlecht	152						0.01	.914
- weiblich		100 (68,5%)	74	49 (66,2%)	78	51 (65,4%)		
Partnerschaft	151	81 (53,3%)	74	40 (54,1%)	77	41 (52,6%)	0.01	.921
- ledig (mit/ohne Partner)		91 (59,9%)		41 (55,4%)		50 (64,1%)		
verheiratet		48 (31,6%)		26 (35,1%)		22 (28,2%)		
geschieden		11 (7,2%)		6 (8,1%)		5 (6,4%)		
verwitwet		1 (0,7%)		1 (1,4%)		-		
Schulabschluss	152		74		78		-1.33	.186
- allg. Hochschulreife/Abitur		104 (68,4%)		45 (60,8%)		59 (75,6%)		
- Realschulabschluss		28 (18,04%)		17(23,0%)		11 (14,1%)		
- Hauptschulabschluss		10 (6,6%)		5 (6,8%)		5 (6,4%)		
- Fachhochschulreife		9 (5,9%)		6 (8,1%)		3 (3,8%)		
Erwerbstätigkeit/ Studium	149	126 (82,9%)	72	60 (81,1%)	77	66 (84,6%)	0.16	.688

HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitive Depressionstherapie

### 3.1.3. Störungsbezogene Charakteristika

Die Probanden und Probandinnen wiesen im Mittel 2,89 (*SD* +/- 2,05) vorangegangene Episoden auf, wobei dieser Wert in der Gruppe der AKDT bei 3,07 und bei den Personen, die eine Hypnotherapie erhielten, bei 2,71 Episoden lag. 105 der Teilnehmenden hatten sich zuvor schon einmal einer psychotherapeutischen Behandlung unterzogen, welche bei 38 Personen stationär stattfand. Der Median der zuletzt durchgeführten Therapie lag bei 2013, wobei es auch einzelne Probanden und Probandinnen gab, die schon vor dem Jahr 2000 in psychotherapeutischer Behandlung gewesen waren.

Die Familienanamnese wurde wie zuvor beschrieben positiv bewertet bei Vorliegen einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung in der Krankengeschichte eines Familienmitglieds ersten Grades. Dementsprechend haben 28 Personen eine positive Familienanamnese (18,4 %), die gleichmäßig auf die Gruppen der HDT und AKDT verteilt waren. 68 Personen wiesen Komorbiditäten auf, wobei man hier unterscheiden konnte zwischen aktuellen und auf die Lebensspanne betrachteten Komorbiditäten. An Komorbiditäten wurde in dieser Studie eine zusätzliche Angststörung, Entwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, sowie Essstörungen und ehemalige/r Substanzmissbrauch/-abhängigkeit unterschieden. Auch eine Dysthymie ließ sich abgrenzen (vgl. Tabelle 2). In der vorliegenden Arbeit wurden innerhalb der Korrelations- und Regressionsanalysen nur aktuelle Komorbiditäten berücksichtigt.

#### Charakterisierung der aktuellen Episode

Zu Beginn der Therapie lag ein durchschnittlicher Summenwert der MADRS von 21,09 (*SD* +/- 5,48) vor, welcher für eine mittelschwere Depression spricht. Die durchschnittliche, initiale Schwere der Depression in Gruppe 1 lag etwas höher als in der Gruppe 2 (HDT 21,8, AKDT 20,42).

Die durchschnittliche Dauer der Episode betrug in der gesamten Stichprobe 26,19 (*SD* +/- 20,77) Wochen. Die maximale Dauer der aktuellen Episode war dabei 101 und die geringste Dauer 3 Wochen. In der Gruppe 1 ist die Dauer der Episode im Mittel vier Wochen länger als in der Gruppe 2. Aktuell wiesen 41 Personen eine Komorbidität auf, dies betraf 23 Personen in der Gruppe der HDT und 18 in der Gruppe der AKDT.

Insgesamt 36,2 % der Probandinnen und Probanden nahmen zu Beginn der Studie Psychopharmaka ein. 25 dieser Personen waren in Gruppe 2 und 30 davon in Gruppe 1.

Die am häufigsten eingenommenen Medikamente waren dabei Mirtazapin, Citalopram, Escitalopram sowie Sertralin und Johanniskrautpräparate. 19 Teilnehmende nahmen zusätzlich zum ersten Medikament noch ein zweites und 9 Personen noch ein drittes Medikament ein. Vier Personen haben die ADM im Verlauf der Therapie gestoppt und sechs haben die Therapie nicht beendet.

#### **3.1.4. MADRS am Therapieende**

Der MADRS, der zum Zeitpunkt  $t1$  und  $t2$  nach Ablauf der Therapie erhoben wurde, ist die Outcome-Variable.

Vor Beginn der Therapie lag der Wert der MADRS durchschnittlich bei 21,09, welcher für eine mittelgradige Depression spricht. Dabei lag der tiefste Werte bei 6, der höchste Wert bei 34 und die Standardabweichung betrug 5,48.

Im Mittel sank der Wert der MADRS um 8,3 Punkte auf einen Durchschnittswert von 12,79 ( $SD \pm 8,88$ ). In der Gruppe der HDT und der AKDT unterschied sich der Wert nur bezüglich seiner Standardabweichung (HDT 9,398, AKDT 8,43).

**Tabelle 2: Störungsbezogene Variablen *tI***

<i>Variablen</i>	Gesamt ( <i>n</i> = 152)		ADKT ( <i>n</i> = 78)		HDT ( <i>n</i> = 74)		Mittelwert- vergleich HDT/AKDT	
	<i>N</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> /%)	<i>t</i> (1)/ $\chi^2$ (1)	<i>p</i>
Familienanamnese	151		74		77			
- positiv		28 (18,5)		14 (18,9)		14 (17,9)	0.01	.907
MADRS <i>tI</i>	152	21,09	74	21,80 (5,33)	78	20,42 (5,57)	1.55	.122
Anzahl bisheriger Episoden	138	2,89	74	2,71 (1,18)	69	3,07 (2,65)	-1.04	.302
Dauer der aktuellen Episode (in Wochen)	148	26,19	71	28,44 (22,21)	77	24,12 (19,26)	1.27	.207
Vorangegangene Psychotherapie	152	105 (69,08)	74	57 (77,03)	78	48 (61,54)		
- stationär		38 (25)		20 (27,03)		18 (23,08)		
- ambulant		67 (44,08)		37 (50)		30 (38,46)		
Komorbiditäten	152	-	74	-	78	-		
- vorhanden		68 (44,7)		36 (48,6)		32	1.70	.427
- aktuell		40 (26,3)		22 (31,1)		18 (23,1)		
- Dysthymie		17 (11,2)		7 (8,1)		10 (12,8)		
- Angststörung		18 (11,8)		11 (16,2)		7 (9,0)		
- Persönlichkeitsstörung		5 (3,3)		4 (5,4)		1 (1,3)		
- lifetime		28 (18,4%)		14 (10,36)		14 (10,92)		
ADM	152	55 (36,2%)	78	25 (32,1)	74	30 (40,5)	1.19	.276
<b>Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer</b>								
Flucoxamin		1		-		1		
Fluoxetin		3		2		1		
Sertralin		7		3		4		
Citalopram		7		1		6		
Escitalopram		5		4		1		



<b>Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer</b>						
Venlafaxin	8		5		3	
Duloxetin	1		1		1	
<b>Trizyklische Antidepressiva</b>						
Doxepin	2		2		-	
Trimipramin	1		1		-	
Nortrilen	1		1		-	
<b>Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva</b>						
Mirtazapin	9		4		5	
<b>Bupropion (Elontril)</b>	4		1		3	
<b>Johanniskrautpräparate</b>	6		-		6	
MADRS <i>t2</i>	152	12,79	74	12,79 (9,39)	78	12,79 (8,43)

ADM = Antidepressivamedikation, MADRS = Montgomery-Åsperg Depression Rating Scale, HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitive Depressionstherapie

### 3.1.5. Weitere Charakteristika

Die Lebensqualität, erfasst durch den WHOQOLbref, wies in der Domäne 2 im Mittel mit 38,59 (*SD* +/- 12,47) Punkten den geringsten Wert auf. Durchschnittlich wurden in Domäne 4 die höchsten Werte mit 70,14 (*SD* +/- 14,08) Punkten verzeichnet. Der maximal erreichbare Wert von 100 entspricht einer optimalen Lebensqualität. Die psychische Gesundheit (Domäne 2) scheint mit 38,6 Punkten beeinträchtigt zu sein. Der niedrigste Wert liegt bei 6,25 und der höchste bei 68,75, was bedeutet, dass keine Person einen optimalen psychischen Gesundheitszustand im Selbsturteil angab. Zwischen den Gruppen ergaben sich kaum Unterschiede bezüglich der Mittelwerte der Lebensqualität (vgl. Tabelle 3).

Im SWE erzielten Teilnehmenden durchschnittlich einen Punktwert von 22,79, wodurch

man auf eine Selbstwirksamkeitserwartung im mittleren Drittel schließen kann. Der maximal erreichte Summenwert von 40 entspricht dem Höchstwert, der in dem Fragebogen erzielt werden kann. Die untere Grenze des Fragebogens ist auf 10 festgelegt, was auch dem niedrigsten Summenwert entspricht. In der Gruppe 1 (HDT) wurde durchschnittlich ein Wert von 22,99 erreicht, wobei die Werte um 5,06 im Mittel abweichen. Die durchschnittlichen Werte lagen geringfügig niedriger in Gruppe 2 (vgl. Tabelle 3).

Im BADS ‚gesamt‘ kamen die 148 Teilnehmenden, bei denen vollständig bearbeitete Fragebögen vorlagen, auf einen Mittelwert von 71,28 (*SD* +/- 17,61). Dieser Wert lag weit unter dem maximal möglichen Wert von 150. Er deutet darauf hin, dass ein Großteil der Personen Einschränkungen in ihrer Verhaltensaktivierung aufwies. Der niedrigste erhobene Wert betrug 33 Punkte und der höchste Wert 114. Hier unterschieden sich die Gruppen in der Hinsicht, dass der Mittelwert der Gruppe 1 etwas höher bei 73,06, während der durchschnittliche Wert der Gruppe 2 bei 69,64 lag (vgl. Tabelle 3).

Zusätzlich können auch die einzelnen Teilgebiete betrachtet werden, um weitere Aussagen über die Charakteristika der Stichprobe zu treffen. Die durchschnittlichen Werte der Subskalen liegen unter dem Niveau von psychisch gesunden Personen. In der Subskala zur Aktivierung zum Beispiel lag ein Wert von 16,4 bei einem maximal möglichen Punktwert von 42 vor. Der Durchschnitt der Stichprobe schien dementsprechend Schwierigkeiten mit dem Umgang mit mühsamen Aufgaben und der eigenen Aktivität zu haben. Auch die Rumination und Vermeidungsstrategien werden in der zweiten Subskala berücksichtigt. Hier lag der Wert mit 23,95 im Durchschnitt deutlich unter dem maximal möglichen Summenwert von 48. Bei der Beeinträchtigung des Soziallebens lag der Mittelwert 12,86 (*SD* +/- 6,23) in der unteren Hälfte im Vergleich zum Höchstwert. Der Mittelwert der Beeinträchtigung des Arbeitsumfeldes betrug 16,01 (*SD* +/- 6,10).

Darüber hinaus wurde auch die Suggestibilität der Probandinnen und Probanden mittels HGSHS:A getestet. Dabei wurde für die gesamte Anzahl der Teilnehmenden ein durchschnittlicher Wert von 5,97 (*SD* +/- 2,39) festgestellt. Dies sprach dafür, dass die Teilnehmenden sich im mittleren suggestiblen Bereich befanden. Maximal wurden 10 Suggestionen mit ‚ja‘ bewertet, dies würde einer sehr hohen Suggestibilität entsprechen. Die Probanden und Probandinnen haben durchschnittlich einen Wert von 16,04 (*SD* +/-

6, 37) im WHODAS erzielt, wobei sich die Gruppen kaum voneinander unterscheiden (vgl. Tabelle 3). Dies spricht für leichte, subjektive Einschränkungen aufgrund der depressiven Episode. Der niedrigste, erzielte Wert betrug 2, was für wenig Einschränkungen im Alltag und ein hohes globales Funktionsniveau spricht. Der höchste Wert mit 31 kann indes mit mäßigen bis starken Einschränkungen und einem niedrigen globalen Funktionsniveau gleichgesetzt werden.

Im Rahmen der deskriptiven Analyse wurde auch die Präferenz für eine Therapie betrachtet, welche ergab, dass ein Großteil der TeilnehmerInnen (41,7 %) keine Präferenz hat. Grundsätzlich präferierten etwas mehr Teilnehmende (32,5 %) eine kognitive Verhaltenstherapie als eine hypnotherapeutische Depressionstherapie (25,8 %).

43 der Teilnehmenden haben die von ihnen präferierte Hypnotherapie und 42 die präferierte kognitive Verhaltenstherapie erhalten. Durchschnittlich wurde die kognitive Verhaltenstherapie als wirksamer eingeschätzt (70,89 %).

Die Hypnotherapie war nach Einschätzung der Teilnehmenden zu 63,76 % wirksam. Hierbei fällt auf, dass die niedrigste Wirksamkeitseinschätzung der HDT mit 4 % deutlich unter der niedrigsten Einschätzung der AKDT mit 28 % lag.

**Tabelle 3: weitere Variablen**

<i>Variablen</i>	Gesamt ( <i>N</i> = 152)		AKDT ( <i>n</i> = 74)		HDT ( <i>n</i> = 74)		Mittelwert- vergleich HDT/AKDT	
	<i>N</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> / <i>%</i> )	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> / <i>%</i> )	<i>n</i>	Mittelwert/ Anteil ( <i>SD</i> / <i>%</i> )	<i>t</i> (1)/ $\chi^2$ (1)	<i>p</i>
HGSHS t1	144	5,97 (2,39)	75	6,19 (2,31)	69	5,74 (2,47)	-1.13	.262
SWE t1	146	22,79 (5,04)	76	22,62 (5,04)	70	22,99 (5,06)	0.44	.661
WHODAS t1	148	16,04 (6,37)	76	15,68 (6,56)	72	16,42 (6,18)	0.70	.486
WHOQOL Domäne 1 t1	149	54,40 (12,97)	77	52,52 (12,8)	72	56,42 (12,93)	1.85	.066
WHOQOL Domäne 2 t1	149	38,59 (12,48)	77	37,91(13,43)	72	39,32 (11,42)	0.69	.490
WHOQOL Domäne 3 t1	148	49,2 (18,68)	77	47,24 (17,63)	71	51,32 (19,65)	1.33	.185
WHOQOL Domäne 4 t1	148	70,14 (14,08)	77	71,10 (13,60)	71	69,10 (14,6)	-0.86	.389
BADS Gesamt t1	148	71,28 (17,61)	77	69,64 (18,61)	71	73,06 (16,42)	1.18	.239
BADS (1) Aktivierung t1	148	16,47 (6,57)	77	16,18 (6,10)	71	16,79 (6,10)	0.56	.576
BADS (2) Avoidance/ Rumination t1	148	23,95 (7,68)	77	24,99 (7,63)	71	22,83 (7,63)	-1.72	.088
BADS (3) Arbeits- Beeinträchtigung t1	148	16,01(6,10)	77	16,56 (6,55)	71	15,42 (5,55)	-1.13	.259
BADS (4) Soziale Beeinträchtigung t1	148	12,86 (6,28)	77	12,69 (6,33)	71	13,06 (6,16)	0.36	.721
Übereinstimmung zwischen Präferenz und erhaltener Therapiebedingung	85		42		43		1.43	.232
Wirksamkeitserwartung für die Behandlung, die später erhalten wurde	139	67,44 (16,84)	74	72,47 (17,83)	65	61,71 (17,26)	-3.96	<b>.000</b>
Wirksamkeitserwartung AKDT	140	70,89 (15,17)						
Wirksamkeitserwartung HDT	138	63,76 (17,77)						
Präferenz	147							
- AKDT		48 (31,6)						
- HDT		37 (24,3)						
- keine Präferenz		62 (40,8)						

HGSHS = Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, WHODAS = World Health Organization Disability Assessment Scale, WHOQOL = World Health Organization Quality of Life, BADS = Behavioral Activation Depression Scale, HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitionsfokussierte Depressionstherapie

Um herauszufinden, ob die Mittelwerte der Variablen innerhalb der Gruppen gleichmäßig verteilt waren, wurde neben den Korrelations- und Regressionsanalysen auch ungepaarte, unabhängige *t*-Tests und Chi-Quadrat- Tests durchgeführt.

Die Voraussetzungen (Ausreißer, Normalverteilung, Varianzhomogenität) wurden geprüft. Es haben sich keine Ausreißer innerhalb des Datensatzes finden lassen. Gemäß des Shapiro-Wilk Tests waren die Variablen ‚Dauer der aktuellen Episode‘ und ‚globales Funktionsniveau‘ statistisch signifikant und nicht normalverteilt (Dauer der aktuellen Episode HDT, KVT  $p = .000$ , globales Funktionsniveau AKDT  $p = .010$ , HDT  $p = .258$ ). Da der *t*-Test jedoch robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilung ist und diese als gegeben angenommen werden kann aufgrund der Stichprobengröße ( $n > 30$ ), gilt die Voraussetzung als erfüllt.

Die Voraussetzung der Varianzhomogenität, überprüft mittels Levene-Tests, lag vor.

Die *t*-Tests und Chi-Quadrat-Tests insgesamt ergaben keine statistisch signifikanten Unterschiede bis auf die Wirksamkeitserwartung für die Therapie, die später erhalten wurde. Insgesamt höhere Werte für die Wirksamkeitserwartung waren in der Gruppe 2 (AKDT) zu verzeichnen, was zu einer Ungleichverteilung führte. Die übrigen Ergebnisse bestätigen, dass die Mittelwerte der unabhängigen Variablen zum Zeitpunkt *t1* statistisch gleichmäßig verteilt waren und eine Verzerrung der Ergebnisse der Korrelations- und Regressionsanalysen durch Ungleichverteilung unwahrscheinlich ist.

### 3.2. Ergebnisse der Korrelationsanalyse

In der Tabelle sind alle bivariaten Korrelationen von den Stichproben der gesamten Studiengruppe, innerhalb HDT und der AKDT dargestellt.

**Tabelle 4: Ergebnisse der Korrelationsanalysen (gesamte Studienpopulation, HDT und AKDT) aller Variablen mit MADRS *t2***

Variablen	gesamt ( <i>N</i> = 152)			HDT ( <i>n</i> = 74)			AKDT ( <i>n</i> = 78)		
	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>MADRS <i>t2</i></b>									
<b>Soziodemografische Variablen:</b>									
Geschlecht	152	-.096	.241	74	-.128	.279	78	-.062	.587
Partnerschaft	151	-.137	.093	74	-.212	.069	77	-.057	.622
Erwerbstätigkeit/ Studium	149	-.095	.251	72	-.204	.085	77	.025	.826
Alter	152	-.104	.204	74	-.062	.602	78	-.150	.190
Schulabschluss	152	.005	.948	74	-.220	.060	78	<b>.295*</b>	<b>.019</b>
<b>Störungsbezogene Variablen:</b>									
Familienanamnese	151	-.105	.199	74	-.034	.775	77	-.182	.113
Anzahl bisheriger Episoden:	138	-.024	.783	69	-.011	.927	69	-.043	.726
MADRS <i>t1</i>	152	<b>.291**</b>	<b>.000</b>	74	<b>.259*</b>	<b>.026</b>	78	<b>.331**</b>	<b>.003</b>
Komorbiditäten	152	.022	.354	74	.151	.373	78	-.108	.696
ADM	152	.057	.486	74	<b>.289*</b>	<b>.012</b>	78	-.201	.078
Dauer in Wochen	148	<b>.163*</b>	<b>.045</b>	71	.210	.078	77	.108	.332
<b>Weitere Variablen:</b>									
HGSHS <i>t1</i>	144	-.018	.832	69	-.026	.834	75	-.022	.851
WHODAS <i>t1</i>	148	<b>.188*</b>	<b>.022</b>	72	.147	.215	76	<b>.231*</b>	<b>.044</b>
SWE <i>t1</i>	146	<b>-.348**</b>	<b>.000</b>	70	<b>-.405**</b>	<b>.001</b>	76	<b>-.289*</b>	<b>.010</b>
Übereinstimmung zwischen Präferenz und erhaltener Therapiebedingung	85	.040	.716	43	-.095	0,546	42	.150	.343
Wirksamkeitserwartung für die Behandlung, die später erhalten wurde	139	-.158	.063	65	-.122	0,333	74	-.224	.055

BADS gesamt <i>t1</i>	148	-.145	.078	71	-.022	.857	77	<b>-.260*</b>	<b>.023</b>
BADS 1	148	-.153	.064	71	-.190	.112	77	-.121	.296
BADS 2	148	.128	.122	71	.036	.763	77	.222	.052
BADS 3	148	.051	.537	71	-.039	.745	77	.130	.259
BADS 4	148	.031	.706	71	-.165	.170	77	<b>.229*</b>	<b>.045</b>
WHOQOL Domäne 1 <i>t1</i>	149	-.97	.237	72	-.057	.632	77	-.142	.217
WHOQOL Domäne 2 <i>t1</i>	149	<b>-.320**</b>	<b>.000</b>	72	<b>-.301*</b>	<b>.010</b>	77	<b>-.344**</b>	<b>.002</b>
WHOQOL Domäne 3 <i>t1</i>	148	-.063	.448	71	-.078	.519	77	-.046	.693
WHOQOL Domäne 4 <i>t1</i>	148	<b>-.268**</b>	<b>.001</b>	71	<b>-.350**</b>	<b>.003</b>	77	-.178	.122

\*\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

\* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

MADRS = Montgomery-Åsperg Depression Rating Scale, HGSHS = Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, WHODAS = World Health Organization Disability Assessment Scale, WHOQOL = World Health Organization Quality of Life, BADS = Behavioral Activation Depression Scale, HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitionsfokussierte Depressionstherapie, ADM=Antidepressive Medikamenteneinnahme

## Korrelationen

Die Korrelationen der soziodemografischen Variablen mit der Outcomevariable MADRS *t2* der gesamten Studiengruppe sowie der Gruppe 1 (HDT) und Gruppe 2 (AKDT) sind in Tabelle 4 dargestellt. Bis auf den Schulabschluss in der Gruppe 2 standen soziodemografische Merkmale dementsprechend in der vorliegenden Arbeit in keiner statistisch signifikanten Beziehung zum Outcome (vgl. Tabelle 4). Die positive Korrelation deutet darauf hin, dass bei den Personen, die eine AKDT erhielten, ein höherer Schulabschluss mit einem höheren MADRS *t2* zusammenhing ( $r = .295, p = .019$ ). Dem zweiten Abschnitt der Tabelle lassen sich die Korrelationen der störungsbezogenen Variablen mit dem Outcome MADRS *t2* entnehmen. Die Ausgangsdepressivität (MADRS *t1*), korrelierte in allen Gruppen signifikant mit dem Outcome. Dabei ist die Korrelation innerhalb der Stichprobe der AKDT am stärksten. Es handelt sich um eine Korrelation mittlerer Stärke ( $r = .331, p = .003$ ).

Weiterhin konnte man einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der Episode und dem Outcome in Bezug auf die gesamte Studiengruppe feststellen ( $r = .163, p = .045$ ). Die Korrelation deutet daraufhin, dass je länger eine Episode andauerte, desto höher war auch der Summenwert des MADRS *t2*. In der Subgruppenanalyse der HDT und AKDT ließ sich keine statistisch signifikante Korrelation zwischen Dauer der Episode und MADRS *t2* feststellen. Weiterhin zeigte sich eine Korrelation zwischen der ADM und dem Outcome innerhalb der Stichprobe der HDT, welche dafürspricht, dass

die Einnahme von Medikamenten in Zusammenhang mit einem geringeren Therapieerfolg stand ( $r = .289, p = .012$ ). Es handelt sich um eine schwache Korrelation ( $r < .30$ ) (Cohen, 1988).

Die Wirksamkeitserwartung bezüglich der erhaltenen Therapie zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Outcome. In der AKDT war der Zusammenhang gerade nicht mehr signifikant ( $r = -.224, p = .055$ ). Auch wenn eine Person eine bestimmte Therapie favorisierte und diese erhielt, hatte das keinen signifikanten Einfluss auf das Outcome, es ließ sich kein Zusammenhang nachweisen ( $r = .040, p = .716$ ). Die Stichprobengröße war sehr gering, da mehr als Drittel der Teilnehmenden keine Präferenz hatte.

Es ergaben sich bei Betrachtung der ganzen Studiengruppe signifikante Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität, gemessen anhand WHOQOL, und dem Outcome. In der gesamten Stichprobe betraf dies die Domänen der psychischen Gesundheit und der Umwelt, hier zeigte sich jeweils eine signifikante, negative Korrelation (Domäne 2:  $r = -.320, p < .001$ , Domäne 4  $r = -.268, p = .001$ ). Dies bedeutet, dass eine bessere psychische Gesundheit bei Beginn der Therapie sowie der Einfluss der Umwelt auf die Lebensqualität auch mit einem geringeren posttherapeutischen Wert in des MADRS zusammenhing. Ähnliches ließ sich auch in der HDT beobachten. In AKDT schien nur die psychische Gesundheit, nicht jedoch die Umwelt in Beziehung zu einem besseren Outcome zu stehen (vgl. Tabelle 4).

Über alle Stichproben hinweg stellte sich ein signifikanter, negativer Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeitserwartung und dem MADRS  $t2$  dar. Hatte eine Person vor der Therapie eine höhere Erwartung an die eigene Selbstwirksamkeit, war auch der posttherapeutische Summenwert der MADRS geringer ( $r = -.348, p < .001$ ).

Über den Fragebogen WHODAS wurde das globale Funktionsniveau erfasst. Auch hier ließ sich der Analyse eine signifikante Korrelation zwischen dem globalen Funktionsniveau und dem MADRS  $t2$  innerhalb der gesamten Studiengruppe und der AKDT entnehmen ( $r = .188, p = .022$ ;  $r = .231, p = .044$ ). Es handelte sich um eine schwache, negative Korrelation, welche die Interpretation zulässt, dass bei geringerer Funktionsfähigkeit zu Beginn der Therapie auch ein geringerer Erfolg beim Abschluss der Therapie zu verzeichnen war.

Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen MADRS  $t2$  in der



Gruppe der AKDT und dem BADS *t1* gesamt ( $r = -.260$ ,  $p = .023$ ). Die negative Korrelation spricht dafür, dass ein höherer Wert und damit eine höher ausgeprägte Verhaltensaktivierung vor Beginn der Therapie mit einem höheren Therapieerfolg zusammenhing. Zusätzlich zeigte sich eine schwache, positive Korrelation mit der Subskala 4 des BADS ( $r = .229$ ,  $p = .045$ ). Dies bedeutet, dass eine höhere Beeinträchtigung des Soziallebens auch mit einem geringeren Therapieerfolg in Zusammenhang zu bringen war.

Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Analysen lassen auf Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen und dem Outcome schließen. Diese betreffen sowohl die einzelnen Gruppen, sind jedoch auch therapieübergreifend zu beobachten. Alle Variablen, die signifikante Korrelationen ( $p < .05$ ) aufweisen, werden in das Regressionsmodell aufgenommen.

### 3.3. Regressionsanalyse

Für das Regressionsmodell der gesamten Studiengruppe wurden nach der Korrelationsanalyse aufgrund des signifikanten Zusammenhangs die Variablen MADRS *t1*, Dauer der aktuellen Episode, Selbstwirksamkeitserwartung, globales Funktionsniveau und die Lebensqualität (Domäne 1 und 2) einbezogen. Es wurde ein hierarchisches Vorgehen gewählt mit dem MADRS *t1* im ersten Block und den übrigen Variablen im zweiten Block mit der schrittweisen Methode. Es ergab sich eine Stichprobengröße von  $n = 141$ . Dies ist durch fehlende Summenwerte in einzelnen Fragebögen zu erklären, bzw. fehlende Angaben zur aktuellen Episode, womit diese Personen von der Analyse ausgeschlossen wurden. Bei insgesamt fünf Probanden wurden fehlende Werte innerhalb einzelner Fragebögen mit dem Median ersetzt. Dies betraf vier Probanden und Probandinnen im Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung mit maximal zwei fehlenden Werten und eine Person im Fragebogen WHODAS mit einem fehlenden Wert. Neben dem obligatorischen ersten Block wurden in der Subgruppenanalyse für das Regressionsmodell der Hypnotherapie die Variablen ADM, SWE und WHOQOL (Domäne 1 und 2) nach der Korrelationsanalyse für den zweiten Block ausgewählt. Hier ergab sich ein  $n = 69$ , da auch hier nur Teilnehmende mit vollständigen Angaben eingeschlossen wurden. Das Regressionsmodell der Kognitiven Verhaltenstherapie berücksichtigte neben dem MADRS *t1* im ersten Block die SWE, das globale Funktionsniveau (WHODAS), Schulabschluss und WHOQOL Domäne 2 im zweiten Block. Zusätzlich wurde der gesamte Summenwert der BADS mit aufgenommen, welcher die Verhaltensaktivierung repräsentiert. Auch hier wurden drei Teilnehmende aufgrund unvollständiger Angaben ausgeschlossen, wodurch sich ein  $n = 75$  ergab.

**Abbildung 4: Regressionsmodelle**

Regressionsmodell gesamt n = 141	Regressionsmodell HDT n = 69	Regressionsmodell AKDT n = 75
- MADRS <i>t1</i>	- MADRS <i>t1</i>	- MADRS <i>t1</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauer der aktuellen Episode</li> <li>- SWE</li> <li>- WHODAS</li> <li>- WHOQOL Domäne 2</li> <li>- WHOQOL Domäne 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ADM</li> <li>- SWE</li> <li>- WHOQOL Domäne 2</li> <li>- WHOQOL Domäne 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SWE</li> <li>- WHODAS</li> <li>- BADS gesamt</li> <li>- WHOQOL Domäne 2</li> <li>- Schulabschluss</li> </ul>

Abbildung 4: Regressionsmodelle mit MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) im ersten Block: WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Scale), WHOQOL (World Health Organization Quality of Life, 2 = psychische Gesundheit, 4 = Umwelt), BADS (Behavioral Activation Depression Scale), ADM = Antidepressive Medikation, SWE= Selbstwirksamkeitserwartung

### 3.3.1. Prüfung der Voraussetzungen

Die Voraussetzungen wurden wie beschrieben geprüft. Bei der Prüfung der Multikollinearität wurde eine signifikante Korrelation zwischen den Subskalen und dem gesamten Summenwert des BADS bemerkt. Hier bestand innerhalb der Gruppe 2 eine signifikante Korrelation über dem Grenzwert von  $r > .7$  zwischen den Subskalen und dem zusammengefassten Summenwert. Die höchste Korrelation der übrigen unabhängigen Variablen untereinander lag bei  $r = .486$ . Die Subskalen wurden gestrichen und nur der signifikante Gesamtwert des Fragebogens für die Analyse berücksichtigt, unter der Annahme, dass die Subskala ein Teil des Gesamtwertes ist und dementsprechend durch diesen ebenfalls repräsentiert wird.

Anhand der Histogramme ließ sich eine Normalverteilung der Residuen feststellen. Die Verteilung der Residuen im Streudiagramm deuten auf eine Linearität hin, auch zeigten sich keine Hinweise für eine Modellverletzung im Hinblick auf die Homoskedastizität.

### 3.3.2. Regressionsmodell gesamt

Im Regressionsmodell der gesamten Studiengruppe wurden durch schrittweises Vorgehen neben der Ausgangsdepressivität (MADRS *t1*) zwei weitere Prädiktoren mit signifikantem Betakoeffizienten ( $p < .05$ ) identifiziert. Mit dem erstellten Modell ließen

sich 20 % der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .205$ ,  $F(3,137) = 12.98$ ;  $p < .001$ ). Damit wies das Modell eine moderate Varianzaufklärung auf (Cohen, 1988). Da die Wahrscheinlichkeit, einen  $F$ -Wert von 12.98 zu erhalten, bei  $p < .001$  lag, waren die eingeschlossenen Variablen MADRS  $t1$ , SWE  $t1$  und die Dauer der aktuellen Episode signifikante Prädiktoren für den Therapieerfolg.

Der MADRS  $t1$  stellte ein signifikanter Prädiktor mit positivem Zusammenhang dar. Lag der Summenwert der MADRS  $t1$  um einen Punktwert höher, stieg schätzungsweise auch der Summenwert des MADRS  $t2$  um 0,45 Punkte ( $\beta = 0.28$ ,  $t(137) = 3.71$ ,  $p < .001$ ).

In Bezug auf den Prädiktor Selbstwirksamkeitserwartung lag ein negativer Zusammenhang vor, sodass sich bei höherem Summenwert des SWE  $t1$  ein geringerer MADRS  $t2$  ergab. Die geschätzte Abnahme des MADRS  $t2$  betrug 0,6 Punkte bei Zunahme des SWE  $t1$  um einen Punkt ( $\beta = -0.34$ ,  $t(137) = -4.29$ ,  $p < .001$ ).

Als dritter signifikanter Prädiktor bewirkte eine länger anhaltende Dauer der aktuellen Episode einen Anstieg des Summenwertes des MADRS  $t2$ . Mit jeder Woche, die die Depression andauert, stieg der MADRS  $t2$  schätzungsweise um 0,08 Punkte ( $\beta = 0.17$ ,  $t(137) = 2.28$ ,  $p < .024$ ).

Weiterhin wurde ein Modell erstellt, indem der MADRS  $t1$  zur statistischen Kontrolle ohne Block mit in das Modell aufgenommen wurde. Beim schrittweisen Vorgehen ergaben sich hier die gleichen Voraussagevariablen (SWE  $t1$ :  $\beta = -0.32$ ,  $t(137) = -4.29$ ,  $p < .001$ , MADRS  $t1$ :  $\beta = 0.28$ ,  $t(137) = 3.71$ ,  $p < .001$ , Dauer der aktuellen Episode:  $\beta = 0.17$ ,  $t(137) = 2.28$ ,  $p < .024$ ) und es ließen sich weiterhin 20 % der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .205$ ,  $F(3,137) = 12.997$ ;  $p < .001$ ).

**Tabelle 5: Regressionsanalyse gesamt**

<i>Variablen</i>	Regressions- koeffizient B	Beta	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall	
				Obergrenze	Untergrenze
(Konstante)	14.61***		4.40	5.913	23.299
MADRS <i>t1</i>	0.45***	0.28	0.12	0.212	0.696
SWE <i>t1</i>	-0.60***	-0.34	0.14	-0.842	-0.311
Dauer aktuelle Episode	0.08*	0.17	0.03	0.010	0.142

Anmerkungen:  $R^2 = .222$ , Kor.  $R^2 = .205$ ,  $F(3) = 12.10$ \*\*\*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

MADRS = Montgomery-Åsperg Depression Rating Scale, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, Std.-Fehler = Standardfehler

### 3.3.3. Regressionsmodell HDT

Im Regressionsmodell der Stichprobe, die eine Hypnotherapie erhalten hat, zeigten sich nach schrittweisem Vorgehen drei signifikante Prädiktoren zusätzlich zur initialen Schwere der Episode. Mit dem Modell ließen sich 33,8 % der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .338$ ,  $F(4,64) = 9.68$ ,  $p < .001$ ), dies entsprach einer hohen Varianzaufklärung (Cohen, 1988). Der Tabelle können die genauen Regressionskoeffizienten und Signifikanzen entnommen werden.

Ähnlich wie auch in dem Modell der gesamten Studiengruppe zeigte sich, dass eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung bei Beginn der Therapie einen größeren Therapieerfolg zur Folge hatte. Auch hier ergab sich eine Abnahme des MADRS *t2* um 0,5 Punkte bei Anstieg der SWE *t1* um einen Punkt ( $\beta = -0.26$ ,  $t(64) = -2.43$ ,  $p < .018$ ). Auch die initiale Schwere veranlasste bei Anstieg um einen Punktwert einen geschätzten Anstieg des Summenwertes der MADRS *t2* von 0,46 Punkten ( $\beta = 0.26$ ,  $t(64) = 2.01$ ,  $p < .013$ ).

Darüber hinaus wirkte sich auch eine höhere Lebensqualität (Domäne 2 Psychische Gesundheit) bei Beginn der Therapie positiv auf das Outcome aus ( $\beta = -0.23$ ,  $t(64) = -0.09$ ,  $p < .037$ ). Eine Zunahme der Lebensqualität um einen Punktwert (6,25 %) verursachte schätzungsweise eine Reduktion des MADRS *t2* um 0,2 Punkte.

Auch die ADM zeigte einen Einfluss auf das Outcome. Hier lag eine positive Beziehung vor. Der Regressionskoeffizient legt nahe, dass bei Einnahme von Antidepressiva ein 7,93

Punkte höherer posttherapeutischer MADRS *t2* ( $\beta = 0.41$ ,  $t(64) = 2.01$ ,  $p < .000$ ), und somit geringerer Therapieerfolg, erreicht wurde.

Auch hier wurde zusätzlich ein Modell ohne blockweises Vorgehen erstellt und der MADRS *t1* in die schrittweise Analyse eingefügt. Bei diesem Vorgehen ließen sich 33,6 % der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .336$ ,  $F(4,64) = 9.62$ ;  $p < .001$ ). Als Prädiktoren bestätigen sich hier die SWE *t1* ( $\beta = -0.26$ ,  $t(64) = -2.44$ ,  $p < .017$ ), die ADM ( $\beta = 0.38$ ,  $t(64) = 3.67$ ,  $p < .001$ ), WHOQOL 2 ( $\beta = -0.24$ ,  $t(64) = -2.21$ ,  $p < .031$ ) und zuletzt der MADRS *t1* ( $\beta = 0.26$ ,  $t(64) = 2.54$ ,  $p < .0013$ ). Da sich der gleiche Wert der Varianzaufklärung bei unterschiedlicher Variablenkonstellation ergab, lässt sich annehmen, dass die Höhe des Outcomes nicht primär von der Höhe des MADRS bei Beginn der Therapie abhängig war.

**Tabelle 6: Regressionsmodell HDT**

<i>Variablen</i>	Regressions- koeffizient B	Beta	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
(Konstante)	18.35**			4.821	31.884
MADRS <i>t1</i>	0.46*	0.26*	0.18	0.101	0.818
ADM	7.93***	0.41***	2.01	3.912	11.951
SWE <i>t1</i>	-0.49*	-0.26*	0.20	-0.889	-0.087
WHOQOL Domäne 2 <i>t1</i>	-0.20*	-0.23*	0.09	-0.377	-0.013

Anmerkungen:  $R^2 = .377$ , kor.  $R^2 = .338$ ,  $F(4) = 9.68$ \*\*\*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

MADRS = Montgomery-Åsperg Depression Rating Scale, ADM = Antidepressive Medikation, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, WHOQOL = World Health Organization Quality of Life, Std.-Fehler = Standardfehler

### 3.3.4. Regressionsmodell AKDT

Im Regressionsmodell der AKDT wurde mittels block- und schrittweisen Vorgehens nur ein weiterer Prädiktor mit signifikanten  $\beta$ -Koeffizienten zusätzlich zum MADRS *t1* identifiziert. Dabei handelte es sich um die Selbstwirksamkeitserwartung, die sich auch schon in den zuvor erstellten Modellen zur gesamten Stichprobe und HDT als Prädiktor erwiesen hat. Mit dem Modell können 15,9 % der Varianz erklärt werden (korrigiertes

$R^2 = .159, F(2,73) = 8.07; p < .001$ ).

Im ersten Block wurde, wie zuvor, die Schwere der aktuellen Episode berücksichtigt. Der positive Regressionskoeffizient steht für den positiven Zusammenhang zwischen MADRS *t1* und MADRS *t2*. Auch in diesem Modell veranlasste ein Anstieg um einen Punktwert des Summenwertes MADRS *t1* schätzungsweise einen Anstieg des Summenwertes MADRS *t2* von 0,5 Punkten ( $\beta = 0.31, t(73) = 2.92, p < .005$ ).

Wie auch in den Regressionsmodellen der HDT und der gesamten Studiengruppe wies die Variable der Selbstwirksamkeitserwartung *t1* einen negativen Koeffizienten auf. Dementsprechend bedingte ein Anstieg des Summenwertes SWE *t1* um einen Punkt eine geschätzte Abnahme von 0,45 Punkten ( $\beta = -0.27, t(73) = -2.52, p < .014$ ).

Zusätzlich wurde auch für die AKDT ein Modell mit dem MADRS *t1*, SWE, WHOQOL 2, BADS, WHODAS und Schulabschluss in der schrittweisen Analyse ohne Block gerechnet. Hier ergaben sich zwei andere Prädiktoren: WHOQOL 2 ( $\beta = -0.33, t(73) = -3.08, p < .003$ ) und der Schulabschluss ( $\beta = 0.25, t(73) = 2.33, p < .023$ ). Weder MADRS *t1* noch SWE *t1* ergaben einen zusätzlichen signifikanten Einfluss für die Aufklärung der Varianz neben der Variable WHOQOL 2 und dem Schulabschluss zu haben. Es ließen sich mit dem Modell 15,2 % der Varianz erklären (korrigiertes  $R^2 = .152, F(2,73) = 7.74; p < .001$ ). Beide Modelle haben einen ähnlich hohen Wert bezüglich der Aufklärung der Varianz. Da die Variablen anhand ihres zusätzlichen Erklärungsbeitrag in das Modell eingefügt wurden, spräche dies dafür, dass der MADRS *t1* und SWE *t1* in der AKDT einen ähnlichen, jedoch geringfügig niedrigeren Erklärungsbeitrag bei schrittweisem Vorgehen haben wie die Variablen Lebensqualität und Schulabschluss. Die Rolle der initialen Schwere der Depression muss folglich diskutiert werden.

**Tabelle 7: Regressionsmodell AKDT**

<i>Variablen</i>	Regressions- koeffizient B	Beta	Std.-Fehler	95% Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
(Konstante)	13.53*			2.596	9.640
MADRS <i>t</i> 1	0.47**	0.31**	0.16	0.149	0.788
SWE <i>t</i> 1	-0.45*	-0.27*	0.18	-0.809	-0.094

Anmerkungen:  $R^2 = .181$ , korr.  $R^2 = .159$ ,  $F(2) = 8.07***$

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

MADRS = Montgomery-Åsperg Depression Rating Scale, SWE = Selbstwirksamkeitserwartung, Std.-Fehler = Standardfehler



### 3.4. Moderationsanalyse

In die Moderationsanalyse wurden die ADM, der BADS ‚gesamt‘ und der Schulabschluss aufgenommen, da diese Variablen eine signifikante Korrelation mit nur einer Therapieform aufwiesen. Die ADM stand wie zuvor erwähnt in Korrelation zum Therapieerfolg der Gruppe HDT ( $r = .289, p = .012$ ), der BADS *tI* ( $r = .260, p = .023$ ) und der Schulabschluss ( $r = .295, p = .019$ ) zum Therapieerfolg der Gruppe AKDT.

Dementsprechend wurde je eine Moderationsanalyse unter Berücksichtigung des Effektes der ADM, des BADS ‚gesamt‘ und Schulabschlusses durchgeführt. Um die Ergebnisse besser interpretieren zu können, wurde die Variable ‚Gruppe‘ transformiert und die Ausprägungen in 0 = HDT und 1 = AKDT umbenannt. Die Moderationsanalysen wurden mit PROCESS von Hayes (2018) durchgeführt.

Die Moderationsanalyse mit den Variablen ADM und ‚Gruppe‘ ergab, dass die Interaktion zwischen den Variablen den Therapieerfolg signifikant vorhersagte. Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(3,148) = 3.36, p = .020$ , mit einer Varianzaufklärung von 6,38 % ( $R^2 = .064$ ). Die Ergebnisse zeigten, dass die ADM den Effekt zwischen der Gruppe und Therapieerfolg signifikant moderierte ( $\Delta R^2 = 6,05\%$ ,  $F(1,148) = 9.57, p < .002$ , 95% CI [-14.918, -3.288]). Die Ergebnisse der Moderationsanalyse lassen sich wie folgt interpretieren:

Die ADM ging in Hypnotherapie mit einem geringeren Therapieerfolg im Sinne eines höheren posttherapeutischen MADRS einher als in der AKDT.

Es wurde eine weitere Moderationsanalyse durchgeführt, um zu bestimmen, ob die Interaktion zwischen BADS *tI* und der Therapieform (Gruppe 0/1) den Therapieerfolg signifikant vorhersagte. Die Ergebnisse konnten keinen Moderationseffekt von BADS *tI* und Gruppe auf den Therapieerfolg finden ( $\Delta R^2 = 2,98\%$ ,  $F(3,144) = 1.721, p = .1653$ , 95% CI [-0.2405, 0.0619]). Die Haupteffekte wurden zuvor in den Regressionsmodellen untersucht (vgl. Regressionsmodell gesamt, AKDT).

Zuletzt wurde eine Moderationsanalyse zur Beurteilung der Interaktion zwischen Therapieform und Schulabschluss durchgeführt. Das Gesamtmodell war signifikant,  $F(3,148) = 3.68, p = .0135$ , mit einer Varianzaufklärung von 6,40 % ( $R^2 = 0.064$ ). Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Moderationseffekt des Schulabschlusses ( $\Delta R^2 = 6,39\%$ ,  $F(1,148) = 7.95, p < .006$ , 95% CI [1.3479, 7.6603]). Die Daten lassen die Interpretation zu, dass ein niedrigerer Schulabschluss zu einem höheren

Therapieerfolg bei AKDT führte, während sich in der Gruppe der HDT ein umgekehrter Effekt beobachten ließ.

**Abbildung 5: Moderationseffekt Schulabschluss**

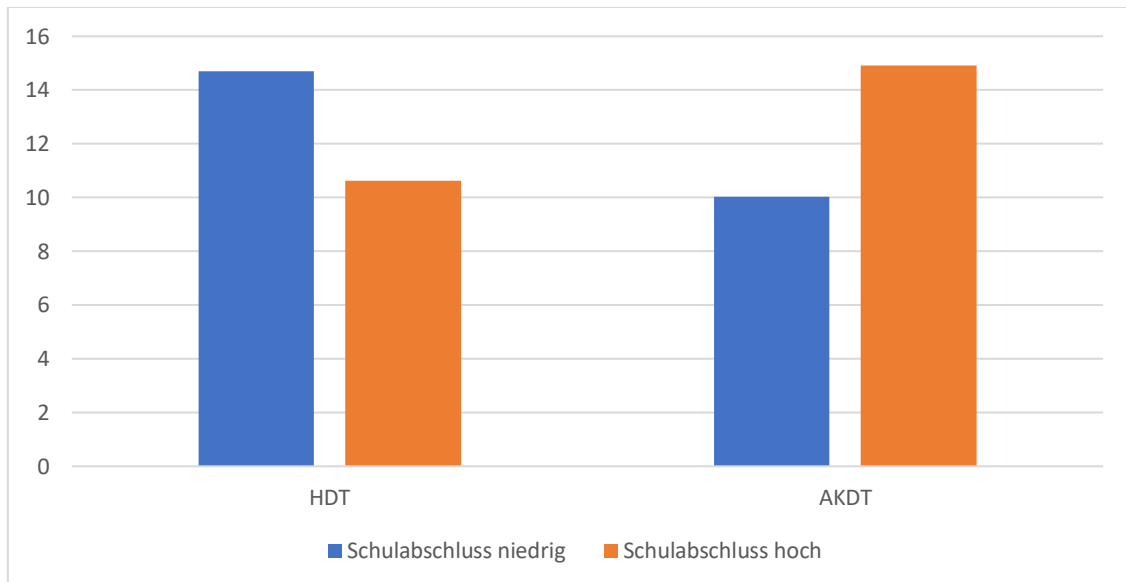


Abbildung 4: Moderationsanalyse mit AV = Outcome (MADRS  $t_2$ ) auf y-Achse, UV = Gruppe (0/1), Moderator = Schulabschluss  
HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitionsfokussierte Depressionstherapie

**Abbildung 6: Moderationseffekt ADM**

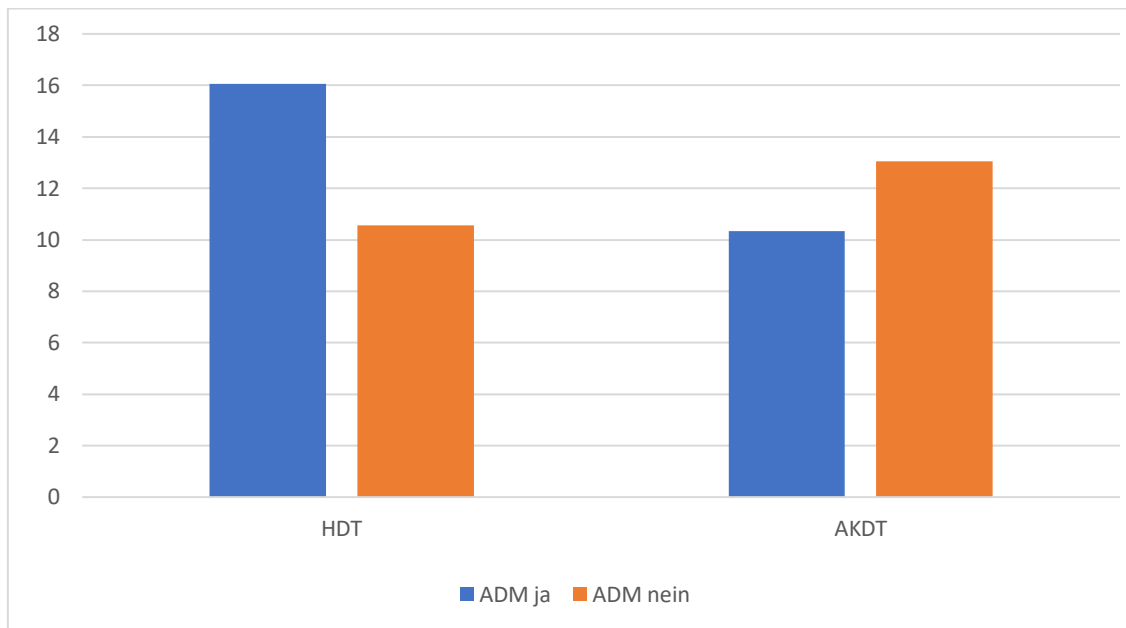


Abbildung 5: Moderationsanalyse mit AV = Outcome (MADRS  $t_2$ ) auf y-Achse, UV = Gruppe (0/1), Moderator = ADM (Antidepressive Medikation), HDT = Hypnotherapeutische Depressionstherapie, AKDT = Aktivierende kognitionsfokussierte Depressionstherapie

## **4. Diskussion**

Das Ziel der Studie war es, Prädiktoren und Moderatoren für den Ausgang der zwei Therapieformen, Hypnotherapie und kognitive Verhaltenstherapie, bei leichter bis mittelgradiger Depression zu identifizieren. Dafür wurden bei einer Reihe von Variablen, die zum Zeitpunkt *t1* vor Beginn der Therapie erhoben wurden, Zusammenhänge zum Outcome untersucht und Variablen mit einer signifikanten Beziehung zu dem Ergebnis der Behandlung in die Regressionsanalysen und Moderationsanalysen aufgenommen. In der Regressionsanalyse, welche die gesamte Studienpopulation unabhängig von der Therapieform berücksichtigte, erwiesen sich die drei Merkmale MADRS *t1*, SWE und Dauer der aktuellen Episode als signifikant bedeutsam für den Therapieerfolg. Weiterhin wurden zwei zusätzliche Prädiktoren (ADM und WHOQOL 2) für das Outcome der HDT im Rahmen der einzelnen Analysen entdeckt. Bei der Regressionsanalyse innerhalb der AKDT ohne MADRS *t1* im ersten Block wurden zwei Prädiktoren identifiziert, die zuvor beim hierarchischen Vorgehen nicht signifikant waren. Dabei handelte es sich um den Schulabschluss und die psychische Gesundheit in Bezug auf die Lebensqualität. In der Moderationsanalyse erwies sich die Einnahme von Antidepressiva als Moderator für den Therapieerfolg der HDT und ein niedriger Schulabschluss als Moderator für den Therapieerfolg der AKDT. In diesem Kapitel sollen nun die Ergebnisse dieser und der zuvor vorgestellten Studien diskutiert, zusammengefasst und in einen Kontext gebracht werden.

### **4.1. Prädiktoren für den Therapieerfolg**

#### **4.1.1. MADRS bei Aufnahme**

Die initiale Schwere der Depression war sowohl in Bezug auf die gesamte Studienpopulation als auch in den Subgruppen eine signifikante Voraussagevariable. Dieser Prädiktor sagte den Therapieerfolg unabhängig von der Therapieform vorher. Der signifikant positive Zusammenhang sagte aus, dass ein höherer Summenwert zu Beginn der Therapie einen höheren Summenwert nach Abschluss der Therapie und damit einen geringeren Erfolg der Therapie voraussagte. Dieser Zusammenhang überrascht im ersten Moment nicht, da auch andere wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Ergebnis kamen (Hamilton & Dobson, 2002). Eine weitere, aktuellere Studie zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen mittels internetbasierter KVT zeigte ebenfalls, dass ein

Therapieerfolg mit einer geringeren Schwere der Symptome bei Beginn der Therapie zusammenhing (Catarino et al., 2018). Dennoch liegen zu diesem Thema auch Studien vor, die in eine andere Richtung weisen. Zum Beispiel konnte dies nicht in der Metaregression von Driessen (2010) bestätigt werden. Die Datenauswertung dieser Metaanalyse, die 132 Studien beinhaltet, lieferte keinen Hinweis darauf, dass der Effekt der Therapie von der initialen Schwere der Depression beeinflusst wurde. Auch gibt es Studien, die auf einen gegenteiligen Zusammenhang hindeuten: Probanden und Probandinnen mit einem höheren Grad einer Depression wiesen auch eine größere Verbesserung der Symptome bei Behandlung mit einer KVT auf (Schindler et al., 2013). Dies gilt auch bei der Behandlung mit einer Internet-basierten oder Gruppen-KVT (Spek et al., 2008). Die Studie von Vittengl et al. deutet auch in eine ähnliche Richtung, denn hier wiesen Personen mit einem geringeren Schweregrad vor der Behandlung ein erhöhtes Risiko für eine Verschlechterung der Symptome auf (Vittengl et al., 2016). Eine höhere, initiale Schwere war andererseits bei einer KVT zur Behandlung von Depressionen von jüngeren Personen ein Prädiktor für einen geringeren Therapieerfolg (Kunas et al., 2020). Die Literaturrecherche hat weiterhin ergeben, dass in einer Studie von 1995, die den Zusammenhang zwischen initialer Schwere und Therapieerfolg bei KVT, IPT und pharmakologischer Therapie untersuchte, die Ausprägung des Schweregrades der aktuellen Episode ausschlaggebend für das Voraussagepotential der Variable war: Bei leichten Depressionen haben sich keine Unterschiede zwischen der Wirksamkeit einer Therapieform ergeben. Bei Depressionen mit höherem Schweregrad wiederum erkannte man Unterschiede bezüglich des Therapieerfolgs der unterschiedlichen Therapien (Elkin et al., 1995).

Bei der Behandlung mit Antidepressiva, auch kombiniert mit IPT, hat sich ein ähnliches Ergebnis wie in der vorliegenden Arbeit ergeben, denn auch hier sagte ein höherer Schweregrad bei Beginn der Therapie einen geringeren Therapieerfolg vorher (Blom et al., 2007). Das Ergebnis ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Therapieformen sowie weiterer Parameter wie Dauer der Therapie und Selektion der Personen nicht direkt vergleichbar mit den Ergebnissen dieser Analyse. Anhand der genannten Untersuchungen zeigt sich, dass die Datenlage bezüglich des Einflusses der Schwere der Episode noch inkonsistent ist und die Ergebnisse unter anderem von verschiedenen Faktoren abhängig sind. In anderen Arbeiten wurde der Therapieerfolg häufig auch als ‚Response‘ oder

'Remission' definiert, während der Therapieerfolg in der vorliegenden Untersuchung als metrische Outcome-Variable behandelt wurde. Anhand dieses Unterschieds lassen sich möglicherweise auch abweichende Ergebnisse erklären. Die Response ist als mindestens 50%ige Symptomverbesserung zum Ausgangswert der angewendeten Skala definiert. Der Cut-Off-Wert für eine Remission beim MADRS beträgt  $< 10$  Punkte (Hawley et al., 2002). Nun gibt es im Rahmen der Response bei einem höheren Schweregrad bei Beginn der Therapie auch ein proportional höheres Verbesserungspotential (Calati et al., 2013). Bezüglich der Remission kann sich ein geringerer MADRS bei Beginn positiv auf das Ergebnis auswirken.

Aufgrund der rein metrischen Bewertung des Therapieerfolgs anhand des MADRS kann dieser verzerrende Effekt in der vorliegenden Arbeit ausgeschlossen werden.

Auch in Studien zur Therapieauswahl anhand von Prädiktoren und Moderatoren wird die Schwere der Depression ebenfalls in die Analyse mit einbezogen (Cohen et al., 2020). Da von einem Zusammenhang zwischen Schwere der aktuellen Episode und Therapieerfolg ausgegangen werden kann, wurde das blockweise Vorgehen gewählt. Dies setzt einen grundsätzlichen Einfluss der initialen Schwere voraus. Auch die Analysen, die den MADRS  $t1$  nicht im ersten Block berücksichtigen, bestätigen weitgehend den prädiktiven Wert dessen. Nur hinsichtlich der AKDT ergaben sich andere Variablen mit ähnlichem Erklärungswert für die Varianz. Das Ergebnis sollte mit Vorsicht interpretiert werden, da der Erklärungswert des Modells weiterhin moderat war und nur ein geringfügig zusätzlicher Erklärungswert für die Varianz der Ergebnisse entstand.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Schwere der aktuellen Episode in der vorliegenden, sowie in vergangenen Studien, einen prädiktiven Wert für den Therapieerfolg aufweist. Auch in weiterführenden Studien zur Voraussage des Therapieerfolgs sollte die Schwere der aktuellen Episode berücksichtigt werden, da von einem grundsätzlichen Einfluss dieser auf den Therapieerfolg ausgegangen werden muss. Jedoch zeigte sich anhand der Regressionsanalysen ohne MADRS  $t1$  im Block, dass die initiale Schwere nicht allein die Hauptvarianz erklärte, sondern auch andere Variablen einen Erklärungsbeitrag hatten. In den Modellen innerhalb der gesamten Stichprobe und der HDT hat sich die Varianzaufklärung durch das geänderte Vorgehen kaum verändert, während sich in dem Modell der AKDT andere Variablen zur Erklärung ergeben. Weiterhin lässt sich aufgrund des niedrigen Erklärungsbeitrag zur Hauptvarianz davon

ausgehen, dass Variablen unentdeckt blieben. Aus diesem Grund sollten weiterhin Untersuchungen bezüglich des Einflusses der Schwere der Episode durchgeführt werden.

#### **4.1.2. Dauer der Episode**

Die Ergebnisse der Arbeit lassen in Bezug auf die Dauer der aktuellen Episode die Aussage zu, dass eine länger anhaltende depressive Episode mit einem geringeren Therapieerfolg einherging. Dabei war die Dauer der Episode eine allgemeine Voraussagevariable und unabhängig von der Therapieform. Hypothetisch formuliert würde das bedeuten, dass Betroffene mit länger anhaltender Episode größere Schwierigkeiten haben, ihren Zustand mittels Therapie zu verbessern. Eine längere Dauer darf in der vorliegenden Studie nicht mit einer chronischen Depression gleichgesetzt werden, da Betroffene mit chronischen Depressionen (>2 Jahre) ausgeschlossen wurden. Dennoch kann sich eine zu diesem Zeitpunkt länger vorliegende Episode im Verlauf chronifizieren.

Weiterhin kann eine längere Dauer und eine vorab durchgeführte Therapie, z. B. im Sinne einer medikamentösen Behandlung, auf eine gewisse Therapieresistenz hindeuten. Auch in Studien zur medikamentösen Behandlung therapie-resistenter Depressionen zeigte sich die Dauer der Episode als Prädiktor für den Therapieerfolg, wobei eine länger andauernde Episode mit einem geringeren Therapieerfolg einherging (Balestri et al., 2016). In einer weiteren Studie, die ebenfalls die medikamentöse Therapie untersuchte, zeigte sich eine kürzere Krankengeschichte als begünstigende Variable für einen höheren Therapieerfolg (Trivedi et al., 2005). Diese Ergebnisse lassen sich nicht direkt auf eine psychotherapeutische Therapie übertragen, können jedoch wegweisend für die weitere Forschung in Bezug auf Psychotherapie sein. Es zeigte sich auch, dass sich die KVT bei Jugendlichen mit einer depressiven Episode von der Dauer von weniger als einem Jahr als effektiver erwies als bei Personen mit länger andauernden Episoden (Driessen et al., 2016).

Andere Studien wiederum zeigten keinen grundsätzlichen, signifikanten Effekt der Dauer auf die Wahrscheinlichkeit einer Remission (Gilmer et al., 2008). In der schon zuvor erwähnten Studie von Blom wurde wiederum neben dem Schweregrad der Depression auch die Dauer der Episode als signifikanter Prädiktor benannt (Blom et al., 2007). Es handelt sich aber auch bei den zuletzt genannten Untersuchungen jeweils um Studien zur medikamentösen Behandlung mit Psychopharmaka bei depressiven Erkrankungen.

In einer Studie von 1991, welche eine Therapie mit Psychopharmaka, IPT oder KVT untersuchte, wurde ebenfalls ein prädiktiver, positiver Effekt einer kürzeren Dauer der aktuellen Episode auf die Beendigung der Therapie und den Therapieerfolg nachgewiesen (Sotsky et al., 1991). Zusätzlich sollte bedacht werden, dass in der aktuellen, nationalen Leitlinie bei chronischen Depressionen und schweren depressiven Episoden eine Kombinationsbehandlung empfohlen wird (DGPPN et al., 2015). Es wurde weitergehend untersucht, ob die Dauer und die Schwere der Episode bei der Voraussage des Therapieerfolgs interagieren. Hier zeigte sich, dass bei nicht-chronischen, depressiven Episoden eine höhere Schwere eine geringere Response auf eine KVT im Vergleich zur Placebo-Stichprobe vorhersagte. Bei chronischen Depressionen mit höherem Schweregrad wies die Kombinationstherapie eine höhere Response vor (Lorenzo-Luaces et al., 2020). Gegebenenfalls kann bei länger anhaltenden Episoden über eine ergänzende Gabe von Antidepressiva zusätzlich zur Psychotherapie, insbesondere bezüglich der KVT, nachgedacht werden, um einen Therapieerfolg zu erreichen. Dies sollte in Zukunft ebenfalls berücksichtigt werden.

Auch wenn die Dauer der aktuellen Episode schon in einigen Studien untersucht wurde, fehlen aussagekräftige Ergebnisse bezüglich der Therapieformen KVT und HDT. Dies ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass die Dauer nicht erfasst und dementsprechend nicht in die Analyse aufgenommen wurde oder schlichtweg nicht signifikante Ergebnisse nicht primär berichtet wurden. Dieser Vermutung entsprechend sollte in Zukunft auch vermehrt Augenmerk auf nicht signifikante Ergebnisse gerichtet werden und insbesondere Ergebnisse entgegen der Erwartung explizit berichtet werden.

#### **4.1.3. Selbstwirksamkeitserwartung**

Die Selbstwirksamkeitserwartung hat sich ebenfalls in allen Regressionsmodellen als signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg erwiesen. Die Ergebnisse legen nahe, dass bei höherer Selbstwirksamkeitserwartung zu Beginn der Therapie auch ein größerer Therapieerfolg zu erwarten ist. Über alle Teilnehmenden hinweg hat sich dieses Ergebnis bestätigt. Die Personen wiesen durchschnittlich zu Beginn der Studie einen Wert von 22,79 auf, wobei sowohl der Höchst- (40) als auch der Tiefstwert (10) erreicht wurde. Anhand der in dieser Studie durchgeführten Korrelationen lässt sich außerdem feststellen, dass die Schwere der Depressivität bei Beginn und die Höhe der Selbstwirksamkeitserwartung nicht signifikant in Zusammenhang stand. Dennoch lag die



durchschnittliche Selbstwirksamkeitserwartung unter der von Personen ohne psychische Erkrankungen. In einer Studie von 2001 mit 2019 Teilnehmenden ohne psychische Erkrankungen wurde ein mittlerer Wert von 29,4 erzielt (Hinz et al., 2006). Damit lag der Mittelwert von 22,79 in der vorliegenden Studie mehr als 6 Punkte darunter. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Arbeit von Ruholl überein, welche wissenschaftlich belegten, dass Personen mit Depressionen eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung aufwiesen (Ruholl, 2007). Insbesondere von Depression Betroffene scheinen sich schwer zu tun, positiv an die Zukunft zu denken und die eigene Rolle in dieser zu sehen.

Darüber hinaus gehen die Ergebnisse der vorliegenden Analyse, da die Selbstwirksamkeitserwartung auch ein prädiktiver Wert für das Outcome der Therapie hat. Ähnliches ergab sich in einer Untersuchung zu Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Behandlung von Depressionen mittels KVT. Eine mittlere bis hohe Selbstwirksamkeitserwartung erhöhte die Chance auf eine Response signifikant (Stiles-Shields et al., 2015). Schwarzer und Jerusalem schreiben einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung einen positiven Effekt bei gesundheitlichen Beschwerden zu (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Sie gehört zu den protektiven, persönlichen Ressourcen, um eine Krankheit bewältigen zu können (Schwarzer, 1996). Dies scheint nachvollziehbar, da Patienten und Patientinnen mit höherer Selbstwirksamkeitserwartung eher Pläne für den Zeitraum nach Therapieabschluss machen (Schwarzer, 1996) und damit an eine Zukunft ohne Krankheit glauben. Auch die vorliegende Studie scheint diese Annahme zu unterstützen, da eine hohe Selbstwirksamkeit bei Beginn der Therapie eine Verbesserung der Symptomatik, im Sinne einer Reduktion des MADRS, vorhersagte. Ebenfalls denkbar ist eine Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung über den Verlauf der Therapie durch die Behandlung selbst. Diese Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung wurde über den Verlauf der stationären Therapie bei Depression ebenfalls in der zuvor erwähnten Studie beobachtet (Ruholl, 2007). In einer weiteren Studie ist der Anstieg der Selbstwirksamkeitserwartung im Verlauf einer KVT bei an Bulimie erkrankten Personen untersucht worden (Schneider et al., 1986). Die Veränderung der Selbstwirksamkeit über den Verlauf einer Therapie bei Depressionen war kein Bestandteil dieser Auswertung, sollte aber in Zukunft in wissenschaftliche Untersuchungen einfließen. Weiterhin zeigte eine Studie, dass die Selbstwirksamkeitserwartung eine kausale Determinante für eine Schmerztoleranz war,

da Veränderungen der Erwartung auch Veränderungen in der Toleranz beim Kaltwassertest verursachten (Litt, 1988). Dieser Zusammenhang wurde in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht, wäre für künftige, wissenschaftliche Untersuchungen jedoch ebenfalls relevant.

Da die Ergebnisse der Studie einen signifikanten Zusammenhang und ein Vorhersagepotential der Selbstwirksamkeitserwartung auf den Therapieerfolg belegen, sollte diesem Zusammenhang in zukünftigen Studien mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Dabei sollte sowohl auf die Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktor für den Therapieerfolg Rücksicht genommen werden, als auch auf den zugrunde liegenden Mechanismus und den kausalen Zusammenhang. Weitere Fragen, auf die die vorliegende Untersuchung keine Antwort geben kann, sind mögliche Unterschiede im Einfluss und der Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartung innerhalb der verschiedenen Therapieformen sowie ob eine Förderung und Stärkung der Erwartung den Therapieerfolg ebenfalls verbessert.

## **4.2. Therapiespezifische Prädiktoren und Moderatoren**

Für die Therapieformen wurden jeweils zwei Modelle erstellt, in denen nur die Personen berücksichtigt wurden, die entweder eine HDT oder AKDT erhielten. Hier wurde das gleiche Vorgehen gewählt, wie zuvor in den Analysen zur gesamten Stichprobe. Bezüglich der HDT ergaben sich nur sehr geringfügige Unterschiede der beiden Modelle, während sich in der Regressionsanalyse der AKDT Unterschiede zeigten.

### **4.2.1. HDT**

Im Rahmen der Analyse haben sich bezüglich der HDT neben den Prädiktoren MADRS *t1* und SWE *t1* die Variablen ADM und WHOQOL 2 als signifikant in der Voraussage des Therapieerfolgs erwiesen. Auch in der Moderationsanalyse ergab sich ein signifikantes Ergebnis, welches bestätigt, dass Probandinnen und Probanden mit Einnahme von antidepressiven Medikamenten einen geringeren Therapieerfolg in der HDT aufwiesen. Eine vorsichtige Interpretation soll im Verlauf erfolgen. Die Korrelationsmatrix zeigt in der Gruppe der HDT eine positive, signifikante Korrelation zwischen dem MADRS *t2* und der Medikamenteneinnahme, jedoch ist keine signifikante Korrelation zwischen der Medikamenteneinnahme und der initialen Depressivität vorhanden. Dieser Zusammenhang wäre naheliegend gewesen, ist jedoch nicht nachweisbar. Dies wiederum scheint den Verdacht zu bestätigen, dass Personen mit ADM weniger von einer HDT profitieren als Personen ohne Einnahme. Weitergehend scheinen, den Ergebnissen der Moderationsanalyse entsprechend, die Probandinnen und Probanden sogar mehr von einer AKDT zu profitieren.

#### **4.2.1.1. Antidepressive Medikation**

Auch in anderen Arbeiten wurde eine zuvor bestehende psychotrope Medikation in unterschiedlicher Weise bei der Analyse von Therapieerfolgen untersucht. In der Arbeit von Nagel hat sich eine niedrigere Anzahl antidepressiver Medikamente als Prädiktor für eine Response erwiesen (Nagel, 2020). In der vorliegenden Arbeit erzielten insbesondere Probanden und Probandinnen mit stabiler Medikation, die eine Hypnotherapie erhielten, einen geringeren Therapieerfolg.

Bei der Literaturrecherche können ähnliche Ergebnisse gefunden werden: In einer Studie, die Moderatoren für den Therapieerfolg bei KVT und IPPI-D (positive psychology group intervention for depression) untersuchte, ergab sich eine vorherige Einnahme von

Psychopharmaka als Moderator für den Therapieerfolg. In diesem Fall stellt sich heraus, dass die Therapie mit einer KVT besser geeignet war für Probanden und Probandinnen ohne vorherige Einnahme von antidepressiven Medikamenten (Lopez-Gomez et al., 2019). Im Vergleich von einer Therapie mit Psychopharmaka mit der KVT wurde festgestellt, dass der vorherige Versuch, die Depression mit Antidepressiva zu behandeln, ein Prädiktor für ein schlechteres Outcome unabhängig von der Behandlung war (DeRubeis, 2014). Dies ist nur eingeschränkt mit den vorliegenden Ergebnissen vergleichbar, da hier der Vergleich von einer KVT zu einer medikamentösen Behandlung stattfand und die Besserung auf einen grundlegend anderen Mechanismus zurückgeführt werden kann.

Dass sich der Nachteil der ADM speziell im Rahmen der Behandlung mit einer HDT zeigte, könnte auch für eine konkrete Interaktion von diesen beiden Variablen sprechen und deutet möglicherweise daraufhin, dass die Wirkung der Therapie durch einen anderen Mechanismus hervorgerufen wird. Die antidepressive Medikation könnte einen direkten Einfluss auf Charakteristika oder Merkmalsausprägungen haben, welche den Erfolg einer HDT mindern könnten. Weiterhin ist jedoch auch denkbar, dass die Gruppe der Personen, die Antidepressiva nehmen und eine HDT erhielten, weitere Merkmalsausprägungen aufweisen, welche in Zusammenhang mit einem geringeren Therapieerfolg stehen und der beobachtete Effekt dementsprechend zufällig entstanden ist. Auch könnte man annehmen, dass Personen mit ADM mit einer anderen Erwartungshaltung an eine Hypnotherapie herantreten, da diese bisher im Gesundheitssystem noch nicht vollständig etabliert ist und häufig von den Patientinnen und Patienten selbst bezahlt werden muss.

Neben diesen Überlegungen sollte bedacht werden, dass eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie, im Sinne einer KVT, und Psychopharmaka von Patienten und Patientinnen als wirksamer empfunden wird (de Jonghe et al, 1999). Dies legt die Vermutung nahe, dass eine ergänzende, psychotherapeutische Intervention zur bestehenden Medikation ebenfalls positive Effekte haben kann.

Letztendlich lässt sich an dieser Stelle anhand der Ergebnisse festhalten, dass bei bestehender ADM und der Auswahl zwischen KVT und HDT die KVT präferiert werden sollte.

In weiteren Studien zur Hypnotherapie sollte auf diesen Effekt verstärkt Aufmerksamkeit gelegt werden. Es sollte überprüft werden, ob sich das Ergebnis reproduzieren lässt, und

Therapieempfehlungen gegebenenfalls angepasst werden sollten. Falls sich dieser Effekt auch in weiteren Untersuchungen als signifikant erweist, sollte nach dem zugrundeliegenden Mechanismus geforscht werden, denn hierdurch erhält man Hinweise für die Identifikation weiterer Moderatoren (Kadzin, 2007).

#### **4.2.1.2. Lebensqualität, psychische Gesundheit**

Bei der Lebensqualität, erfasst mittels WHOQOLbref und unterteilt in 4 Domänen, zeigt sich nur die psychische Gesundheit zu Beginn der Therapie als prognostische Variable für einen Therapieerfolg. Schätzten die Personen subjektiv ihre Lebensqualität bezogen auf die psychische Gesundheit höher ein, wurde auch ein größerer Therapieerfolg verzeichnet. Die Domäne geht unmittelbar auf konkrete Einschränkungen der psychischen Lebensqualität ein, z. B. „wie gut können Sie Ihr Leben genießen?“ und „Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?“. Es sollte berücksichtigt werden, dass die psychische Gesundheit und die Schwere der Depression nicht grundsätzlich gleichzusetzen sind und es sich um eine subjektive Einschätzung der Person handelt. Untersuchungen haben dennoch ergeben, dass von Depressionen Betroffene erhebliche Einbußen der Lebensqualität beklagen und vergleichsweise stärker eingeschränkt sind als Patientinnen und Patienten mit allgemeinen chronischen Erkrankungen (Wells et al., 1989). Es gilt also weitgehend als bewiesen, dass die Lebensqualität depressiver Personen geringer als die gesunder Personen sei. Es liegt aufgrund dessen nicht fern, dass diese subjektiv wahrgenommenen Einschränkungen zu Beginn einer Therapie in Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen und möglicherweise sogar die Größe dieser Einschränkungen Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen.

Eine höhere Lebensqualität trägt möglicherweise durch höhere Compliance oder Motivation zur Mitarbeit positiv zum Therapieerfolg bei. Mutmaßlich könnte eine Verbesserung der depressiven Symptomatik mittels Therapie auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen oder umgekehrt. Eine Studie aus dem Jahr 2001 legte dies ebenfalls nahe. Hier zeigen sich Verbesserungen der Lebensqualität über einen zwei-monatigen Verlauf einer psychopharmakologischen Therapie bei moderaten bis schwergradigen Depressionen (Skevington & Wright, 2001). Auch vorangegangene wissenschaftliche Untersuchungen zur Voraussage von Therapieergebnissen bei Depressionen haben die Lebensqualität berücksichtigt und kamen zu dem Ergebnis, dass diese ein allgemeiner Prädiktor für einen besseren Therapieerfolg sei (Huibers et al.,

2015). In einer Studie zu Prädiktoren des Therapieerfolgs bei Behandlung mit Psychopharmaka ergab sich außerdem, dass geringere Einschränkungen der Lebensqualität im sozialen Bereich und größere Einschränkungen im körperlichen Bereich zu einem größeren Therapieerfolg führten (Pyne et al., 2001). Auch dies scheint durchaus nachvollziehbar, da sozialer Rückhalt, auch durch Bezugspersonen, und positive Verstärkung durch das soziale Umfeld, wie zuvor erläutert, sich positiv auf die Behandlung einer Depression auswirken. Größere körperliche Einschränkungen könnten gegebenenfalls zur erhöhten Compliance beitragen, da eine höhere Motivation besteht, den Zustand zu ändern.

Die Ergebnisse dieser und vorangegangener Studien, die einen Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Depression sowie der Therapie bestätigten, legen nahe, dass der Einfluss der subjektiven Lebensqualität nicht vernachlässigt werden sollte und noch weitere Untersuchungen zu diesem Thema notwendig sind. Zukünftige Fragestellungen sollten sich darauf beziehen, inwieweit eine Förderung der Lebensqualität den Therapieerfolg verbessert, ob ein direkter Zusammenhang zwischen Schwere der Depression und Lebensqualität besteht, wie die Therapie zur Förderung beitragen kann und außerdem sollte dem kausalen Zusammenhang mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

#### **4.2.2. AKDT**

Die an die KVT angelehnte AKDT ist schon in vielen Studien bezüglich ihrer Wirksamkeit, Prädiktoren und im Vergleich zu anderen Therapieverfahren untersucht worden. Sie gilt als evidenzbasiert und für ein großes Patientenkollektiv wirksam. Dennoch zeigt sich auch in dieser Studie, dass nicht alle Teilnehmenden gleichermaßen profitieren.

Im hierarchischen Regressionsmodell der AKDT ergeben sich der MADRS *t1* und die Selbstwirksamkeitserwartung als Prädiktoren. Fügt man den MADRS *t1* im selben schrittweisen Verfahren wie alle anderen Variablen zum Modell hinzu, ergeben sich wiederum die Domäne 2 der Lebensqualität und der Schulabschluss als Prädiktoren für den Therapieerfolg. Weiterhin wurde der Schulabschluss in eine Moderationsanalyse aufgenommen und bestätigte sich als Moderator.

Die Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Lebensqualität, insbesondere psychischer Gesundheit, wurden schon im Abschnitt zuvor erläutert. Die Studien, die

zuvor zitiert wurden, beziehen sich auch größtenteils auf die KVT. An dieser Stelle wird deshalb ausschließlich auf den prädiktiven Gehalt des Schulabschlusses eingegangen.

Der Erklärungsgehalt der Varianz beider Modelle ist mit 15 % als moderat einzuschätzen. Dies bedeutet, dass möglicherweise Variablen, die einen Einfluss auf den Therapieerfolg hatten, in der Analyse unentdeckt blieben.

#### **4.2.2.1. Schulabschluss**

Das Ergebnis der Analyse bedeutet, dass ein höherer Schulabschluss einen geringeren Therapieerfolg voraussagt. Dies entspricht nicht den Ergebnissen der Studie, auf die zuvor in der Einleitung verwiesen wurde, denn in dieser sagte ein höheres Bildungsniveau, im Sinne des Schulabschlusses, einen höheren Therapieerfolg voraus (Hirschfeld et al., 1998). Das betraf Personen, die sich einer Therapie mit Psychopharmaka zur Behandlung ihrer depressiven Störung unterzogen hatten. In einer weiteren Untersuchung wurde ebenfalls festgestellt, dass ein niedrigeres Bildungsniveau mit einem geringeren Outcome im Verlauf von einem Jahr ohne Therapie einherging (van Beljouw et al., 2010).

Auch die HUNT-Studie von 2008 hat sich entfernt einer ähnlichen Fragestellung gewidmet, inwiefern das Bildungsniveau vor Depression und Angststörungen schützen kann. Sie kam zu dem Ergebnis, dass ein niedrigeres Bildungsniveau mit Depressionen und Angststörungen assoziiert war und darüber hinaus von einem höheren Bildungsniveau ein schützender Effekt gegenüber den genannten psychischen Erkrankungen ausging (Bjelland et al., 2008). Anhand dieser Informationen hätte davon ausgegangen werden können, dass Probanden und Probandinnen mit höherem Bildungsniveau aufgrund des schützenden Effekts eine geringere Schwere der aktuellen Episode aufweisen und somit auch ein höherer Therapieerfolg für Personen mit höherer Schulbildung eintritt. Dieser Effekt tritt jedoch in der durchgeführten Analyse nicht ein.

In der zusätzlich durchgeführten Moderationsanalyse hat sich die Schulbildung auch als Moderator für den Therapieerfolg in der AKDT bewiesen. Das heißt, dass explizit Teilnehmende mit einer höheren Schulbildung weniger von einer AKDT profitierten. Im Vergleich zur HDT wird in der KVT viel strukturierter gearbeitet. Die Personen erhalten Arbeitsblätter und Hausaufgaben, weiterhin werden der Alltag und die Freizeit strukturiert sowie auch das Verhalten und kognitive Muster bearbeitet und reflektiert. Möglicherweise profitieren explizit Probanden und Probandinnen mit einem geringeren Bildungsniveau von diesen Strukturierungsmaßnahmen, da bei diesen noch größeres

Verbesserungspotential in Bezug darauf besteht.

Grundsätzlich lässt sich bezüglich der Stichprobe festhalten, dass ein Großteil der Probandinnen und Probanden ein hohes Bildungsniveau aufwies und dass dies zu Verzerrungen der Ergebnisse führen konnte. Mit 68 % stellte die allgemeine Hochschulreife den häufigsten und höchsten Schulabschluss. Das bedeutet, dass die anderen ca. 30 % sich auf die mittleren Schulabschlüsse Fachhochschulreife und Real- sowie den niedrigen (Haupt-)schulabschluss aufteilten. Dies ergibt sehr kleine Stichprobengrößen bezüglich niedrigeren Bildungsniveaus, womit nur eine eingeschränkte Aussagekraft besteht. Eine Interpretation sollte dementsprechend nur vorsichtig erfolgen.

Weiterhin ergab sich das Bildungsniveau nur als Prädiktor, wenn der MADRS *t1* nicht im ersten Block berücksichtigt wurde, sondern ins schrittweise Vorgehen aufgenommen wurde. Es gilt zu bedenken, dass die Variablen hier ihrem Erklärungswert entsprechend aufgenommen und entfernt werden. Auch stellte sich in diesem Modell, zusätzlich zu der Lebensqualität, ebenfalls nur ein moderater Erklärungswert für die Varianz der Ergebnisse ein.

Um zukünftig verlässliche Ergebnisse bezüglich des Einflusses des Bildungsniveaus erzielen zu können, sollte auf eine homogene Verteilung in der Stichprobe geachtet werden. Dennoch sollte das Ergebnis als Grundlage für weitere Forschung in diesem Bereich gesehen werden.



### 4.3. Weitere Erkenntnisse

An dieser Stelle soll zusammenfassend auf weitere Erkenntnisse aus den Ergebnissen eingegangen werden, die nicht unerwähnt bleiben sollen, da diese hilfreich für die Gestaltung weiterer Untersuchungen und Studien sein könnten.

Obwohl eine Reihe von Variablen in den Korrelationsanalysen einen signifikanten Zusammenhang zum MADRS  $t_2$  zeigten, besitzt nur eine kleinere Anzahl an Variablen einen signifikanten prognostischen Wert für das Outcome. Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die meisten soziodemografischen Variablen, die in die Analyse mit aufgenommen wurden, keine bedeutende Rolle bei der Prognose des Therapieerfolgs innehatten. Dies stimmt auch mit zuvor durchgeführten Untersuchungen zu Prädiktoren überein (Blom et al., 2007, Schindler et al., 2013). Dennoch gibt es auch, explizit das Geschlecht betreffend, andere Ergebnisse. In der Studie zur Prädiktion des Therapieerfolgs bei CT und IPT von Huibers war das weibliche Geschlecht ein signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg (Huibers et al., 2015). Die Studie von Donker, in der die Voraussage einer Therapieresponse bei internet-basierter IPT und KVT untersucht wurde, kam zu dem Ergebnis, dass auch hier Probanden weiblichen Geschlechts mehr von der Therapie profitierten (Donker et al., 2013). Auch weitere soziodemografische Faktoren wie die Erwerbstätigkeit oder das familiäre Umfeld, die sich in anderen Studien zu Therapien von Depressionen als relevante Prädiktoren erwiesen haben (Huibers et al., 2015), zeigten keine signifikanten Zusammenhänge oder prognostischen Einflüsse.

Ein weiteres Ergebnis, welches anhand der vorhandenen Literatur überrascht, ist, dass die Komorbiditäten ebenfalls keinen Einfluss auf das Therapieergebnis zeigen. Der prädiktive Gehalt von Komorbiditäten wurde unter anderem schon in anderen Studien nachgewiesen (De Carlo et al., 2010, Bagby et al., 2002). Dabei wurden in der vorliegenden Arbeit nur aktuelle, psychische Komorbiditäten berücksichtigt. Ursache für die fehlende Beeinflussung kann eine unzureichende Bewertung durch validierte Fragebögen, der Ausschluss von zu dominanten Komorbiditäten und die geringe Anzahl der Probanden und Probandinnen mit aktuell vorhandenen Komorbiditäten sein. Es könnte auch eine Unklarheit bezüglich der Definition studienübergreifend bestehen. Eine begleitende, ängstliche Komponente kann Einfluss auf den Erfolg einer Therapie haben (Huibers et al., 2015). Eine gründlichere Erhebung dieser Daten (mit speziellen

Fragebögen) in zukünftigen Studien zur Prädiktion des Therapieerfolgs sollte dementsprechend vorgenommen werden.

Anders als erwartet zeigte sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Suggestibilität und Therapieerfolg. Die Suggestibilität ist wie eingangs beschrieben, ein mögliches Maß für die Hypnotisierbarkeit. Aufgrund der Definition und vorangegangener Ergebnisse diesbezüglich (Alladin & Alibhai, 2007) wäre es naheliegend, dass ein signifikanter Zusammenhang bestünde. Jedoch zeigte sich über alle durchgeführten Analysen hinweg keinerlei signifikantes Ergebnis. Da diese Ergebnisse jedoch keine ausreichende Grundlage zur Interpretation und Deutung des kausalen Mechanismus bieten, sollte dieser Sachverhalt in weiterführenden Studien zur Hypnotherapie adressiert werden.

Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang der Therapieerwartung oder Präferenz für eine Therapieform zum MADRS *t2* nachweisen. Jedoch ist die Korrelation zwischen Therapieerwartung der KVT und Therapieerfolg nur knapp nicht signifikant ( $p < .055$ ). Aufgrund dessen wurde die Variable nicht in die Regressionsanalyse aufgenommen und nicht auf ihren prognostischen Wert hin überprüft.

## **4.4. Limitationen**

Die Ergebnisse wurden ausführlich interpretiert und in Kontext mit anderen wissenschaftlichen Arbeiten gesetzt. An dieser Stelle sollen nun Einschränkungen genannt und in Bezug auf ihre Aussagekraft kritisch reflektiert werden. Unterschieden wird dabei in methodische und inhaltliche Limitationen.

### **4.4.1. Methodische Limitationen**

#### **Studiendesign**

Die Studie wurde als eine RCT (randomized controlled trial) durchgeführt. Dieses Design bietet die notwendige Evidenz und gilt als Goldstandard in der Forschung. Dennoch lassen sich Ergebnisse aus einer solchen Studie nicht 1:1 auf die Praxis übertragen, da eine unter kontrollierten Bedingungen erfolgreiche Therapie nicht gleichermaßen erfolgreich in der Praxis sein muss (Leichsenring et al., 2004). Zu bedenken gilt hierbei, dass die standardisierten Studienbedingungen nicht direkt auf die Versorgungsmöglichkeiten in der Praxis übertragbar sind. Auch die Auswahl der Studienpopulation, die anhand einer Reihe von Ein- und Ausschlusskriterien vorgenommen wurde, stellt eine Einschränkung dar, da Betroffene in der Praxis häufig diverse und komplexe Begleiterkrankungen oder -medikationen aufweisen, welche nicht berücksichtigt bzw. ausgeschlossen wurden (Kabisch et al., 2011). Es sollte dementsprechend betont werden, dass die Ergebnisse nur interpretierbar sind im Rahmen der Ein- und Ausschlusskriterien und der Bedingungen, unter welchen die Studien durchgeführt wurden. Dies bedeutet im Speziellen, dass die Ergebnisse sich auf leicht bis mittelgradige Depressionen, die mit KVT oder HDT über einen Zeitraum von 20 Sitzungen behandelt wurden, beziehen. Es ist nicht auszuschließen, dass sich bei längerer oder kürzerer Therapiedauer unterschiedliche Beziehungen zwischen Baselinevariablen und Therapieerfolg ergeben.

#### **Umgang mit fehlenden Daten**

An dieser Stelle soll auch nochmal darauf hingewiesen werden, dass fehlende Daten teilweise durch den Median und multiple Imputationen ersetzt wurden. In Bezug auf die Fragebögen wurde streng darauf geachtet, dass fehlende Werte nur ersetzt wurden, wenn weniger als 20 % des Fragebogens fehlten. Die multiplen Imputationen wurden lediglich

für die fehlenden Werte des MADRS *t2* nach dem ITT-Prinzip eingesetzt. Dies wurde durchgeführt, um die Größe der Stichprobe und damit die Power zu erhöhen. Die Stichprobengröße reduzierte sich weiterhin bei der Regression, da Fälle listenweise ausgeschlossen wurden, wenn lediglich ein Summenwert eines Fragebogens fehlte.

### **Messinstrumente**

Die verwendeten Fragebögen beruhen meist auf einer subjektiven Einschätzung der Teilnehmenden und die einzelnen Items werden jeweils von diesen interpretiert. Dennoch handelt es sich um Fragebögen, die in Studien validiert wurden, wie im Methodenteil vermerkt wurde.

Bei der Erhebung des MADRS wird kein standardisiertes Interview durchgeführt. Ein strukturiertes Interview könnte dazu beitragen die Reliabilität zu verbessern. Bei der MADRS handelt es sich um ein Fremdurteil, welches häufig verlässlichere Werte als ein Selbsturteil produziert. Weiterhin lässt er keine Bewertung von atypischen und akzessorischen Symptomen der Depression zu (Iannuzzo et al., 2006).

Die Daten der Fragebögen wurden im Nachhinein digitalisiert, wodurch es möglich ist, dass Übertragungsfehler entstanden sind. In der vorliegenden Studie wurden die Daten zweimal eingegeben und bei Fehlern von einer unabhängigen Person geprüft. Die Daten wurden hinsichtlich Ausreißer überprüft und es ergab sich eine Normalverteilung, weshalb davon auszugehen ist, dass der Einfluss möglicher Übertragungsfehler auf das Ergebnis zu vernachlässigen ist.

### **Stichprobengröße**

Bezüglich der Stichprobengröße sollten für eine ausreichende Power einige Regeln beachtet werden. Grundsätzlich gelten nach Green einige Faustregeln diesbezüglich (Green, 1991). Die Stichprobengröße sollte  $N = 104 + m$  (Anzahl der Prädiktoren) bei einer multiplen linearen Regression sein. Diese Regel ist bei der Analyse der gesamten Stichprobe erfüllt ( $N=141$ ). Betrachtet man die Subgruppenanalysen AKDT und HDT ist die Stichprobengröße eingeschränkt und beträgt nur  $N=74$  bei der AKDT und  $N=68$  bei der HDT. Anwendbar ist hier eine weitere Daumenregel, die besagt, dass die Mindestgröße  $N=20 + 5m$  betragen sollte. Diese wird erreicht, da je fünf Variablen auf ihre voraussagenden Eigenschaften geprüft werden und dementsprechend die Mindestgröße von  $N=45$  überschritten wird. Dennoch ist es möglich, dass durch die

geringere Power kleinere Effekte und Zusammenhänge nicht entdeckt wurden. Insbesondere hinsichtlich des Einflusses der Erwartung ist davon auszugehen, dass aufgrund der Stichprobengröße der Effekt unentdeckt geblieben ist. Auch wenn die Aussagekraft aufgrund der Stichprobengröße in Bezug auf einige Merkmalsausprägungen limitiert ist, ist die Analyse sinnvoll, denn die Ergebnisse können in weiterführende Meta-Analysen einfließen.

### **Variablen**

Die Auswahl der Variablen und die Einordnung der Ergebnisse erfolgt weitgehend nur an Literatur bezüglich KVT oder anderen evidenzbasierten Therapieverfahren. Es zeigt sich eine Vielfalt an unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten (Studiendesign, Ein- und Ausschlusskriterien, Art der Therapie etc.) einer Studie, weshalb eine direkte Übertragung und der Vergleich der Ergebnisse mit vorhandener Literatur oftmals nicht gelingt. Für die Hypnotherapie gibt es zu diesem Zeitpunkt kaum vergleichbare Literatur, was eine Einordnung der Ergebnisse hier zusätzlich erschwert. In Zukunft sollten weitere Reviews und Metaanalysen zeigen, ob sich über die Untersuchungen hinweg ein konsistentes Ergebnis abzeichnen lässt. Aufgrund der spärlichen Daten zu der HDT ist es möglich, dass Variablen, die den Therapieerfolg vorhersagen, unentdeckt blieben, da sie nicht berücksichtigt wurden. Da jedoch viele Variablen explorativ ausgewählt wurden, wurde ein weites Spektrum abgebildet und zukünftige Untersuchungen können sich an der vorliegenden Arbeit bei der weiteren Erforschung des Therapieerfolgs einer KVT und Hypnotherapie orientieren.

Nicht unerwähnt sollte man den Umstand lassen, dass lediglich Beziehungen zwischen den Variablen zum Zeitpunkt der Baseline und dem Outcome untersucht wurden. Es lässt sich keine Aussage über den Einfluss und den Mechanismus der Symptomverbesserung treffen. Auch eine Veränderung der Variablen über den Verlauf der Therapie oder die Beeinflussung untereinander kann nicht beurteilt werden. Um den genauen kausalen Effekt zu untersuchen, wäre es notwendig die Variablen und die Veränderung dieser über den Therapieverlauf auszuwerten.

#### **4.4.2. Inhaltliche Limitationen**

Neben den schon genannten Beschränkungen sei auch noch die Stichprobenszusammensetzung zu erwähnen. Vor allem im Bereich der demografischen

und störungsbezogenen Variablen zeigt sich eine unregelmäßige Verteilung mancher Merkmalsausprägungen. Dies betrifft zum Beispiel die Verteilung der Geschlechter: Zwei Drittel der Studienpopulation waren weiblich. Diese Verteilung ist im Rahmen von Therapiestudien zur Depression nicht ungewöhnlich und mit anderen Studien vergleichbar. Auch die Beurteilung des Einflusses des Beschäftigungsverhältnisses ist gegebenenfalls eingeschränkt, da 82 % einer regelmäßigen Beschäftigung im Sinne von Studium, Schule oder Arbeit nachgehen und nur 23 Probanden keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgingen. Selbiges gilt auch für die Familienanamnese, denn nur 28 Teilnehmende wiesen eine positive Familienanamnese auf, wobei es sich hier auch nur um eine subjektive, anamnestische Angabe handelte. Bei zukünftigen Studien sollte darauf geachtet werden, dass eine ausreichend große Stichprobe bezüglich bestimmten Merkmalsausprägungen vorliegt, um Prädiktoren und Moderatoren bestimmen zu können.

#### **4.5. Schlussfolgerung und Ausblick**

Die Depression ist eine Erkrankung von hoher gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Relevanz. Bei der Fülle an Therapiemöglichkeiten und evidenzbasierten Verfahren zur Behandlung gibt es noch immer von Depression betroffene Menschen, bei denen die gewählte Therapie nicht die gewünschte Wirkung zeigt. Dies verdeutlicht die Dringlichkeit, mit der sich die Forschung einer personalisierten Behandlung von Depressionen widmen sollte. Um den Weg zur personalisierten Medizin zu ebnet, braucht es Untersuchungen wie die vorliegende, um zu herauszufinden, was für wen unter welchen Bedingungen wirkt.

Dabei hat sich gezeigt, dass innerhalb der vorliegenden Studie ein niedrigerer MADRS zu Beginn, eine kürzere Dauer der Depression und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung Prädiktoren für einen Therapieerfolg insgesamt darstellen. Als Moderator wurde darüber hinaus für die HDT die ADM und für die AKDT der Schulabschluss identifiziert. Als therapiespezifischen Prädiktoren für einen höheren Therapieerfolg der HDT haben sich das Fehlen einer antidepressiven Medikation und eine höhere Lebensqualität (psychischer Gesundheit) ergeben. In Bezug auf den Therapieerfolg der AKDT lassen sich mit methodischen Einschränkungen die Schulbildung und ebenfalls die psychische Gesundheit festhalten.

Vor allem im Bereich der Forschung zur personalisierten Therapie ist es wichtig zu wissen, anhand welcher Variablen man ein Patientenkollektiv für eine bestimmte Therapieform charakterisiert. Die Forschungsgruppe um DeRubeis ist noch einen Schritt weitergegangen und hat den „Personalized Advantage Index“ erstellt (DeRubeis et al., 2014). Hierbei wird nach Analyse der Prädiktoren und Moderatoren zweier Therapieformen ein Modell erstellt, in welchem die optimale Therapieform für die einzelne Person anhand der Prädiktoren und Moderatoren ermittelt wird. Nach Ablauf der Behandlung wird verglichen, inwiefern sich der Therapieerfolg bei Personen mit optimaler Therapie vom Therapieerfolg der Personen mit suboptimaler Therapie unterscheidet. Dieser Vorgehensweise wurde schon in weiteren Studien überprüft und scheint den Weg in die Zukunft der personalisierten Medizin weiter zu ebnet (Huibers et al., 2015, van Bronswijk et al., 2021, Friedl et al., 2020, Lopez-Gomez et al., 2019).

Die Berücksichtigung der Ergebnisse kann zur spezifischeren Therapieauswahl bei bestimmten Subgruppen beitragen. Mit jeder weiteren Erkenntnis und der Integration in

den Kontext anderer Ergebnisse gelangt man näher an das Ziel der personalisierten Medizin. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass es auch bezüglich der zugrundeliegenden Mechanismen der Wirkung einer Therapie noch weiterer Erforschung bedarf. Es sind weitere Studien notwendig, um vor allem in Bezug auf die Behandlung mit einer Hypnotherapie, aber auch die evidenzbasierte kognitive Verhaltenstherapie hat noch Untersuchungsbedarf bezüglich Wirkmechanismen, Prädiktoren und Moderatoren.



## 5. Zusammenfassung

Im Rahmen einer Vergleichsstudie zur Effektivität der Therapie von leicht- bis mittelgradigen Depressionen haben sich die beiden eingesetzten Therapieverfahren ‚kognitive Verhaltenstherapie‘ (KVT) und ‚Hypnotherapie‘ (HDT) als gleichermaßen wirksam erwiesen (Fuhr et al., 2021). Dennoch profitierte ein Teil der Patientinnen und Patienten nicht von der Therapie. Für die Anpassung des Therapieprogramms bzw. die Selektion passender Therapieformen erscheint es sinnvoll, mögliche Prädiktoren und Moderatoren eines Therapieerfolges zu ermitteln.

Bei den 152 Personen mit leicht- bis mittelgradigen Depressionen, die an der Studie teilgenommen hatten, wurden zum Zeitpunkt der Baseline personen- und störungsbezogene Variablen erfasst. Mittels Korrelationsuntersuchungen (Pearson) die Zusammenhänge zwischen den Baselinevariablen und Behandlungsergebnis, welches durch den Summenwert der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) definiert wurde, geprüft. Variablen mit signifikantem Zusammenhang zum Outcome wurden in Regressionsanalysen auf ihren Erklärungsbeitrag zur Varianz des Outcomes und ihre Voraussagequalitäten geprüft. Variablen, die nur innerhalb einer Gruppe signifikante Zusammenhänge zum Outcome der jeweiligen Therapieform zeigten, wurden zusätzlich Moderationsanalysen durchgeführt. Als Prädiktoren für den Therapieerfolg, unabhängig von der Therapieform, erwiesen sich die Schwere und Dauer der Episode sowie die Selbstwirksamkeitserwartung. In der Behandlungsgruppe, die HDT erhielt, sagten die antidepressive Medikation und eine psychische Lebensqualität den Behandlungserfolg voraus. In der Gruppe der Personen mit einer KVT waren der Schulabschluss sowie die psychische Lebensqualität für den Behandlungserfolg bedeutsam. In der Moderationsanalyse waren die antidepressive Medikation (HDT) und ein höherer Schulabschluss (KVT) Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg.

Über alle Analysen hinweg stellte die Selbstwirksamkeitserwartung den wichtigsten Prädiktor für den Therapieerfolg dar. Patienten und Patientinnen mit einer antidepressiven Medikation sollten sich bei der Wahl zwischen KVT und HDT bevorzugt für eine KVT entscheiden. Um eine personalisierte Medizin im Bereich der Psychotherapie zu ermöglichen, sollte der prädiktive und moderierende Wert dieser und anderer Baselinevariablen ermittelt bzw. überprüft werden.

## 6. Verzeichnisse

### 6.1. Literaturverzeichnis

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(2), 147–166.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), *American Psychiatric Pub.*
- Bagby RM, Ryder AG & Cristi C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *J Psychiatry Neurosci*, 27, 250-7.
- Balestri, M., Calati, R., Souery, D., Kautzky, A., Kasper, S., Montgomery, S., Zohar, J., Mendlewicz, J., Serretti, A. (2016). Socio-demographic and clinical predictors of treatment resistant depression: A prospective European multicenter study. *Journal of Affective Disorders*, 189, 224–232.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, 191-215.
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 951–958.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beard, C., Stein A. T., Hearon, B. A., Lee, J., Hsu K. J. & Bjorgvinsson, T., (2016). Predictors of Depression Treatment Response in an Intensive CBT Partial Hospital. *Journal of clinical psychology*, Vol. 72(4), 297–310.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw BF & Emery G (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Berlim, M. T., Pavanello, D.P., Caldieraro, M. A. K. & Fleck, M. P. A. (2005). Reliability and validity of the WHOQOL BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression *Qual Life Res* 14, 561–564.
- Berndt, E. R., Finkelstein, S. N., Greenberg, P. E., Howland, R. H., Keith, A., Rush, A. J., Russell, J., & Keller, M. B. (1998). Workplace performance effects from chronic depression and its treatment. *Journal of Health Economics*, 17(5), 511–535.
- Birren, J.E. & Dieckmann L. (1991). Concepts and Content of Quality of Life in the Later Years: An Overview. In Birren J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. & Deutchman, D.E. (Hrsg.) *The concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. (S. 344-360). San Diego: Academic Press.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S. & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, 66, 1334-1345.
- Blom, M. B. J., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P. M. J., & van Dyck, R. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104(1– 3), 119–126.

- Bodanowitz, J. (Chef-Pressesprecher) (2019). *DAK-Psychoreport 2019: dreimal mehr Fehltag als 1997 Langzeit-Analyse zeigt: Krankmeldungen wegen Depressionen am häufigsten*. Hamburg: DAK Gesundheit
- Bongartz, W. (1985). German Norms for the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(2), 131-139.
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S.E., Blonk, R.W.B., Schaufeli W.B. & Wijngaards-de Meij, L.D.N.V. (2019). Predicting the Effectiveness of Work-Focused CBT for Common Mental Disorders: The Influence of Baseline Self-Efficacy, Depression and Anxiety. *J Occup Rehabil*, 29, 31–41.
- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A.N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M.C., Williams, D.R. & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*, 9, 90.
- Buckelew, S.P., Huyser, B., Hewett, J.E., Johnson, J.C., Conway, R., Parker, J.C. & Kay, D.R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis & Rheumatism*, 9, 97-104.
- Bulloch, A., Williams, J., Lavorato, D., & Patten, S. (2014). Recurrence of major depressive episodes is strongly dependent on the number of previous episodes. *Depression and Anxiety*, 31(1), 72–76.
- Calati, R., Salvina Signorelli, M., Balestri, M., Marsano, A., De Ronchi, D., Aguglia, E. & Serretti, A., (2013). Antidepressants in elderly: metaregression of double-blind, randomized clinical trials. *J Affect Disord*, 147, 1-8.
- Catarino, A., Bateup, S., Tablan, V., Innes, K., Freer, S., Richards, A., Stott, R., Hollon, S. D., Chamberlain, S. R., Hayes, A. & Blackwell, A. D. (2018). Demographic and clinical predictors of response to internet-enabled cognitive-behavioural therapy for depression and anxiety. *BJPsych Open*, 4(5), 411-418.
- Covino, N. A., Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., & Frankel, F. H. (1994). Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 455–459.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (S.79-81). Hillsdale N.J: Erlbaum Associates.
- Cohen, Z. D., Kim, T. T., Van, H. L., Dekker, J. J. M. & Driessen E. (2020). A demonstration of a multi-method variable selection approach for treatment selection: Recommending cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for mild to moderate adult depression. *Psychother Res.*,30(2), 137-150
- Cuijpers, P., Weitz, E., Twisk, J., Kuehner, C., Cristea, I., David, D., Derubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunlop, B. W., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Kheirkhah, F., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Segal, Z. V., Siddique, J., Simons, A. D., Vittengl, J. R. & Hollon, S. D. (2014). Gender as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression: An “individual patient data” meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31(11), 941–951.
- Davidson, J. R. T., & Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 4–11.

- De Carlo, V., Calati, R. & Serretti A. (2016). Socio-demographic and clinical predictors of non-response/non-remission in treatment resistant depressed patients: A systematic review. *Psychiatry Res*, 240, 421-30.
- de Jonghe, F., Hendriksen, M., Van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R., Van Den Eijnden, E. & Dekker, J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*, 185, 37-45.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416.
- DeRubeis, R. J., Cohen, Z. D., Forand, N. R., Fournier, J. C., Gelfand, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2014). The personalized advantage index: Translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS ONE*, 9(1), 1–8.
- DGPPN, B., KBV, A., AkdÄ, B., BApK, D., DEGAM, D. & DGPs, D. (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Langfassung 2. Auflage. DGPPN, ÄZQ, AWMF, Berlin, Düsseldorf.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. M. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 668–680.
- Driessen, E., Smits, N., Dekker, J. J. M., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., & Van, H. L. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: A study of prescriptive factors. *Psychological Medicine*, 46(4), 731–744.
- Donker, T., Batterham, P. J., Warmerdam, L., Bennett, K., Bennett, A., Cuijpers, P., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2013). Predictors and moderators of response to internet-delivered Interpersonal Psychotherapy and Cognitive Behavior Therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 343–351.
- Duggan C., Sham P., Minne C., Lee A. & Murray R. (1998). Family history as a predictor for poor long-term outcome in Depression. *British Journal of Psychiatry*, 173, 527-536.
- Dunlop, B. W., Kelley, M. E., Aponte-Rivera, V., Mletzko-Crowe, T., Kinkead, B., Ritchie, J. C., Nemeroff, C. B., Craighead, W. E. & Mayberg, H. S.; PRedICT Team (2017). Effects of Patient Preferences on Outcomes in the Predictors of Remission in Depression to Individual and Combined Treatments (PRedICT) Study. *Am J Psychiatry*, 1, 174(6), 546-556.
- Elkin, I., Gibbons R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T. & Pilkonis P. A., (1995). Initial Severity and Differential Treatment Outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol.63, No.5, 841-847.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11).
- Ferster, C.B. (1973). A functional Analysis of Depression, *Linguistics and Philosophy*, 6 (4), 857-870.

- Field, A. (2005). *Discovering statistics using IBM SPSS* (2nd ed.). Thousand Oak, California: Sage Publications, Inc.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., & Gallop, R. (2009). Prediction of Response to Medication and Cognitive Therapy in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 775–787.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association, 303*(1), 47–53.
- Friedl, N., Krieger, T., Chevreur, K., Hazo, J. B., Holtzmann, J., Hoogendoorn, M., Kleiboer, A., Mathiasen, K., Urech, A., Riper, H. & Berger T. (2020). Using the Personalized Advantage Index for Individual Treatment Allocation to Blended Treatment or Treatment as Usual for Depression in Secondary Care. *J Clin Med., 9*(2), 490.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C. & König, H. H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland: Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatr Prax, 32*(3), 113-21.
- Frischholz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G., & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *American Journal of Psychiatry, 149*(11), 1521–1525.
- Fromme, R. E. (2001). *Predictors of outcome in a cognitive-behavioral anxiety management group* (Dissertation, State University of New York at Buffalo).
- Fuhr, K., Hautzinger, M., Krisch, K., Berking & M., Evert, D. D. (2016). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale – Psychometric properties of the long and short form. *Comprehensive Psychiatry, Volume 66*, 209-218.
- Fuhr, K., Meisner, C., Broch, A., Cymry, B., Hinkel, J., Jaberg, J., Petrasch, M., Schweizer, C., Stiegler, A., Zeep, C., & Batra, A. (2021). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy for mild to moderate depression - Results of a randomized controlled rater-blind clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 286*, 166–173.
- Gilmer, W.S., Gollan, J.K., Wisniewski, S.R., Howland. R.H., Trivedi, M.H., Miyahara, S., Fleck, J., Thase, M.E., Alpert, J.E., Nierenberg, A.A., Warden, D., Fava, M. & Rush, A.J. (2008). Does the duration of index episode affect the treatment outcome of major depressive disorder? A STAR\*D report. *J Clin Psychiatry, 69*(8), 1246-56.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review, 106*(3), 458–490.
- Green S.B. (1991) How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis, *Multivariate Behavioral Research, 26*(3), 499-510.
- Hamilton, K. E., & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review, 22*(6), 875–893.
- Haour F. (2005). Mechanisms of the Placebo Effect and of Conditioning. *Neuroimmunomodulation. 12*, 195–200.

- Harper, A., Power, M., & WHOQOL Group, X. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, (28), 551-558.
- Hautzinger, M. (2008). Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(4), 422-429.
- Hautzinger, M. (2013). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (7. Aufl.), Weinheim: Beltz Verlag.
- Hawley, C. J., Gale, T. M., & Sivakumaran, T. (2002). Defining remission by cut off score on the MADRS: Selecting the optimal value. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), 177-184.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis*, 2. Auflage, New York: Guilford Press.
- Hays, R.D., Wells K.B., Sherbourne, C.D., Rogers, W. & Spritzer, K. (1995). Functioning and Well-being Outcomes of Patients With Depression Compared With Chronic General Medical Illnesses, *Arch Gen Psychiatry*, 32, 11-19.
- Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. Göttingen: Hogrefe Verlag. *Diagnostica*, 1, 26-32
- Hirschfeld, R. M. A., Russell, J. M., Delgado, P. L., Fawcett, J., Friedman, R. A., Harrison, W. M., Koran, L. M., Miller, I. W., Thase, M. E., Howland, R.H., Connolly, M. A & Miceli, R. J. (1998). Predictors of response to acute treatment of chronic and double depression with sertraline or imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(12), 669-675.
- 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. *Arch Gen Psychiatry*, 62(4), 417-422.
- Hollon S.D., DeRubeis R.J., Fawcett J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Zajecka, J., Young, P. R. & Gallop, R. (2014). Effect of Cognitive Therapy With Antidepressant Medications vs Anti-depressants Alone on the Rate of Recovery in Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2014, 71(10), 1157-1164.
- Hoyer, J., & Vogel, D. (2018). Verhaltensaktivierung – Techniken der Verhaltenstherapie. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLoS ONE*, 10(11), 1-16.
- Iannuzzo, R.W., Jaeger, J., Goldberg, J.F., Kafantaris, V. & Sublette, M.E. (2006). Development and reliability of the HAMD/ MADRS interview: an integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Res*, 145, 21-37.
- Jones, N. P., Siegle, G. J., & Thase, M. E. (2008). Effects of rumination and initial severity on remission to cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 591-604.

- Kabisch, M., Ruckes, C., Seibert-Grafe, M. & Blettner, M. (2011). Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(39): 663–8.
- Kanter, J. W., Mulick, P. S., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. R. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADs): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191–202.
- Kavanagh D.J. & Wilson P.H. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression, *Behav Res Ther.*, 27(4):333–343.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*; 3, 1-27.
- Keller, M.B., McCullough, J.P., Klein, D.N., Arnow, B., Dunner, D.L., Gelenberg, A.J., Markowitz, J.C., Nemeroff, C.B., Russell J.M., Thase, M.E., Trivedi, M.H. & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*, 342(20), 1462-70.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *PLoS Medicine*, 5(2), 0260–0268.
- Kirsch I. (1997). Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects. In: Harrington, A. (Hrsg.), *The placebo effect: An interdisciplinary exploration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 877–883.
- Kunas, S. L., Lautenbacher, L. M., Lueken, P. U. & Hilbert, K. (2020) Psychological Predictors of Cognitive-Behavioral Therapy Outcomes for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord.*, 278, 614-626.
- Laier, Michael (2005): Hypnose. In: Werner E. Gerabek, Bernhard D. Haage, Gundolf Keil, Wolfgang Wegner (Hrsg.): *Enzyklopädie Medizingeschichte* (S. 648 f.), Berlin/New York: Walter De Gruyter.
- Leichsenring, F. & Rüter, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien — Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50, No. 2, 203-217.
- Lemmens, L.H., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S.D., Roefs, A. & Huibers, M.J. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy vs. interpersonal psychotherapy for depression: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 2015, 1–16.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261–268.
- Lewinsohn, P. M., (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science and Medicine*, 72(4), 608–616.

- Linden, M., Hautzinger, M. (2005). Depressionen, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie manual* (5. Auflage, S. 465- 471), Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Litt, M. D. (1988). Self-Efficacy and Perceived Control: Cognitive Mediators of Pain Tolerance, *Journal of personality*, 54, No. 1,149-160.
- Lopez-Gomez I., Lorenzo-Luaces, L.,Chaves, C., Hervas, G., DeRubeis R. J. & Vazquez, C. (2019). Predicting optimal interventions for clinical depression: Moderators of outcomes in a positive psychological intervention vs. cognitive-behavioral therapy. *General Hospital Psychiatry*, 61, 104–110.
- Lorenzo-Luaces, L., Rodriguez-Quintana, N. & Bailey, A. J. (2020). Double trouble: Do symptom severity and duration interact to predicting treatment outcomes in adolescent depression? *Behav Res Ther*, 131,103637.
- 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-behaviour therapy for depression. *Br J Psychiatry*, 190, 496–502.
- Monroe, S. M., Slavich, G. M., & Gotlib, I. H. (2013). Life stress and family history for depression: the moderating role of past depressive episodes. *Journal of psychiatric research*, 49, 90–95.
- Montgomery S.A. & Asberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134 (4), 382–389.
- Moss, H. B., Kirisci, L., & Mezzich, A. C. (1994). Psychiatric Comorbidity and Self-Efficacy to Resist Heavy Drinking in Alcoholic and Nonalcoholic Adolescents. *American Journal on Addictions*, 3(3), 204–212.
- Nagel, J. M. (2020). *Prädiktoren für das Therapieansprechen bei stationär behandelten Patienten mit Depression* (Dissertation, Medizinische Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin).
- Naumann, V. J., & Byrne, G. J. A. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *International Psychogeriatrics*, 16(2), 159–173.
- Nolen-hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood, *Cognition & Emotion*, 7(6), 561-570.
- Pampallona S., Bollini P., Tibaldi G., Kupelnick B. & Munizza C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. *Arch Gen Psychiatr*. 61(7), 714–719.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118.
- Pyne, J. M., Bullock, D., Kaplan, R. M., Smith, T. L., Gillin, J. C., Golshan, S., Kelsoe, J. R., & Williams, D. K. (2001). Health-related quality-of-life measure enhances acute treatment response prediction in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(4), 261–268.
- Piesbergen, C. & Peter, B. (2005). Was messen Suggestibilitätsskalen? Eine Untersuchung zur Faktorenstruktur der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS: A). *Hypnose: Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie*, 139-159.
- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173, 24–28.



- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2).
- Revenstorff, D. (2003). Definition und Kurzbeschreibung, *Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie*, Revenstorff, D. (Hrsg), Tübingen: Privatdruck Dirk Revenstorff.
- Risch, A.K. (2008). *Rezidivierende Depression: Psychologische Risikofaktoren und Prädiktoren des Störungsverlaufs* (Dissertation, Friedrich-Schiller- Universität Jena).
- Ruholl, Sabine (2007). *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen – Status und Verlauf* (Dissertation, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen).
- Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ingvar, M., Öst, L.-G., Lekander, M., Ljótsson, B. & Hedman-Lagerlöf, E. (2020). Predictors of outcome in guided self-help cognitive behavioural therapy for common mental disorders in primary care, *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(6), 455-474.
- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*, 168, 38–43.
- Schindler, A., Hiller, W., & Witthöft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 365–370.
- Schindler, C. & Körkel, J. (1994). Selbstwirksamkeitserwartung junger, erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4, 152-161.
- Schmaling, K.B., Dimidjian, S., Katon, W. & Sullivan, M., (2002). Response Styles Among Patients With Minor Depression and Dysthymia in Primary Care. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, No. 2, 350–356.
- Schneider, J. A., O'leary, A. & Agras, W. S. (1987) The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: a preliminary examination, *Behaviour Research and Therapy*, 25, Issue 5, 429-432.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens, Einführung in die Gesundheitspsychologie*, 2. Aufl. (überarb. und erw. Aufl.), Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In M. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (S. 28-53). Weinheim: Beltz.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Sitharthan, T., & Kavanagh, D. J. (1991). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a program for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27(1), 87–94.
- Shor, R. E., & Orne, E. C. (1962). Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Skevington, S. M., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry*, 178, 261–267.

- Snaith, R. P., Harrop, F. M., Newby, D. A., & Teale, C. (1986). Grade scores of the Montgomery- Åsberg Depression and the Clinical Anxiety Scales. *The British Journal of Psychiatry*, 148, 599–601.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins F., Elkin, I., Watkins, J. T., Imber, S. D., Leber, W. R., Moyer, J. & Oliveri, M. E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*, 148, 278-290.
- Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J. D., & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233.
- Spek, V., Nyklíček, I., Cuijpers, P. & Pop, V., (2008). Predictors of outcome of group and internet-based cognitive behavior therapy, *Journal of Affective Disorders*, 105, Issues 1–3, 137-145.
- Spijker, J., De Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208–213.
- Stice, E., Burton, E. M., & Shaw, H. (2004). Prospective Relations Between Bulimic Pathology, Depression, and Substance Abuse: Unpacking Comorbidity in Adolescent Girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 62–71.
- Stiles-Shields, C., Corden, M. E., Kwasny, M. J., Schueller, S. M. & Mohr, D. C (2015). Predictors of outcome for telephone and face-to-face administered cognitive behavioral therapy for depression. *Psychol Med*, 45(15),3205-15.
- Struijs, S. Y., Lamers, F., Rinck, M., Roelofs, K., Spinhoven, P., & Penninx, B. W. J. H. (2018). The predictive value of Approach and Avoidance tendencies on the onset and course of depression and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 35(6), 551–559.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552–1562.
- Teismann, T., Willutzki, U., Michalak, J., & Schulte, D. (2008). Bedeutung von Rumination und Ablenkung für den Therapieerfolg depressiver Patienten. *Verhaltenstherapie*, 18(4), 215–222.
- Thase, M. E., Greenhouse, J.B., Frank, E., Reynolds, C. F. 3rd, Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocin ski, V. & Kupfer, D.J. (1997). Treatment of Major Depression With Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Arch Gen Psychiatry*, 54(11),1009– 1015.
- Trivedi, M. H., Morris, D. W., Pan, J. Y., Grannemann, B. D., & John Rush, A. (2005). What moderator characteristics are associated with better prognosis for depression?. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1(1), 51–57.
- Uher, R., Farmer, A., Maier, W., Rietschel, M., Hauser, J., Marusic, A., Mors, O., Elkin, A., Williamson, R. J., Schmael, C., Henigsberg, N., Perez, J., Mendlewicz, J., Jan zing, J. G., Zobel, A., Skibinska, M., Kozel, D., Stamp, A. S., Bajcs, M., Placentino, A., Barreto, M., McGuffin, P. & Aitchison, K. (2008). Measuring depression: Comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychological Medicine*, 38(2), 289-300.

- Üstün, T.B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping, Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M. & Pull, C. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0, *Bull World Health Organ*, 88, 815–823.
- van Beljouw, I., FM Verhaak, P., Cuijpers, P., van Marwijk, H. W. J. & Penninx, B. W. J. H. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 10, 86.
- van Bronswijk, S. C., DeRubeis, R. J., Lemmens, L. H. J. M., Peeters, F. P. M. L., Keefe, J. R., Cohen, Z. D. & Huibers, M. J. H. (2021) Precision medicine for long-term depression outcomes using the Personalized Advantage Index approach: cognitive therapy or interpersonal psychotherapy? *Psychol Med.*, 51(2), 279-289.
- Vittengl, J.R., Jarrett, R.B., Weitz, E., Hollon, S.D., Twisk, J., Cristea, I., David, D., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S., Dunlop, B.W., Faramarzi, M., Hegerl, U., Kennedy, S.H., Kheirkhah, F., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Rush, A. J., Segal, Z.V., Siddique, J., Simons, A.D. & Cuijpers, P. (2016). Divergent outcomes in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adult depression. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 481–490.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T. & Jarrett, R.B. (2007). Reducing Relapse and Recurrence in Unipolar Depression: A Comparative Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy's Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (3), 475–488.
- Webb, C. A., Kertz, S. J., Bigda-Peyton, J. S., & Björgvinsson, T. (2013). The role of pretreatment outcome expectancies and cognitive-behavioral skills in symptom improvement in an acute psychiatric setting. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 375–382.
- Wells K.B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., Ware, J. (1989). The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results From the Medical Outcomes Study, *JAMA*, 262(7), 914-919.
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunlop, B. W., Cristea, I. A., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R. B., Kheirkhah, F., Kennedy, S. H., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Rush, A. J., Segal, Z. V., Siddique, J., Simons, A. D., Vittengl, J. R. & Cuijpers, P. (2015). Baseline Depression Severity as Moderator of Depression Outcomes Between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy: An Individual Patient Data Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.*, 72(11), 1102-9.
- Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 9–16.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment, *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403–1409.
- Wojnarowski, C., Firth, N., Finegan, M. & Delgadillo, J. (2019). Predictors of depression relapse and recurrence after cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis. *Behav Cogn Psychother.*, 47(5), 514-529.

- World Health Organization (2012). *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organisation (2016). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*, Tenth Revision, Version 2021
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organisation (2016). *Preventing suicide: A global imperative*. Washington DC. *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung (German Version)*, Stiftung Deutsche Depressionshilfe: 18-19, Leipzig.
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Abel, A., Görg, N., Kuyken, W. (2020). Processes of change in cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: psychological flexibility, rumination, avoidance, and emotional processing. *Psychother Res.*, 30(8), 983-997.



**6. Kinder**

Nein

Ja

Anzahl: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ (Jahre)

Davon im eigenen Haushalt lebend?

Anzahl: \_\_\_\_

**7. Höchster**

**Schulabschluss**

kein Schulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Allgemeine Hochschulreife/Abitur

Anderer Schulabschluss (bitte eintragen):

\_\_\_\_\_

**8. Ausbildung**

**(Mehrfachnennungen**

**möglich)**

Noch in beruflicher Ausbildung/Studium

Kein beruflicher Abschluss und nicht in Ausbildung

Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)

Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)

Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie

Fachhochschulabschluss

Hochschulabschluss

Anderer beruflicher Abschluss (bitte eintragen):

\_\_\_\_\_

**9. Gelernter Beruf**

\_\_\_\_\_

**10. Erwerbstätigkeit** Sie sind erwerbstätig?

Nein

Ja

Vollzeit-erwerbstätig (35 Stunden oder mehr)

Teilzeit-erwerbstätig (15-34 Stunden)

Teilzeit- oder stundenweise erwerbstätig (unter 15 Stunden)

Mutterschafts-/Erziehungsurlaub oder sonstige Beurlaubung

**11. Gegenwärtig/Zuletzt ausgeübter Beruf** \_\_\_\_\_

**12. Psychotherapie** Waren Sie wegen Ihrer aktuellen Probleme schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Nein

Ja

stationär

ambulant

Wenn ja, wann war die letzte Behandlung?

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**13. Familiengeschichte**

Wissen Sie von schwerwiegenden psychischen Erkrankungen in Ihrer Verwandtschaft?

Nein

Ja

Wenn ja, bitte Verwandtschaftsgrad und Erkrankung angeben

(z.B. Vater: Depression) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Antidepressiva** Nehmen Sie derzeit antidepressive Medikamente ein?

Nein

Ja

**Wenn ja**, um welches Medikament handelt es sich? (Nehmen Sie mehr als ein antidepressives Medikament, können Sie im Folgenden

bis zu drei Medikamentennamen nennen)

Medikament 1: \_\_\_\_\_

Medikament 2: \_\_\_\_\_

Medikament 3: \_\_\_\_\_

Wie viel mg enthält eine Tablette

Medikament 1: \_\_\_\_\_

Medikament 2: \_\_\_\_\_

Medikament 3: \_\_\_\_\_

Wie viele Tabletten nehmen Sie pro Tag ein (Tagesdosis)

Medikament 1: \_\_\_\_\_

Medikament 2: \_\_\_\_\_

Medikament 3: \_\_\_\_\_

Seit wann nehmen Sie die aktuelle Medikation in der angegebenen, Dosierung? (Monate)

Medikament 1: \_\_\_\_\_

Medikament 2: \_\_\_\_\_

Medikament 3: \_\_\_\_\_

**15. Zeit für Therapie** An welchem Wochentag/ Uhrzeit hätten Sie Zeit für regelmäßige Therapiesitzungen?

\_\_\_\_\_



## 7.2. Aussagen zur Therapie/Therapieerwartung

### Aussagen zur Therapie

Nachfolgend finden Sie einige Aussagen, die im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung gelegentlich gemacht werden. Wie stehen Sie dazu? Kreuzen Sie die Zahl an, die Ihre Einschätzung am treffendsten beschreibt!

	Trifft für mich überhaupt nicht zu	Trifft für mich kaum zu	Trifft für mich etwas zu	Trifft für mich überwiegend zu	Trifft für mich unbedingt zu
	1	2	3	4	5
1. Die HDT ist eine Behandlungsmethode, von der ich mir viel verspreche.					
2. Ich würde mich ganz gern einer HDT unterziehen.					
3. Vom Hörensagen weiß ich, dass HDT recht erfolgreich bei der Erreichung meiner Behandlungsziele sein soll.					
4. Ich habe recht optimistische Erwartungen an eine HDT					
5. Ich beurteile HDT als eine Behandlungsmethode, durch die ich auf besondere Weise etwas über mich erfahren kann.					
6. Der HDT gegenüber bin ich im Grunde genommen doch recht misstrauisch.					
7. Die AKDT ist eine Behandlungsmethode, von der ich mir viel verspreche.					
8. Ich würde mich ganz gern einer AKDT unterziehen.					
9. Vom Hörensagen weiß ich, dass AKDT recht erfolgreich bei der Erreichung meiner Behandlungsziele sein soll.					



AKDT ist nach meiner Einschätzung ...



Bitte kontrollieren Sie nochmals, ob Sie alles ausgefüllt haben.  
Vielen Dank

## 7.3. HGSH:A

### 7.3.1. Text der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility

Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility Form A, Deutsche Fassung, W. Bongartz:

#### EINFÜHRUNG

Bevor wir beginnen, möchte ich noch einige allgemeine Bemerkungen machen. Machen Sie es sich doch dabei ganz bequem. Wenn man zum ersten Mal mit Hypnose in Berührung kommt, fühlt man sich vielleicht ein wenig unbehaglich, weil man nicht weiß, wie es sein wird, oder weil man überzogene Vorstellungen von Hypnose hat. Vielleicht sollte ich daher noch auf einige Punkte eingehen. Zunächst einmal, der hypnotische Zustand wird Ihnen, wenn auch etwas ungewöhnlich, nicht so verschieden vom Alltagsbewusstsein vorkommen, wie Sie es vielleicht erwarten mögen. Hypnose ist im Wesentlichen eine Frage Ihrer Bereitschaft, Ideen aufzunehmen und auf sie zu reagieren und diese Ideen ohne Störung wirken zu lassen. Wir wollen diese Ideen auch als Suggestion bezeichnen. Zweitens, es wird von Ihnen nichts verlangt, was Sie lächerlich aussehen ließe, oder was Sie verlegen machen könnte. Diese Sitzung hier ist für eine wissenschaftliche Untersuchung. Drittens, Ihr persönlicher Bereich wird in keiner Weise berührt, das heißt, alles, was Sie unter Hypnose tun oder sagen, hat nichts mit Ihrer persönlichen Sphäre zu tun. Sie fragen sich vielleicht, warum wir diese Experimente machen. Hypnose wird mehr und mehr von Medizinern, Psychotherapeuten und so fort verwendet: zum Beispiel von Zahnärzten, um Schmerzen zu beseitigen, von Frauenärzten, um die Geburt zu erleichtern, von Psychotherapeuten, um Ängste zu beseitigen. Wenn wir mehr über die Prozesse und Mechanismen wissen, die dem hypnotischen Zustand zugrunde liegen, mehr Zusammenhang zwischen Ideen und Verhalten verstehen, können wir Hypnose besser einsetzen. Ihre Teilnahme hier hilft uns dabei, diese Zusammenhänge besser zu verstehen, Zusammenhänge also, die auch für die therapeutische Anwendung von Belang sind. Den meisten Menschen gelingt es, einen hypnotischen Zustand zu erfahren, den einen mehr, den anderen weniger, auch bei gleicher Kooperation. Am besten sind Sie auf die neue Erfahrung vorbereitet, wenn Sie sich einfach ein Teil von dem sein lassen, was passiert, und den Ablauf dabei nicht im Detail beobachten. Richten Sie es sich jetzt bitte in Ihrem Stuhl bequem ein. Legen Sie bitte die Dinge, die Sie eventuell noch in Ihrem Schoß liegen haben, neben sich auf den Boden. Wer eine Brille trägt, kann sie ruhig aufbewahren. Falls Sie Kontaktlinsen tragen, ist es vermutlich angenehmer, sie abzunehmen.

#### 1. KOPF FALLEN LASSEN

Zuerst wollen wir mit einer kleinen Übung beginnen, um zu erfahren, wie es ist, wenn

man einer Suggestion ohne Hypnose folgt. Setzen Sie sich bitte aufrecht in den Stuhl, schließen Sie Ihre Augen und entspannen Sie sich; bleiben Sie aber weiterhin aufrecht sitzen. Bleiben Sie bitte in dieser Position mit geschlossenen Augen, während Sie sich gleichzeitig entspannen.(30 sec VERSTREICHEN LASSEN)Bleiben Sie in dieser Position, die Augen geschlossen....aufrecht in Ihrem Stuhl sitzen.... die Augen geschlossen. Stellen Sie sich bitte gleich vor, dass Ihr Kopf nach vorne fällt. Sie wissen, dass das Denken an eine Bewegung und das Ausführen einer Bewegung eng zusammenhängen. Bald, nachdem Sie daran denken, dass Ihr Kopf nach vorne fällt, werden Sie eine Tendenz spüren, diese Bewegung auszuführen. Sie werden tatsächlich merken, wie der Kopf nach vorne fällt, dass er ganz entspannt nach vorne hängt. Achten Sie deutlich auf das, was ich sage, und stellen Sie sich vor, dass der Kopf nach vorne fällt, nach vorn fällt mehr und mehr nach vorn. Ihr Kopf fällt nach vorn, fällt vorwärts. Mehr und mehr nach vorn. Ihr Kopf neigt sich mehr und mehr nach vorn, beugt sich mehr und mehr. Ihr Kopf bewegt sich nach vorne, sinkt tiefer, tiefer, gelockert und entspannt. Ihr Kopf sinkt nach vorn, neigt sich, sinkt nach vorn, sinkt nach vorn, tiefer und tiefer, ganz schlaff, entspannt, tiefer, tiefer.... kommt immer mehr ins Fallen, kommt ins Fallen.... und fällt. Ja, gut. Setzen Sie sich wieder zurück und öffnen Sie Ihre Augen. So ist's recht. Setzen Sie sich wieder zurück und öffnen Sie die Augen. Sie haben gemerkt, wie die Vorstellung einer Bewegung die Tendenz zu einer Bewegung produziert. Sie können lernen, einen hypnotischen Zustand zu erreichen, wenn Sie Ihren Bewegungstendenzen zum Ausdruck verhelfen. So, bis jetzt haben Sie eine Vorstellung davon, was es heißt, auf eine Suggestion zu reagieren.

## 2. AUGENSCHLUSS

Nun setzen Sie sich bitte bequem in den Stuhl und legen Sie bitte beide Hände in den Schoß. So ist es gut! Lassen Sie die Hände im Schoß ruhen. Nun schauen Sie bitte auf die Hände und suchen sich bitte einen Punkt auf einer der beiden Hände aus und fixieren ihn bitte. Es ist egal, welchen Punkt Sie sich aussuchen. Suchen Sie sich irgendeinen Punkt aus. Gut.... entspannen Sie die Hände und fixieren Sie deutlich den gewählten Punkt. Die folgenden Anweisungen sollen Ihnen helfen sich zu entspannen und nach und nach in einen hypnotischen Zustand zu gelangen. Entspannen Sie sich nur und machen Sie es sich auch im Sessel bequem. Schauen Sie bitte unverwandt auf den gewählten Punkt, und während Sie den Punkt fixieren, achten Sie bitte deutlich auf das, was ich sage. Ihre Fähigkeit, einen hypnotischen Zustand zu erfahren, hängt zum Teil von Ihrer Bereitschaft zur Kooperation ab und zum Teil von Ihrer Konzentration auf den zu fixierenden Punkt und auf das, was ich sage. Sie haben schon Ihre Kooperation gezeigt, indem Sie heute hierher gekommen sind, und mit Ihrer weiteren Kooperation es möglich sein, dass Sie in einen hypnotischen Zustand gelangen. Sie können nur in Hypnose gelangen, wenn Sie es wollen. Ich nehme an, dass Sie es wollen und dass Sie voll und ganz mitarbeiten, indem Sie sich auf den Punkt konzentrieren und auf das achten, was ich sage, und ansonsten geschehen

lassen, was geschieht. Lassen Sie es einfach geschehen. Falls Sie aufmerksam auf das achten, was ich Ihnen sage, können Sie leicht erfahren, wie es ist, in Hypnose zu sein. Es ist eine vollkommen normale Konsequenz bestimmter psychologischer Prinzipien. Es ist lediglich ein Zustand großen Interesses an einer bestimmten Sache. In gewisser Weise sind Sie in Hypnose, wenn Sie einen guten Film sehen, dabei alles um sich herum vergessen und Teil des Stückes werden. Viele Versuchspersonen berichten, daß die beginnende Hypnose zuerst wie Einschlafen ist, aber mit dem Unterschied, daß meine Stimme wie eine Art Hintergrund ist, gegen den sie andere Erfahrungen, welcher Art auch immer, machen. Hypnose ist allerdings eine individuelle Erfahrung und nicht bei jedermann gleich. Der hypnotische Zustand ist in etwa vergleichbar mit Schlafwandeln, denn man ist in der Lage, auch komplexe Tätigkeiten auszuführen, ohne den hypnotischen Zustand zu verlassen. Alles, was Sie tun sollen, ist, Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Interesse aufrechtzuerhalten. Es passiert nichts, was Sie in Verlegenheit bringen könnte. Fast alle Versuchspersonen empfinden den hypnotischen Zustand als sehr angenehm. Entspannen Sie sich und fixieren Sie weiterhin den gewählten Punkt. Sollten Ihre Augen wandern, dann macht das nichts..... bringen Sie einfach Ihre Augen zurück zu dem gewählten Punkt. Sie werden bemerken, dass der Punkt undeutlich wird, sich vielleicht bewegt oder die Farbe verändert. Das ist in Ordnung. sollten Sie sich schläfrig fühlen, macht das nichts. Was immer passiert, lassen Sie es einfach geschehen und fixieren Sie weiterhin den gewählten Punkt auf Ihrer Hand. Es kommt aber ein Zeitpunkt, wo Ihre Augen so angestrengt und müde sind und so schwer, dass Sie die Augen nicht mehr aufhalten können und sie lieber schließen würden, vielleicht einfach unwillkürlich zufallen lassen würden. Falls das passiert, lassen Sie es einfach geschehen. Während ich weiterspreche, werden Sie mehr und mehr schläfrig werden, aber nicht alle reagieren auf die gleiche Weise. Die Augen von einigen werden sich früher als die anderer schließen. Wenn sich Ihre Augen geschlossen haben, lassen Sie sie einfach geschlossen. Sie werden merken, dass ich Ihnen weiterhin Suggestionen zum Schließen der Augen gebe, was Sie aber nicht kümmern sollte. Diese Suggestionen sind r andere Teilnehmer. Lassen Sie sich dadurch einfach weiterentspannen. Sie können sich völlig entspannen und gleichzeitig ohne große Mühe im Sessel sitzen. Sie können Ihre Position im Sessel verschieben, dass Sie noch bequemer sitzen, ohne dass dies Ihre Konzentration beeinträchtigen wird. Nun konzentrieren Sie sich auf Ihre Muskulatur, entspannen Sie jede Muskelpartie Ihres Körpers. Entspannen Sie die Muskulatur in den Beinen.... entspannen Sie die Füße.... entspannen Sie die Armmuskulatur.... entspannen Sie die Muskeln der Hände.... der Finger.... entspannen Sie die Muskeln im Nacken.... die Brustmuskulatur.... entspannen Sie den ganzen Körper.... lassen Sie sich einfach hängen.... hängen.... hängen.... Entspannen Sie sich mehr und mehr.... entspannen Sie sich vollkommen.... vollkommen entspannen.... voll entspannen. Wenn Sie sich nun mehr und mehr entspannen, tritt vielleicht in Gefühl der Schwere in Ihrem Körper auf. Schwere in den Beinen und Armen.... Schwere in den Füßen.... und Händen.... Schwere im ganzen Körper. Die Beine fühlen sich ganz

schwer und schlaff an, ganz schwer und schlaff.... die Arme sind schwer, schwer....  
der ganze Körper wird schwer, schwerer und schwerer. Wie Blei. Die Augenlider sind  
besonders schwer. Schwer und müde. Sie fühlen sich zunehmend schläfrig....  
schläfrig.... schläfrig.... entspannter.... Ihr Atem wird zunehmend langsamer und  
regelmäßiger.... langsam und regelmäßig..... Sie werden zunehmend entspannter und  
schläfriger ... mehr und mehr entspannt und schläfrig, während Ihre Augenlider  
schwerer und schwerer werden, mehr und mehr ermüdet und schwer. Ihre Augen sind  
müde vom Fixieren. Die Schwere in den Augenlidern nimmt noch mehr zu. Bald  
können Sie die Augen nicht mehr offen halten. Bald schließen sich die Augen von  
selbst. Die Augenlider werden zu schwer sein, aufgehoben zu werden. Augen sind  
müde und angestrengt vom langen Fixieren.... sind vielleicht sogar etwas feucht.... so  
als wollten sie gleich tränen.... Sie werden zunehmend entspannt und etwas schläfrig.  
Die Anstrengung der Augen wird größer und größer... größer und größer.... es wäre  
gut, die Augen zu schließen und einfach schläfrig auf meine Stimme zu hören.... Sie  
würden gern die Augen schließen und ganz entspannen, vollkommen entspannen. Sie  
werden bald die Grenze erreicht haben die Augen sind so angestrengt, die Augen sind  
so müde.... die Augenlider werden so schwer, daß die Augenlider sich schließen....  
von alleine schließen.... Die Augenlider werden schwer... sehr schwer.... Sie fühlen ich  
vollkommen entspannt.... sehr entspannt.... ein angenehmes Gefühl der Wärme und  
Schwere stellt sich im ganzen Körper ein.... Sie fühlen sich müde und schläfrig.... müde  
und schläfrig.... schläfrig....schläfrig.... schläfrig.... achten Sie nur auf meine Stimme.  
Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf nichts anderes als meine Stimme.... Ihre Augen  
werden verschwommen.... Sie haben Schwierigkeiten, zu sehen. Die Augen sind  
überanstrengt. Die Anstrengung wird größer und größer, größer und größer. Ihre  
Augenlider sind schwer. Bleischwer. Sie werden schwerer und schwerer, schwerer und  
schwerer. Sie werden nach unten gezogen.... tiefer....tiefer.... Die Augenlider scheinen  
mit Bleigewichten besetzt, die die Lider nach unten ziehen.... tiefer.... tiefer.... Ihre  
Augen flimmern.... flimmern.... schließen sich.... schließen sich.... Ihre Augen sind jetzt  
ganz geschlossen.... oder würden sich bald von alleine schließen.... aber es ist nicht  
notwendig, sie weiter anzustrengen. Selbst wenn die Augen noch nicht ganz  
geschlossen sind, haben Sie sich gut auf den Punkt konzentriert und sind entspannt  
und schläfrig geworden. Lassen Sie null Ihre Augen sich vollkommen schließen....  
Genau so, Augen vollkommen geschlossen. Schließen Sie nun Ihre Augen. Sie sind  
nun angenehm entspannt, aber Sie werden sich noch mehr entspannen, viel mehr.  
Ihre Augen sind nun geschlossen. Sie werden Ihre Augen geschlossen halten, bis ich  
Ihnen etwas anderes sage, beziehungsweise ich Ihnen sage, dass Sie aufwachen  
sollen.- Sie fühlen sich entspannt und schläfrig und hören nur meiner Stimme zu.  
Achten Sie aufmerksam auf meine Stimme. Richten Sie Ihre Gedanken auf das, was  
ich sage.... hören Sie einfach zu- Sie werden noch mehr entspannt und schläfrig. Bald  
werden Sie tief entspannt sein, aber Sie werden mich weiter hören. Sie werden nicht  
aufwachen, bis ich es Ihnen sage. Ich werde nun anfangen zu zählen. Bei jeder Zahl  
fühlen Sie, wie Sie in einen tiefen, tiefen Schlaf fallen, in einen tiefen, angenehmen,

einen tief erholsamen Schlaf, in einen Schlaf, in dem Sie in der Lage sein werden, all die Dinge zu tun, die ich Ihnen sagen werde. 1.... Sie werden tief schlafen.... 2.... tiefer, tiefer in einen tiefen, gesunden Schlaf.... 3.... 4.... tiefer und tiefer.... 5.... 6.... 7.... Sie sinken, sinken in einen tiefen, tiefen Schlaf.... Nichts wird Sie stören. Achten Sie nur auf meine Stimme und nur auf die Dinge, auf die ich Ihre Aufmerksamkeit lenke. Richten Sie bitte weiterhin Ihre Aufmerksamkeit auf meine Stimme und auf die Dinge, die ich Ihnen sage.... 8 - 9 - 10 - 11 - 12.... tiefer und tiefer, immer tiefer schlafend. 13 - 14 - 15.... Obwohl tief schlafend, können Sie mich deutlich hören. Sie werden mich immer hören können, wie tief schlafend Sie sich auch fühlen werden.... 16 - 17 - 18 .... tief schlafend, fest schlafend. Nichts wird Sie stören. Sie werden viele Dinge erfahren, von denen ich Ihnen sage, dass Sie sie erfahren sollen.... - 19 - 20. Tief schlafen! Sie werden nicht eher aufwachen, als bis ich es Ihnen sage. Sie möchten schlafen und werden das erfahren, was ich Ihnen gleich beschreibe.

### 3. SINKEN DER LINKEN HAND

Während Sie noch entspannter und schläfriger werden, können Sie es sich bequemer im Stuhl einrichten und Ihren Kopf in eine komfortablere Position bringen. Jetzt, wo Sie sehr entspannt und schläfrig sind und ohne Anstrengung meiner Stimme zuhören, können Sie mehr darüber erfahren, wie Ihre Gedanken in diesem Zustand auf Ihr Verhalten wirken. Versuchspersonen erfahren nicht alle das gleiche in diesem Zustand, und vielleicht werden Sie nicht alles erfahren, was ich Ihnen beschreibe.... erleben Sie einfach, was Ihnen möglich ist.... Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was ich Ihnen sage und warten Sie ab, was passiert. Lassen Sie es einfach passieren, auch wenn es nicht so ist, wie Sie es erwartet haben. Strecken Sie bitte Ihren linken Arm aus, nach vorne.... waagrecht in die Luft. mit der Handfläche nach unten. Linken Arm geradeaus, nach vorne ausstrecken. Gut.... linken Arm geradeaus, nach vorne.... die Handfläche nach unten. Richten Sie jetzt Ihre Aufmerksamkeit auf die linke Hand und auf das, was Ihr geschieht. Während Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die linke Hand richten, werden Sie sich Ihrer Hand ganz bewusst, so bewusst wie selten.... Sie bemerken, ob sie warm oder kalt ist, ob die Handmuskeln ganz ruhig sind.... oder ob sie ganz leicht, kaum wahrnehmbar, vibrieren.... Gut.... achten Sie jetzt bitte genau auf diese Hand und auf das, was mit Ihr geschieht. Sie beginnt schwerer zu werden.... schwerer und schwerer.... als ob ein Gewicht die Hand und den Arm nach unten ziehen.... stellen Sie sich ein Gewicht vor, das die Hand nach unten zieht.... und während sie schwerer und schwerer wird, beginnt sie sich zu bewegen.... als ob sie etwas nach unten drückte.... ein wenig nach unten.... tiefer und tiefer.... nach unten.... und während ich zähle, wird sie schwerer und schwerer und sinkt tiefer und tiefer.... 1, tiefer.... 2, tiefer.... 3, tiefer.... 4, tiefer. tiefer und tiefer.... 5, nach unten.... 6, tiefer.... 7,... 8.... schwerer und schwerer nach unten, tiefer und tiefer.... 9, tiefer.... 10.... schwerer und schwerer.... tiefer und tiefer. 10 sec VERSTREICHEN LASSEN) Das ist gut. Lassen Sie Ihre Hand und den linken Arm wieder in die ursprüngliche Position



zurück und entspannen Sie den linken Arm. Die Hand zurück in die ursprüngliche Ruhelage und entspannen. Sie haben bemerkt, wie schwer und müde sich Arm und Hand anfühlten; viel mehr, als wenn Sie normalerweise den Arm für eine kleine Weile ausstrecken; Sie werden wahrscheinlich auch bemerkt haben, wie etwas die Hand nach unten zu ziehen schien.... Nun entspannen Sie sich.... Hand und Arm sind wieder entspannt wie zuvor.... entspannt wie zuvor.... So.... einfach entspannen. Entspannen.

#### 4. UNBEWEGLICHKEIT DES RECHTEN ARMS

Sie sind nun sehr entspannt. Die allgemeine Schwere, die Sie von Zeit zu Zeit gespürt haben, fühlen Sie jetzt im ganzen Körper- Nun bitte ich Sie, Ihre Aufmerksamkeit auf Ihren rechten Arm und die rechte Hand zu richten.... rechter Arm und rechte Hand sind ebenfalls schwer.... wie schwer die rechte Hand ist.... und bemerken Sie, während Sie sich die Schwere in Hand und Arm vorstellen, dass die Schwere noch zunimmt.... Nun wird Ihr Arm schwer... sehr schwer.... Nun wird die Hand schwer.... so schwer.... wie Blei.... vielleicht möchten Sie gleich probieren, wie schwer Ihre Hand ist.... sie scheint zu schwer zu sein, um sie zu heben.... aber vielleicht können Sie sie trotz der Schwere ein wenig anheben, obwohl sie jetzt sogar dazu zu schwer sein mag.... warum probieren Sie nicht aus, wie schwer sie ist?.... Versuchen Sie einfach, die Hand zu heben. Versuchen Sie's.(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Gut. Das genügt.... entspannen Sie sich. Sie haben den Widerstand bemerkt, als Sie versuchten, die Hand zu heben, was auf den entspannten Zustand zurückgeht, in dem Sie sich befinden. Aber nun können Sie Ihre Hand wieder ruhen lassen. Hand und Arm sind wieder wie zuvor und sind nicht länger schwer. Wenn Sie wollten, könnten Sie sie jetzt heben, aber versuchen Sie es bitte nicht. Entspannen Sie sich nur.... entspannen Sie sich vollkommen. Entspannen. Nur entspannen.

#### 5. FINGERSCHLUSS

Nun etwas anderes.... führen Sie die Hände zusammen und verschränken Sie die Finger ineinander.... verschränken Sie Ihre Finger ineinander und pressen Sie Ihre Hände fest zusammen.... die Finger ineinander verschränken.... Verschränken der Finger und die Hände fest zusammenpressen.... eng verschränken.... die Hände fest zusammengepresst.... ganz fest.... Bemerken Sie, wie die Finger eng verschränkt werden, fester und fester ineinander verschränkt.... so fest ineinander verschränkt, dass Sie sich fragen, ob Sie Ihre Finger und Hände voneinander trennen können?- Ihre Finger sind fest ineinander verschränkt, eng zusammengepresst.... versuchen Sie

die Hände zu lösen.... einfach versuchen....(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Das genügt.... entspannen Sie sich.... Sie haben bemerkt, wie schwer es war, mit dem Lösen der Hände zu beginnen. Ihre Hände sind nicht länger ineinander verschlossen.... Sie können sie jetzt lösen. Bringen Sie Ihre Hände wieder in die

ursprüngliche Position zurück und entspannen Sie sich.... entspannen.

## 6. ARMRIGIDITÄT (LINKS)

Jetzt bitte den linken Arm geradeaus, nach vorn ausstrecken und eine Faust machen. Den Arm geradeaus, nach vorne.... gut.... geradeaus und eine Faust machen. Den Arm geradeaus, mit einer festen Faust.... machen Sie eine feste Faust. Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit auf den linken Arm und stellen Sie sich vor, dass Ihr Arm steif wird.... steifer und steifer.... ganz steif.... und nun bemerken Sie, dass etwas mit Ihrem Arm passiert.... Sie bemerken ein Gefühl der Steifheit in Ihrem Arm.... Er wird steif .... steifer.... fest.... wie ein Eisenbarren.... und Sie wissen, wie schwierig....wie unmöglich es ist, einen Eisenbarren.... wie Ihren Arm zu beugen.... probieren Sie, wie sehr Ihr Arm wie ein Eisenbarren ist.... probieren Sie, wie steif und fest er ist.... versuchen Sie, ihn zu beugen.... versuchen Sie es....(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Das genügt. Versuchen Sie nicht mehr, den Arm zu beugen, und entspannen Sie sich. Versuchen Sie nicht mehr, den Arm zu beugen, und entspannen Sie sich. Sie fühlten die zunehmende Steifheit, dass es einige Mühe kostete, etwas zu tun, das normalerweise recht einfach wäre. Aber Ihr Arm ist nicht länger steif. Bringen Sie Ihren Arm jetzt einfach in die ursprüngliche Lage zurück.... zurück in die alte Lage.... Einfach entspannen, und während sich Ihr Arm entspannt, entspannen Sie auch den gesamten Körper, entspannen den ganzen Körper. Während sich der Arm entspannt, entspannen Sie auch den gesamten Körper.

## 7. BEWEGUNG DER HÄNDE ZUEINANDER

Halten Sie jetzt bitte beide Arme ausgestreckt vor Ihren Körper, nach vorne, und dabei die beiden Hände mit den offenen Handflächen zueinander, etwa 30 cm voneinander entfernt.... halten Sie die Hände etwa 30 cm voneinander entfernt.... etwa 30 cm voneinander entfernt... die Augen immer geschlossen halten. Beide Arme sind nach vorne ausgestreckt.... die Hände etwa 30 cm voneinander entfernt.... die Handflächen einander zugekehrt.. . etwa 30 cm voneinander entfernt. Stellen Sie sich jetzt bitte eine Kraft vor, die Hände aufeinander zuzieht, sie zusammenzieht. Während Sie sich diese Kraft vorstellen, die Ihre Hände zusammenzieht, bewegen sich die Hände aufeinander zu, zuerst langsam, aber sie werden sich noch mehr aufeinander zu bewegen, enger und enger zusammenkommen, so, als ob eine Kraft auf sie wirkte.... werden mehr und mehr zusammengezogen.... enger.... enger....enger....(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Das genügt. Sie sehen wieder, wie das Denken an eine Bewegung eine Tendenz zur Ausführung dieser Bewegung erzeugt. Nun bringen Sie bitte Ihre Hände wieder in die Ausgangslage zurück und entspannen Sie sich.... Ihre Hände wieder zurück in die ursprüngliche Position und entspannen.

## 8. KOMMUNIKATIONSINHIBITION

Sie sind jetzt sehr entspannt.... tief entspannt.... stellen Sie sich vor, wie schwer es wäre, jetzt mit jemandem ein Gespräch zu beginnen, während Sie 50 tief entspannt sind.... vielleicht so schwer wie im Schlaf.... auch wenn man nur etwas verneinen soll.... vielleicht versuchen Sie, gleich den Kopf zu schütteln, wenn ich es Ihnen sage.... aber ich glaube, Sie werden es ziemlich schwer finden, den Kopf zu schütteln.... versuchen Sie jetzt, den Kopf zu schütteln.... versuchen Sie es einfach....(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Das ist gut.... versuchen Sie es nicht mehr und entspannen Sie sich.... Sie haben wieder den Widerstand bemerkt, als Sie so etwas Normales machen wollten, wie den Kopf zu schütteln. Jetzt können Sie es viel leichter.... Schütteln Sie jetzt leicht den Kopf.... Gut.... nun entspannen, einfach entspannen.

## 9. HALLUZINATION (FLIEGE)

Ich bin sicher, dass Sie dem, was wir bisher gemacht haben so viel Aufmerksamkeit geschenkt haben, dass Sie nicht die Fliege bemerkt haben, die um Sie herumfliegt und summt.... aber nun, wo Sie Ihre Aufmerksamkeit auf sie richten, werden Sie sich Ihrer zunehmend bewusst wie sie rund um Ihren Kopf fliegt.... näher und näher kommt.... störend summt... hören Sie das Summen lauter werden während es weiterhin näher auf Sie zukommt.... Sie kümmern sich nicht besonders um die Fliege.... Sie würden sie gern wegscheuchen.... sie los sein.... sie stört.... verscheuchen Sie sie, wenn Sie wollen....(10 sec VERSTREICHEN LASSEN) Nun fliegt sie fort.... sie ist fort.... und stört nicht länger .... es ist keine Fliege mehr da.... entspannen Sie sich.... vollkommen entspannen.... einfach entspannen.

## 10. AUGENKATALEPSIE

Sie haben jetzt Ihre Augen schon eine ganze Weile geschlossen gehalten, während Sie sich in einem entspannten Zustand befanden. Die Augen sind nun fest geschlossen.... ganz fest geschlossen. Ich sage Ihnen gleich, dass Sie versuchen sollen, die Augen zu öffnen. Wenn Sie es versuchen sollen, werden sich die Augenlider anfühlen, als seien sie festgeklebt.... ganz fest· zugeklebt.... Selbst wenn Sie die Augen öffnen können, werden Sie es natürlich nur kurz tun und dann gleich wieder schließen, um Ihre Konzentration nicht zu stören. Aber ich glaube, dass Sie nicht in der Lage sind - auch nur kurz - die Augen zu öffnen. Sie sind so fest geschlossen, dass Sie sie nicht öffnen können. Vielleicht wollen Sie gleich versuchen, Ihre Augen kurz zu öffnen, obwohl die Augenlider so schwer sind und so vollkommen.... so fest geschlossen sind. Versuchen Sie's.... versuchen Sie, die Augen zu öffnen.(10 sec VERSTREICHEN LASSEN)Gut. Versuchen Sie es nicht länger. Die Augen sich wieder schließen lassen. Ihre Augen fest schließen. Sie hatten die Möglichkeit, Ihre Augen als fest geschlossen zu erleben. Nun entspannen Sie sich. Ihre Augen sind wieder ganz

normal, aber lassen Sie sie geschlossen und entspannen Sie sie.... Augen sind entspannt und geschlossen.

#### 11. POSTHYPNOTISCHE SUGGESTION (BERÜHREN DES LINKEN KNÖCHELS)

Bleiben Sie tief entspannt und achten Sie aufmerksam auf das, was ich Ihnen nun sage. Ich werde gleich von 20 an rückwärts zählen. Sie werden dabei langsam aufwachen, aber während der meisten Zeit noch im jetzigen Zustand verbleiben. Erst wenn ich 5 sage, werden Sie die Augen öffnen, aber Sie werden dann noch nicht ganz wach sein. Wenn ich bei 1 ankomme, werden Sie ganz wach sein, im normalen Wachzustand. Sie werden vielleicht den Eindruck haben, dass Sie geschlafen hatten, weil Sie es schwierig finden werden, sich an alle Dinge zu erinnern, die ich Ihnen beschrieben habe und die Sie erlebt haben. In der Tat werden Sie es so mühsam finden, sich an alle Dinge zu erinnern, dass Sie keine große Lust haben, es überhaupt zu tun. Es wird viel einfacher sein, einfach alles zu vergessen, bis ich Ihnen sage, dass Sie sich wieder erinnern können. Sie werden sich an nichts erinnern, bis ich Ihnen sage: „So, nun können Sie alles erinnern“. Sie werden erst dann alles erinnern. Nachdem Sie die Augen geöffnet haben, werden Sie sich sehr wohl und entspannt fühlen wie nach einem tiefen und gesunden Schlaf. Ich werde nun von 20 an rückwärts zählen, und erst bei 5, nicht früher, werden Sie die Augen öffnen, aber noch nicht ganz wach sein, sondern erst, wenn ich 1 sage. Bei 1 sind Sie ganz wach.... ein wenig später werden Sie dieses Klopfen hören (DREIMAL KLOPFEN). Wenn Sie dieses Geräusch hören, werden Sie sich nach vorne beugen und den linken Fußknöchel berühren. Sie werden Ihren linken Knöchel berühren, aber vergessen daß ich es Ihnen gesagt habe, ebenso, wie Sie die anderen Dinge vergessen werden, bis ich Ihnen sage: „So, nun können Sie sich an alles erinnern“. Fertig: 20 - 19 - 18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11 - 10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1. Die Augen sind offen. Sie sind ganz wach. Die Augen bitte offenlassen. Ein leichtes Gefühl der Müdigkeit wird gleich vorüber sein. (DREIMAL KLOPFEN)(ERST NACH 10 sec WEITERSPRECHEN) Schlagen Sie jetzt bitte Seite 2 der gehefteten Blätter auf. Seite 3 erst aufschlagen, wenn ich es Ihnen sage. Auf Seite 2 schreiben Sie nun eine Liste der Dinge, die passierten, nachdem Sie mit der Fixation der Hand angefangen hatten. Sie sollten dabei nicht berichten, wie Sie reagiert haben, sondern nur die verschiedenen Dinge erwähnen, die Sie machen sollten. Dazu haben Sie 3 Minuten Zeit. Danach bitten wir Sie, einige speziellere Fragen über Ihre Erfahrung zu beantworten.(ERST NACH 3 MINUTEN WEITERSPRECHEN) Bitte beenden Sie Ihre Liste in 2 Minuten. Falls Sie Ihre Liste schon fertig haben, schauen Sie sie bitte noch einmal durch und überlegen Sie, ob Sie nichts vergessen haben.(ERST NACH 1 MINUTE WEITERSPRECHEN) Gut. Achten Sie jetzt auf meine Worte: „So, jetzt können Sie alles erinnern“. Schlagen Sie nun bitte Seite 3 auf und schreiben Sie bitte alles auf, was Ihnen noch einfallt. Dazu haben Sie noch 2 Minuten Zeit.(ERST NACH 2 MINUTEN WEITERSPRECHEN) Und nun schlagen Sie bitte Seite 4 auf und beantworten Sie die folgenden Fragen. Verlassen

Sie sich dabei voll und ganz auf Ihr eigenes Urteil. Wenn Sie fertig sind, geben Sie bitte die Blätter beim Versuchsleiter ab.

### 7.3.2. Fragebogen der Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility

Haben Sie Erfahrung mit

-Hypnose

-Entspannungstechniken?

Falls ja, Beschreiben Sie kurz Ihre Erfahrungen:

---

---

---

---

Zählen Sie bitte anhand von Stichworten auf, was zwischen dem Fixieren der Hand am Anfang bis zu diesem Zeitpunkt passierte. Gehen Sie nicht in die Details.

Sie haben 3 Minuten Zeit.

Bitte erst umblättern, wenn der Versuchsleiter dazu auffordert.

Bitte nicht auf Seite 2 zurückblättern.

Schreiben Sie bitte auf dieser Seite alles auf, was Ihnen noch einfällt und was Sie vorher noch nicht aufgeschrieben haben. Gehen Sie dabei aber nicht in die Details.

Sie haben 2 Minuten Zeit.

Bitte erst umblättern, wenn der Versuchsleiter dazu auffordert.

Bitte nicht zu den vorhergehenden Seiten zurückblättern.

#### OBJEKTIVE, ÄUSSERE REAKTIONEN

Weiter unten sind die 11 Suggestionen aufgeführt, denen Sie während der Standardinduktion entsprechen sollten. Im Folgenden bitten wir Sie, zu beurteilen, ob Sie den Suggestionen objektiv entsprochen haben, d.h. ob ein Betrachter Reaktionen auf diese Suggestionen gesehen hätte. Wir sind also hier zunächst an den äußeren Reaktionen interessiert und nicht an den inneren, subjektiven Erfahrungen, auf die Sie bitte später eingehen. Manchmal werden Sie in der Beurteilung Ihrer Reaktionen nicht ganz sicher sein und vielleicht sogar raten müssen. Geben Sie aber bitte auf jeden Fall eine Beurteilung ab. Nach jeder Kurzbeschreibung der 11 Suggestionen finden Sie zwei Antwortmöglichkeiten „A“ und „B“. Kreuzen Sie bitte für jede Frage „A“ oder „B“ an, je nachdem, welche Alternative nach Ihrer Ansicht zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Frage, damit Ihr Fragebogen in die Gesamtauswertung einbezogen werden kann.

#### 1. KOPF FALLEN LASSEN

Sie sollten zunächst 30 sec aufrecht in Ihrem Stuhl sitzen und daran denken, dass Ihr Kopf nach vorne fällt. Würden Sie annehmen, dass ein Betrachter gesehen hatte, dass Ihr Kopf sich wenigstens 5 cm nach vorne bewegte, während Sie an das Fallen Ihres Kopfes dachten?

Bitte ankreuzen:

A: Mein Kopf bewegte sich wenigstens 5 cm nach vorne.

B: Mein Kopf bewegte sich weniger als 5 cm nach vorne

#### 2. SCHLIESSEN DER AUGEN

Als nächstes sollten Sie Ihre Hände in den Schoß legen und sich einen Punkt auf einer der beiden Hände aussuchen und sich auf diesen konzentrieren. Sie hörten dann, dass Ihre Augenlider müde und schwerer wurden. Würde ein Betrachter beobachtet haben, dass sich Ihre Augen schlossen (bevor Sie dazu vom Versuchsleiter aufgefordert wurden)?

Bitte ankreuzen:

A: Meine Augen waren zuvor geschlossen.

B: Meine Augenlider schlossen sich erst, nachdem der Versuchsleiter dazu aufforderte.

BITTE UMBLÄTTERN



### 3. SENKEN DER LINKEN HAND

Als nächstes sollten Sie Ihren linken Arm gerade ausstrecken und bemerken, dass er schwerer wurde, so als ob ein schweres Gewicht an ihm hängen würde. Würden Sie annehmen, dass ein Beobachter gesehen hatte, dass Ihre Hand sich um wenigstens 10 cm gesenkt hat (bevor Sie den Arm wieder auf die Lehne legen sollten)?

Bitte ankreuzen:

A: Meine Hand hat sich wenigstens um 10 cm gesenkt.

B: Meine Hand hat sich weniger als 10 cm gesenkt.

### 4. UNBEWEGLICHKEIT DES RECHTEN ARMES

Als nächstes sollten Sie sich auf ein Schweregefühl im rechten Arm konzentrieren und dann versuchen die rechte Hand zu heben. Glauben Sie, dass ein Betrachter beobachtet hatte, dass die rechte Hand und den rechten Arm nicht mehr als 3 cm gehoben haben (bevor der Versuchsleiter die Aufgabe beendete)?

Bitte ankreuzen:

A: Ich habe meine Hand und meinen Arm nicht mehr als 3 cm gehoben.

B: Ich habe meine Hand und meinen Arm mehr als 3 cm gehoben.

### 5. FINGERSCHLUSS

Als nächstes sollten die Ihre Finger ineinander verschränken und bemerken, wie eng sie miteinander verbunden waren. Dann sollten Sie Ihre Hände auseinandernehmen. Glauben Sie, dass ein Betrachter gesehen hatte, dass Ihre Hände unvollständig voneinander gelöst waren bevor Sie die Hände wieder auf die Lehne legen sollten)?

Bitte ankreuzen:

A: Meine Finger waren zuvor unvollständig voneinander gelöst.

B: Meine Finger waren zuvor vollständig gelöst.

### 6. ARMRIGIDITÄT

Als nächstes sollten Sie Ihren linken Arm ausstrecken und eine Faust machen, bemerken, wie der Arm steif wurde und dann versuchen, ihn zu beugen. Glauben Sie, dass ein Betrachter beobachtet hatte, dass der Arm sich weniger als 5 cm gebeugt hat (bevor der Versuchsleiter die Aufgabe beendete)?

Bitte ankreuzen:

A: Mein Arm war weniger als 5 cm gebeugt.

B: Mein Arm war mehr als 5 cm gebeugt.

### 7. BEWEGUNG DER HÄNDE ZUEINANDER

Als nächstes sollten Sie die Arme ausstrecken, die Handflächen im Abstand von 30 cm zueinander halten, und sich dann vorstellen, dass eine Kraft beide Hände aufeinander zubewegt. Glauben Sie, dass ein Betrachter beobachtet hatte, dass Ihre Hände nicht mehr als 15 cm auseinander waren (bevor die Hände wieder auf die Lehnen zurückgelegt werden sollten)?

Bitte ankreuzen:

A: Meine Hände waren nicht mehr als 15 cm voneinander entfernt.

B: Meine Hände waren mehr als 15 cm voneinander entfernt

#### 8. KOMMUNIKATIONSINHIBITION

Als nächstes sollten Sie daran denken, wie schwer es ist, mit dem Kopf ein "nein" zu signalisieren, d.h. den Kopf zu schütteln. Glauben Sie, dass ein Betrachter beobachtet hatte, dass Sie mit dem Kopf ein „Nein“-Zeichen gemacht haben (bevor der Versuchsleiter die Aufgabe beendete)?

Bitte ankreuzen:

A: Ich habe nicht merklich mit dem Kopf geschüttelt.

B: Ich habe merklich mit dem Kopf geschüttelt.

#### 9. WAHRNEHMUNG EINER FLIEGE

Als nächstes sollten Sie eine Fliege wahrnehmen, die Sie als lästig empfanden und die Sie verscheuchen sollten. Glauben Sie, dass ein Betrachter irgendeine Gesichtsveränderung, eine Bewegung oder ein äußeres Zeichen als Ursache dieser Vorstellung bemerkt hatte unabhängig davon, wie es Ihnen subjektiv erschien)?

Bitte ankreuzen:

A: Die Vorstellung der Fliege bewirkte eine beobachtbare Reaktion bei mir.

B: Die Vorstellung der Fliege bewirkte keine beobachtbare Reaktion bei mir.

#### 10. AUGENKATALEPSIE

Als nächstes sollten Sie bemerken, dass Ihre Augenlider so fest geschlossen waren, dass Sie sie nicht öffnen konnten. Glauben Sie, dass ein Beobachter bemerkt hatte, dass Ihre Augen geschlossen blieben (bevor der Versuchsleiter die Aufgabe beendete)?

Bitte ankreuzen:

A: Meine Augen blieben geschlossen.

B: Meine Augen haben sich geöffnet.

#### 11. POSTHYPNOTISCHE SUGGESTION

Als nächstes wurde Ihnen gesagt, dass Sie nach Abschluss der Induktion ein Klopfen hören wurden, bei dem Sie sich nach vorne beugen und den linken Fußknöchel berühren sollten. Glauben Sie, dass ein Betrachter zumindest eine teilweise Bewegung in diese Richtung beobachtet hätte?

Bitte ankreuzen:

A: Ich machte wenigstens eine teilweise Bewegung, um meinen Fußknöchel zu berühren.

B: Ich machte keine Bewegung, auch keine teilweise, um meinen linken Knöchel zu berühren.

BITTE UMBLÄTTERN

SIE KÖNNEN NUN AUF DIE VORHERGEHENDEN SEITEN ZURÜCKGREIFEN, DENEN SIE ABER BITTE NICHTS MEHR HINZUFÜGEN. INNERE, SUBJEKTIVE ERFAHRUNGEN (Bitte nur kurz beschreiben)

1. "Die lästige Fliege":

Wie haben Sie sie erlebt? Wie wirklich haben Sie sie gehört oder gefühlt?

.....  
.....

2. „Senken der linken Hand“ und „Bewegung der Hände zueinander“

War es subjektiv überzeugend, dass sich die Hände wie von selbst bewegten. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie nachgeholfen haben?

.....  
.....

3. Bitte beschreiben Sie jetzt kurz weitere subjektive Erfahrungen

Hat sich das Körpergefühl geändert? Haben Sie irgendeine Bewusstseinsänderung erfahren? Wie war die Umwelt präsent (z.B. Stimme des Versuchsleiters)? Gab es eine Stimmungsänderung?

.....

BITTE UMBLÄTTERN

4. Geben Sie bitte anhand der Skalen für jede Testaufgabe die Tiefe Ihres Hypnotischen Zustandes an.

Die Skalen reichen von 1 bis 10 dabei bedeuten:

1 = "überhaupt kein hypnotischer Zustand; wie im normalen Wachzustand"

10 = "so tief im hypnotischen Zustand wie überhaupt möglich"

Kreuzen Sie nun für jede Testaufgabe die Zahl zwischen 1 und 10 an, die Ihrem hypnotischen Zustand während dieser Testaufgabe am ehesten entspricht. Lassen Sie keine Testaufgabe aus und kreuzen Sie jeweils nur eine Zahl pro Testaufgabe an:

1. Kopf fallen lassen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Schließen der Augen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Senken der linken Hand	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Unbeweglichkeit des rechten Arms (schweren Arm hochheben)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Fingerschluss (Lösen der verschränkten Hände)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Armrigidität (linken Arm beugen)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Bewegen der Hände zueinander	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Kommunikationsinhibition	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Wahrnehmung einer Fliege	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Augenkatalepsie (Augen öffnen)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Posthypnotische Suggestion (Berühren des linken Knöchels)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Posthypnotisches Vergessen (Hypnotischer Zustand nach Aufwachen bis „So, nun können Sie alles erinnern.“)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 7.4. BADS

Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und markieren Sie dann die Zahl, die am besten

beschreibt, wie sehr die Aussage für Sie in der letzten Woche, inklusive heute, zutrifft.

	trifft überhaupt nicht zu							trifft vollkommen zu
	0	1	2	3	4	5	6	
1. Ich bin zu lange im Bett liegengeblieben, obwohl ich Dinge zu erledigen hatte.								
2. Es gab Dinge zu tun, die ich nicht erledigt habe.								
3. Ich bin zufrieden mit der Art und Anzahl an Dingen, die ich getan habe.								
4. Ich habe viele und unterschiedliche Aktivitäten unternommen.								
5. Ich habe gute Entscheidungen darüber getroffen, welche Aktivitäten ich unternehme und in welche Situationen ich mich begeben.								
6. Ich war aktiv, habe aber keines meiner Tagesziele erreicht.								
7. Ich war eine aktive Person und habe die Ziele erreicht, die ich mir vorgenommen hatte.								
8. Ich war vor allem damit beschäftigt, unangenehme Dinge zu vermeiden oder vor ihnen zu fliehen.								

	trifft überhaupt nicht zu							trifft vollkommen zu
	0	1	2	3	4	5	6	
9. Ich habe etwas unternommen, um keine Traurigkeit oder andere schmerzhafte Gefühle zu erleben.								
10. Ich habe versucht, an bestimmte Dinge nicht zu denken.								
11. Um meine langfristigen Ziele zu erreichen, habe ich Dinge unternommen, auch wenn sie schwierig waren.								
12. Ich habe etwas getan, das mühsam war, aber es hat sich gelohnt.								
13. Ich habe viel Zeit damit verbracht, wieder und wieder über meine Probleme nachzudenken.								
14. Ich habe ständig über Möglichkeiten nachgedacht, ein Problem zu lösen, doch ich habe keine der Lösungen ausprobiert.								
15. Ich habe regelmäßig Zeit damit verbracht, über meine Vergangenheit, Personen, die mich verletzt haben, Fehler die ich gemacht habe und andere schlechte Erlebnisse in meiner Lebensgeschichte nachzudenken.								
16. Ich habe keinen meiner Freunde getroffen.								
17. Ich war zurückgezogen und still, auch unter Leuten, die ich gut kenne.								
18. Ich war nicht gesellig, auch wenn ich die Gelegenheit dazu hatte.								
19. Ich habe Leute mit meiner negativen Einstellung abgestoßen.								
20. Ich habe Dinge unternommen, um mich von anderen Leuten abzuschirmen.								
21. Ich bin nicht zur Arbeit/ Schule gegangen,								

weil ich einfach zu erschöpft war oder mich nicht danach gefühlt habe.							
22. Meine Verpflichtungen (z.B. Arbeit/Schule/Hausarbeit) haben darunter gelitten, dass ich nicht so aktiv war, wie ich sein sollte.							
23. Ich habe meine Tagesaufgaben strukturiert.							
24. Ich habe nur Tätigkeiten ausgeführt, die mich davon abgelenkt haben, wie schlecht es mir geht.							
25. Es ging mir schlecht, wenn Leute um mich herum negative Gefühle oder Erfahrungen geäußert haben.							

## 7.5. SWE

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
	1	2	3	4
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.				
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.				
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.				
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.				
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.				
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.				
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.				
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.				
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.				
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.				



## 7.6. WHOQOL-bref

Im folgenden Fragebogen werden Sie danach gefragt, wie Sie Ihre Lebensqualität, Ihre Gesundheit und andere Bereiche Ihres Lebens beurteilen. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

**Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.**

1. Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?

Sehr Schlecht 1	Schlecht 2	Mittelmäßig 3	Gut 4	Sehr gut 5
--------------------	---------------	------------------	----------	---------------

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
-----------------------	------------------	---------------------------------------	----------------	---------------------

3. Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

5. Wie gut können Sie ihr Leben genießen?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

6. Betrachten Sie ihr Leben als sinnvoll?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
-------------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

7. Wie gut können Sie sich konzentrieren?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
-------------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

8. Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
-------------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

9. Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
-------------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

10. Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
-------------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

11. Können Sie ihr Aussehen akzeptieren?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
-------------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

12. Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
-------------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

13. Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
-------------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

14. Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
-------------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

15. Wie gut können Sie sich fortbewegen?

Sehr Schlecht 1	Schlecht 2	Mittelmäßig 3	Gut 4	Sehr gut 5
--------------------	---------------	------------------	----------	---------------

16. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

18. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

19. Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

20. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

23. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

24. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

25. Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
--------------------------	------------------	---	----------------	---------------------

26. Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?

Niemals 1	Nicht oft 2	Zeitweilig 3	Oftmals 4	Immer 5
--------------	----------------	-----------------	--------------	------------

## 7.7. WHODAS

In diesem Fragebogen geht es um Schwierigkeiten, die aufgrund von Gesundheitsproblemen entstehen können. Gesundheitsprobleme beinhaltet Krankheiten oder Erkrankungen, andere Gesundheitsprobleme, die lang oder kurz andauernd sein können, Verletzungen, mentale oder emotionale Probleme sowie Drogen- oder Alkoholprobleme.

Denken Sie an **die letzten 30 Tage** zurück, und beantworten Sie die folgenden Fragen im Hinblick darauf, wie viele Schwierigkeiten Sie bei der Durchführung der nachfolgenden Aktivitäten hatten.

Kreisen Sie bitte nur **eine** Antwort ein.

1. Eine **längere Zeit** (ca. **30 Minuten**) zu **stehen**?

keine 0	geringe 1	mäßige 2	starke 3	sehr starke/ nicht möglich 4
------------	--------------	-------------	-------------	------------------------------------

2. **Ihren Haushaltspflichten nachzukommen**?

keine 0	geringe 1	mäßige 2	starke 3	sehr starke/ nicht möglich 4
------------	--------------	-------------	-------------	------------------------------------

3. **Neue Aufgaben zu lernen** (z. B. erlernen an einen neuen Ort zu gelangen, den Sie nicht kannten)

keine 0	geringe 1	mäßige 2	starke 3	sehr starke/ nicht möglich 4
------------	--------------	-------------	-------------	------------------------------------

4. Wie viele Schwierigkeiten hatten Sie an **gesellschaftlichen Aktivitäten** (wie z. B. Festlichkeiten, religiöse oder andere Aktivitäten) in der gleichen Arte und Weise **teilzunehmen**, wie jeder andere?

keine 0	geringe 1	mäßige 2	starke 3	sehr starke/ nicht möglich 4
------------	--------------	-------------	-------------	------------------------------------

5. Wie sehr wurden Sie durch Ihren gesundheitlichen Zustand **emotional belastet**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

6. Sich für **10 Minuten** auf etwas zu **konzentrieren**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

7. Eine **längere Strecke** (ca. einen **Kilometer**) zu **Fuß zu gehen**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

8. Ihren gesamten **Körper zu waschen**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

9. Sich **anzuziehen**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

10. **Im Umgang mit Personen, die Sie nicht kennen**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

11. **Eine Freundschaft aufrechtzuerhalten**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

12. **Bei der Bewältigung Ihres Arbeits-/ Schulalltags**?

keine	geringe	mäßige	starke	sehr starke/ nicht möglich
0	1	2	3	4

Zusatz:

H1: An wie vielen Tagen traten diese Schwierigkeiten während der letzten 30 Tage auf?

Anzahl der Tage \_\_\_\_\_

H2: An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen waren Sie aufgrund ihrer Gesundheitsprobleme **absolut unfähig**, alltägliche Aktivitäten oder Ihre Arbeit zu verrichten?

Anzahl der Tage \_\_\_\_\_

H3: An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen mussten Sie aufgrund Ihrer Gesundheitsprobleme alltägliche Aktivitäten oder ihre Arbeit reduzieren?

Anzahl der Tage \_\_\_\_\_

## 7.8. MADRS

Die Bewertung sollte nach einem Interview durchgeführt werden, das von mehr allgemeinen Fragen ausgeht und zu detaillierten Symptomen führt, um eine genaue Bewertung des Schweregrades zu erreichen. Der Untersucher muss sich entscheiden, ob seine Beurteilung mit der genauen Beschreibung der Stufen 0, 2, 4, 6 übereinstimmt oder dazwischen liegt (1, 3, 5). Depressive Patienten, die nicht nach den folgenden 10 Items beurteilt werden können, sind extrem selten! Wenn vom Patienten selbst keine genauen Antworten zu erhalten sind, sollte sich die Beurteilung auf alle relevanten Anhaltspunkte und Informationen aus anderen Quellen in Übereinstimmung mit der üblichen klinischen Erfahrung stützen.

### 1. Sichtbare Traurigkeit

Dieses Item beinhaltet die sich in Sprache, Mimik und Haltung ausdrückende Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit und Verzweiflung.

0	Keine Traurigkeit
1	
2	Sieht niedergeschlagen aus, ist aber ohne Schwierigkeiten aufzuheitern
3	
4	Wirkt die meiste Zeit über traurig und unglücklich
5	
6	Sieht die ganze Zeit über traurig und unglücklich aus. Extreme Niedergeschlagenheit

### 2. Berichtete Traurigkeit

Beinhaltet die vom Patienten berichtete traurige Stimmung, gleichgültig ob sich diese sichtbar ausdrückt oder nicht, einschließlich Entmutigung, Niedergeschlagenheit, dem Gefühl der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Bewerten Sie nach Stärke, Dauer und dem Ausmaß der Stimmungsbeeinflussbarkeit durch äußere Ereignisse.

0	Vorübergehende Traurigkeit je nach den Umständen
1	
2	Traurig oder mutlos, jedoch ohne Schwierigkeiten aufzuheitern
3	
4	Intensives Gefühl der Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit. Die Stimmung ist jedoch immer noch durch äußere Umstände beeinflussbar
5	
6	Andauernde oder unveränderliche Traurigkeit, Mutlosigkeit oder Hoffnungslosigkeit



### 3. Innere Spannung

Ggf. nachfragen: *Hatten Sie ein Gefühl von Gereiztheit, Unruhe oder innerer Erregung letzte Woche? Ging das soweit, dass Sie Angst und Panik empfunden haben? Wenn JA: Wie stark war diese Panik ausgeprägt?*

Beinhaltet sowohl ein schwerdefinierbares Gefühl von Missbehagen als auch Gereiztheit, Unruhe, innere Erregung bis hin zu Angst und Panik. Bewerten Sie nach Stärke, Häufigkeit, Dauer und dem Ausmaß, in dem Beruhigung gesucht wird.

0	Leicht. Nur vorübergehende innere Spannung
1	
2	Gelegentlich Gefühl von Missbehagen und Gereiztheit
3	
4	Anhaltendes Gefühl innerer Spannung oder Erregung. Kurzzeitige Panikanfälle, die der Patient nur mit Mühe beherrscht
5	
6	Nicht beherrschbare Angst oder Erregung. Überwältigende Panik

### 4. Schlaflosigkeit

Beinhaltet die subjektive Erfahrung verminderter Schlafdauer oder –tiefe, verglichen mit dem vorher normalen Schlafverhalten.

0	Schläft wie gewöhnlich
1	
2	Leichte Schwierigkeiten einzuschlafen. Oberflächlicher, unruhiger Schlag. Geringfügig verkürzte Schlafdauer
3	
4	Schlaf mindestens 2 Stunden verkürzt oder unterbrochen
5	
6	Weniger als 2 bis 3 Stunden Schlaf

### 5. Appetitverlust

Beinhaltet das Gefühl der Abnahme des Appetits, verglichen mit dem vorherigen normalen Zustand. Bewerten Sie nach Stärke des Appetitverlusts oder dem zum Essen benötigten Zwang.

0	Normaler oder verstärkter Appetit
1	
2	Geringfügige Appetitminderung
3	
4	Kein Appetit. Nahrung wie ohne Geschmack
5	
6	Nur mit Überredung zum Essen zu bewegen

## 6. Konzentrationsschwierigkeiten

Beinhaltet Schwierigkeiten der Konzentration, angefangen vom einfachen Sammeln der eigenen Gedanken bis zum völligen Verlust der Konzentrationsfähigkeit. Bewerten Sie nach Stärke, Häufigkeit und Ausmaß der Unfähigkeit zur Konzentration.

0	Keine Konzentrationsschwierigkeiten
1	
2	Gelegentliche Schwierigkeiten die eigenen Gedanken zu sammeln
3	
4	Schwierigkeiten sich zu konzentrieren und einen Gedanken festzuhalten
5	
6	Nicht in der Lage ohne Schwierigkeiten zu lesen oder ein Gespräch zu führen

## 7. Untätigkeit

*Ggf. nachfragen: Hatten Sie letzte Woche Schwierigkeiten, in Schwung zu kommen oder aktiv zu werden? Hatten Sie den Eindruck, Ihre alltäglichen Arbeiten nur mit Mühe ausführen zu können? Wenn JA: War es sogar so, dass Sie völlig untätig waren und nur mit Hilfe anderer Personen etwas bewältigen konnten?*

Beinhaltet Schwierigkeiten „in Schwung zu kommen“ oder Verlangsamung bei Beginn oder Durchführung der täglichen Arbeiten.

0	Nahezu keine Schwierigkeiten „in Schwung zu kommen“. Keine Trägheit
1	
2	Schwierigkeiten, aktiv zu werden
3	
4	Schwierigkeiten einfache Routinetätigkeiten in Angriff zu nehmen, Ausführung nur mit Mühe
5	
6	Vollständige Untätigkeit, Unfähig ohne Hilfe etwas zu tun

## 8. Gefühllosigkeit

*Ggf. nachfragen: Hatten Sie auch den Eindruck, Gefühle nicht mehr empfinden zu können, eine Art Gefühllosigkeit zu erleben?*

Beinhaltet das subjektive Empfinden des verminderten Interesses für die Umgebung oder Aktivitäten, die vorher Freude bereiteten.

0	Normales Interesse für Umgebung oder andere Menschen
1	
2	Vermindertes Interesse für Aktivitäten, die vorher Freude bereiteten
3	
4	Verlust des Interesses für die Umgebung. Verlust der Gefühle für Freunde und Angehörige
5	
6	Die Erfahrung der Gefühlslosigkeit. Unfähig Ärger, Trauer oder Freude zu empfinden. Vollständiger oder schmerzhaft empfundener Verlust des Gefühls für nahe Verwandte/Freunde

## 9. Pessimistische Gedanken

*Ggf. nachfragen: Haben Sie sich letzte Woche auch Selbstvorwürfe gemacht? Hatten Sie solche Gedanken, dass Sie versagt haben? Waren Sie eher pessimistisch oder optimistisch gestimmt in Bezug auf Ihre Zukunft? Glaubten Sie, die Dinge würden sich für Sie zum Besseren wenden?*

Falls pessimistisch: *Oder haben Sie sich schuldig gefühlt für Dinge, die Sie getan oder auch nicht getan hatten? Ging das sogar so weit, dass Sie den Eindruck hatten, Sünden oder frühere Fehler nie wieder gut machen zu können? Wenn JA: Können Sie mir mehr dazu sagen?*

Beinhaltet Schuldgefühle, Minderwertigkeitsgefühle, Selbstvorwürfe, Versündigungs-ideen, Reuegefühle und Verarmungs-ideen.

0	Keine pessimistischen Gedanken
1	
2	Zeitweise Gedanken „versagt zu haben“, Selbstvorwürfe und Selbsterniedrigungen
3	
4	Beständige Selbstanklagen. Eindeutige, aber logisch noch haltbare Schuld- und Versündigungs-ideen. Zunehmend pessimistisch in Bezug auf die Zukunft
5	
6	Verarmungswahn, Reuegefühl, nicht wiedergutzumachende Sünden und Schuld, Selbstanklagen, die logisch absurd, jedoch unkorrigierbar sind

### 10. Selbstmordgedanken

Beinhaltet das Gefühl, das Leben sei nicht mehr lebenswert, der natürliche Tod sei eine Erlösung, Selbstmordgedanken und Vorbereitung zum Selbstmord. Selbstmordversuche sollten die Bewertung nicht direkt beeinflussen.

0	Freude am Leben oder die Ansicht, dass man im Leben die Dinge nehmen muss, wie sie kommen
1	
2	Lebensmüde. Nur zeitweise Selbstmordgedanken
3	
4	Lieber tot. Selbstmordgedanken sind häufig. Selbstmord wird als möglicher Ausweg angesehen, jedoch keine genauen Pläne oder Absichten
5	
6	Deutliche Selbstmordpläne und -absichten, falls sich eine Gelegenheit bietet. Aktive Vorbereitung zum Selbstmord

**Summenwert:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Diagnostikers

## **8. Erklärung zum Eigenanteil**

Die Arbeit wurde in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in der Betreuung von Professor Dr. A. Batra durchgeführt. Die Konzeption der Studie wurde von Professor Dr. A. Batra entwickelt, Durchführung und Umsetzung wurde durch Dr. K. Fuhr koordiniert. Die Eingabe der Daten erfolgte durch Mitarbeitende am Projekt. Die Literaturrecherche und Erarbeitung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit erfolgte durch mich. Die statistische Auswertung erfolgte nach Rücksprache mit Professor Dr. A. Batra und Dr. K. Fuhr durch mich. Im Rahmen Teilbefragung des Projektes erfolgte die Datenerhebung durch mich und zwei weitere medizinischen Doktorandinnen, jedoch sind die Daten nicht für diese Arbeit relevant.

Ich versichere, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine weiteren als den angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Ich erkläre weiterhin, dass mir die Satzung der Eberhard Karls Universität Tübingen zur Guten Wissenschaftlichen Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser verpflichte.

## **9. Danksagungen**

An dieser Stelle möchte ich allen beteiligten Personen meinen großen Dank aussprechen, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Zuerst möchte ich mich bei Professor Dr. Anil Batra für die Bereitstellung des Themas und die Betreuung der Dissertation bedanken. Weiterhin gilt mein besonderer Dank Dr. Kristina Fuhr für die enorme Unterstützung und den unermüdlichen Einsatz in jeder Hinsicht.

Außerdem danke ich Daniela Grothe, David Heuer und Leonie Rummel, die mich auf meinem Weg mit Anregungen, lieben Worten und produktiven Gesprächen begleitet haben.

Zuletzt danke ich meinen Eltern für ihre Bemühungen, Zusprüche und Unterstützung in allen Belangen.