Heinz Böker, Ronald Gramigna und
Marianne Leuzinger-Bohleber

Ist Psychotherapie bei Depressionen wirksam?

Einleitung

Es gilt heute als gesichert, dass Depressionen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des Erwachsenenalters gehören. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation leiden derzeit über 300 Millionen Menschen an depressiven Erkrankungen (davon in Deutschland 2,8 Millionen Männer und fünf Millionen Frauen), weit mehr also als an anderen psychiatrischen und/oder neurologischen Erkrankungen. Weitere WHO-Schätzungen gehen davon aus, dass schwere depressive Erkrankungen (Major Depression) bis zum Jahre 2020 nach der ischämischen Herzerkrankung den zweiten Rang in der Reihenfolge der Erkrankungen einnehmen werden, die Hauptursache für verlorene Lebensjahre durch schwerwiegende Behinderung oder Tod (»Disability adjusted life years«, DALY; Murray/Lopez 1997) sind.

Exakte Zahlen zur Häufigkeit der Depression hängen selbstverständlich von den angewandten diagnostischen Kriterien und der untersuchten Stichprobe ab. Die internationale WHO-Studie ergab eine durchschnittliche Depressionsprävalenz von 10,4% (vgl. Maier et al. 1996). Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer. In den letzten Jahren zeichnete sich eine Zunahme der Depressionsraten und eine Angleichung der Depressionsraten bei beiden Geschlechtern ab. Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter (Linden et al. 1998).

Auf Grund von repräsentativen Umfragen (vgl. Angst 1987) kann davon ausgegangen werden, dass ca. 15-30% aller Erwachsenen klinisch manifeste Episoden mindestens mittleren Schweregrades wenigstens einmal im Leben erleiden. Die schwereren manisch-depressiven oder zyklisch-depressiven Erkrankungsformen machen hingegen nur eine kleine Minderheit der Depressionsfälle (<1% der Bevölkerung) aus.

5-10% der ambulanten Patienten von Primärärzten, nach einigen Studien bis zu 20% der Praxispatienten von Allgemeinmedizinern und Internisten (Dilling et al. 1998) leiden an einer Depression (vgl. Mulrow et al. 1995). Ein »diagnostisches Defizit« besteht darin, dass diese nur in etwa der Hälfte der Fälle (54%) von den Primärärzten erkannt werden

(Üstin/Sartorius 1995). Diese Situation stellt weiterhin eine große Herausforderung an die moderne Psychiatrie und Psychotherapie dar: viele dieser Patienten leiden oft Jahre lang – auch wegen der gefürchteten gesellschaftlichen Stigmatisierung – an Depressionen, bevor eine geeignete Behandlung eingeleitet wird.

Vor diesem Hintergrund hat die systematische Erforschung der Versorgungssituation bei psychiatrischen Patienten, insbesondere bei depressiv Erkrankten, einen besonders hohen Stellenwert. So wird in dem Sachverständigengutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Sachverständigenrats für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) zurecht festgestellt, dass »nicht nur die klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung, sondern auch die in verschiedenen Studien aufgedeckten Versorgungsdefizite (...) die Depression zu einem prioritären Gesundheitsproblem« machen (Kapitel 13.1; Abschnitt 197). Es wird eine gravierende Unter- und Fehldiagnostik und eine unzureichende Suizidprävention konstatiert.

Im Hinblick auf die Behandlung depressiv Erkrankter wird hervorgehoben, dass die »Qualität der medikamentösen Therapie der Depression in vielen Fällen defizitär« sei. Eine starke Unterversorgung bestehe bei der medikamentösen Rezidivprophylaxe affektiver Störungen. Die Psychotherapie depressiv Erkrankter wird unter den »sonstigen Therapieformen« erwähnt. In diesem Zusammenhang wird ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung in der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung festgestellt. Diese Situation beruhe darauf, dass die Zulassungszahlen von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten weitgehend zufällig und nicht an den Bedarf angepasst seien. Einerseits würden »zu viele und zu lange Therapien bei unproblematischen Patienten durchgeführt (Überversorgung), während andererseits schwerkranke und nicht ideal angepasste Patienten unzureichend versorgt würden (Unter- und Fehlversorgung)« (Kapitel 13.2.2.3; Abschnitt 210). Die Auswahl der eingesetzten Psychotherapieverfahren richte sich weniger nach den Merkmalen des Kranken, sondern eher nach der Ausbildung des Therapeuten und seinen weltanschaulich geprägten Präferenzen. Hinsichtlich der exakten Differentialindikation von Psychotherapieverfahren bestehe noch ein erheblicher Forschungsbedarf. Während neue Verfahren bereits nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin ausgewählt würden, gelte dies nicht für bereits zugelassene Verfahren, vor allem die Psychoanalyse, »für die der Nachweis von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit anhand methodisch adäquater Studien noch nicht geführt sei« (ebda.). Dies gelte auch für die stationäre Psychotherapie – insbesondere für deren dominierende tiefenpsychologische Ausrichtung –

in den Rehabilitationskliniken, wo »das Angebot den Präferenzen der Leistungserbringer folge« (ebda).

In seinen bewertenden Stellungnahmen beschränkt sich das Gutachten vorerst auf die vorhandenen dringlichen Probleme der Erkennung und Behandlung depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. Diese Schwerpunktsetzung ergibt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Versorgungsstudien (DEPRES-Studien; Lepine et al. 1997, Tylee et al. 1999), wonach lediglich 35% der Patienten mit schweren Depressionen in Deutschland überhaupt behandelt werden und nur ca. 12% der Erkrankten eine Therapie mit Antidepressiva erhalten.

Grundsätzlich ist der im Gutachten gesetzten Akzentsetzung zuzustimmen, welche die Bedeutung der Erstversorgung durch Allgemeinmediziner und die notwendige Verbesserung der unzureichenden Erkennungs- und Behandlungsraten betont. Mit Bezug auf die Depression-2000 Studie von Wittchen et al. (2000) wird festgestellt, dass viele Depressionspatienten in der hausärztlichen Praxis »Viel-Nutzer« von Gesundheitsdiensten sind und sich diese Inanspruchnahme nicht primär auf die Kontakthäufigkeit beim Nervenarzt sowie Psychologen und Psychotherapeuten zurückführen lässt, sondern vor allem auf »andere Arztbesuche«. Aufgrund des hohen Versorgungsanteils und der nachgewiesenen Versorgungsdefizite wird folgerichtig empfohlen, die Bemühungen um eine Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten vorrangig im hausärztlichen Bereich anzusetzen. Es wird die Entwicklung symptomorientierter evidenzbasierter Leitlinien vorgeschlagen, die u.a. konkrete Schnittstellenindikatoren enthalten, welche die Überweisung (und Rücküberweisung) in eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung regeln.

Es lässt sich festhalten, dass aus der Vielfalt und Komplexität depressiver Krankheitsbilder die Notwendigkeit einer mehrdimensionalen fachspezifischen Behandlung resultiert. Im Hinblick auf die Empfehlungen des Sachverständigengremiums fällt allerdings auf, dass bedeutsame Zusammenhänge (Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und depressiver Erkrankung; konflikthafter Hintergrund depressiver Symptome) und therapeutische Ansätze vernachlässigt werden. Hierzu zählen psychotherapeutische Interventionen bei Depressionen, insbesondere auch die psychoanalytische und psychodynamisch orientierte Psychotherapie.

Der vorliegende Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen wirksam ist. Bei dieser Fragestellung wird neben den in dem Gutachten des Sachverständigenrats erwähnten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren die interpersonelle Therapie und die psychodynamisch orientierte bzw. psychoanaly-

tische Psychotherapie einbezogen.[1] Die Ergebnisse der vorliegenden Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie bei depressiv Erkrankten und zum komplementären Einsatz von Psychotherapie und medikamentöser Therapie werden im Folgenden dargestellt.

Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiv Erkrankten

Im Verständnis der Kognitiven Verhaltenstherapie spielen dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster eine zentrale Rolle. Defizitäre Assimilations- und Akkomodationsstrategien bilden auf dem Hintergrund realer Belastungserfahrungen die Basis für mögliche Auslöser einer depressiven Erkrankung (Hautzinger 1995). Die mangelnden Kompensationsmöglichkeiten können dann zu einem chronischen Energiedefizit führen, in welchem die Patienten eine Art Erstarrungshaltung einnehmen, um sich so vor weiteren hilflosen Bemühungen zu schützen. Im therapeutischen Fokus liegen deshalb die Veränderung dysfunktionaler Kognitionsschemata und die Steigerung eigener Kompetenz- und Selbstkongruenzgefühle. Als erste Schritte stehen dabei die Entlastung von negativen Emotionen, eine beruhigende und versichernde therapeutische Haltung und die Etablierung eines höheren Grades an Kontrolle im Vordergrund (Hoffmann/Hofmann 2000). Längerfristig geht es auch um das Selbstverständnis des lebensgeschichtlichen Kontextes und um die Bewältigung von insbesondere negativen Emotionen.

Bezüglich der Wirksamkeit von Psychotherapie bei unipolaren depressiven Störungen galt bis Mitte der 70er Jahre der Grundsatz, dass Psychotherapie nicht wirksamer als eine Placebobehandlung und daher der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva weit unterlegen sei (Hautzinger 1998). Die ersten Wirksamkeitsstudien zum Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Behandlung depressiver Menschen spielten insofern eine Pionierrolle, als dass sie die Gleichwertigkeit, ja sogar längerfristige Überlegenheit gegenüber den Effekten von Antidepressiva belegen konnten.

Im Anschluss an die Pionierstudie von Rush et al. (1977) wurde die erste kontrollierte Vergleichsstudie außerhalb des Zentrums, das die Kognitive Therapie entwickelt hatte, von Blackburn et al. (1981) durchgeführt. Die untersuchten Patienten (64 Patienten mit einer Major Depression[2], davon 27 endomorpher Subtyp) wurden entweder mit Kognitiver Therapie, mit Antidepressiva (Amitriptylin oder Clomipramin bis 150mg/die) oder mit einer Kombination beider Verfahren über 12 Wochen behandelt und zwei Jahre nach Behandlungsende nachuntersucht (Blackburn et al. 1986). Einen Rückfall erlitten in dem zweijährigen Nachkontroll-

zeitraum 78 % der mit Antidepressiva behandelten Patienten, allerdings nur 23 % bzw. 21 % der mit Kognitiver Therapie bzw. mit der Kombinationstherapie behandelten Patienten.

Die Vergleichsstudie des National Institute of Mental Health (NIMH) (Elkin et al. 1985, 1989) berücksichtigte neben der Kognitiven Therapie als weitere psychotherapeutische Intervention die Interpersonelle Psychotherapie (Klerman et al. 1984) und unter Doppelblindbedingungen entweder Imipramin (150-300mg/die) oder Placebo, jeweils ergänzt durch intensives und aufwendiges klinisches Management (Aufklärung über Krankheit, Unterstützung durch behandelnden Arzt). Es wurden insgesamt 239 depressive Patienten (Major Depression nach DSM-III) aufgenommen, von denen 156 bis zum Ende der 16-wöchigen Behandlung in der Studie verblieben. Beide Psychotherapieformen waren in ihrer Wirksamkeit dem Imipramin (in Verbindung mit dem Clinical Management) vergleichbar. Bei der Subgruppe der weniger schwer beeinträchtigten Patienten waren die vier Interventionen gleich wirksam; demgegenüber fiel die Placebobedingung bei den schwer depressiven Patienten deutlich ab, beide Psychotherapieformen waren signifikant wirksamer als Placebo, doch gleichzeitig signifikant weniger wirksam als das Antidepressivum. Diese Ergebnisse entsprechen klinischen Erfahrungen, nach denen vor allem die schwer depressiv Erkrankten von einer Pharmakotherapie deutlich profitieren, während bei PatientInnen mit leichteren Depressionen die mit dem Antidepressivum verbundenen Nebenwirkungen im Vordergrund stehen, die dann auch häufig für frühzeitige Therapieabbrüche verantwortlich sind.

Im Rahmen der NIMH-Studie wurde 18 Monate nach Behandlungsende eine katamnestische Nachuntersuchung durchgeführt (Shea et al. 1992). Die beiden Psychotherapien und die Placebomedikation mit unterstützenden Gesprächen zeigte langfristig deutlich bessere Effekte (75 % ohne Rezidiv) als die Pharmakotherapie (50 % ohne Rezidiv).

In einer weiteren Therapiestudie wurden die Effekte von Kognitiver Verhaltenstherapie, thymoleptischer Behandlung (Amitriptylin 150mg/die), Entspannungsmethoden und einer nicht direktiven, unterstützenden Psychotherapie verglichen (McLean/Hakstian 1979, 1990; McLean 1991). Bei der Nachuntersuchung 2¼ Jahre nach Behandlungsende beurteilten sich 65 % der mit Verhaltenstherapie Behandelten als unauffällig, jedoch nur 25 % bis 35 % der mit den anderen Therapiemethoden Behandelten. Die jeweilige therapeutische Effektivität war auch hier abhängig vom Schweregrad der Depression. Bei leichter bis mäßig depressiv Erkrankten bestanden nur geringfügige Unterschiede hinsichtlich der vier Therapiemethoden. Bei Patienten mit schweren Depressionen waren

die Verhaltenstherapie und die Pharmakotherapie den beiden unspezifischen Interventionen deutlich überlegen; zwischen der medikamentösen Therapie und der Verhaltenstherapie waren keine Wirkunterschiede messbar.

Die nähere Analyse der Abbrecherquote kann Auskunft über Faktoren geben, die für die Compliance bedeutsam sind. 53 % der leichter depressiv Erkrankten brachen in der Studie von Shea et al. (1992) unter Antidepressiva die Behandlung vorzeitig ab, während die Abbruchraten bei den psychologischen Methoden lediglich zwischen 8 % und 15 % betrugen. Im Gegensatz dazu brachen von den PatientInnen, die an schweren Depressionen litten, nur 15 % die Pharmakotherapie und 5 % die Verhaltenstherapie ab, jedoch 47 % bzw. 64 % die »unspezifischen« Behandlungen. McLean schlussfolgerte, dass die Verhaltenstherapie vor allem auch unter Berücksichtigung des günstigen langfristigen Verlaufs sowohl bei leichten, wie auch bei schweren Depressionen indiziert und wirksam sei. Bei den an schweren Depressionen Erkrankten bestehe die Indikation für die medikamentöse Behandlung, die jedoch keine Überlegenheit gegenüber der Verhaltenstherapie für sich in Anspruch nehmen könne; vielmehr müsse im langfristigen Verlauf mit hohen Rezidivraten gerechnet werden.

Hollon et al. (1992) verglichen die Monotherapie mit Antidepressiva bzw. Kognitiver Verhaltenstherapie mit einer Kombination beider Behandlungen. Alle drei Bedingungen waren kurzfristig wirksam und unterschieden sich nicht bedeutsam. Im weiteren Verlauf waren die Rückfallzahlen jedoch sehr unterschiedlich. Nach viermonatiger Behandlung wurde bei der Hälfte der Pharmakotherapiegruppe die Medikation abgesetzt; bei etwa 50 % dieser PatientInnen ohne jegliche Behandlung trat bereits nach vier Monaten ein depressives Rezidiv auf. Die Rückfallrate verringerte sich nach Fortsetzung der Medikation. Interessanterweise konnte die Rückfallrate durch die viermonatige Kognitive Verhaltenstherapie (unabhängig davon, ob als Monotherapie oder in Kombination mit Thymoleptika) auf einem niedrigen Niveau gehalten werden.

Hautzinger und de Jong-Meyer (1996) verglichen die medikamentöse Behandlung (Amitriptylin) mit Kognitiver Verhaltenstherapie alleine oder in Kombination mit dem Medikament bei unipolar depressiven PatientInnen; es wurden sowohl stationäre wie ambulante PatientInnen in die Studie einbezogen. Die Pharmakotherapie wurde durch regelmäßige, klar spezifizierte unterstützende Betreuung durch den Arzt bzw. Psychologen ergänzt. Alle Behandlungsbedingungen reduzierten die depressive Symptomatik über die Behandlungszeit auch klinisch signifikant. Die Kombination aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie

erbrachte dabei keine Vorteile. Auch diese Studie unterstrich in Übereinstimmung mit Hollon et al. (1992) und McLean (1991), dass die Kognitive Verhaltenstherapie zu antidepressiver Therapie eine zumindest gleich wirksame Behandlungsalternative für depressive PatientInnen ist.

Im Gegensatz hierzu gelangten Thase et al. (1997) mittels ihrer »Mega-Analyse« an 595 unipolar depressiven PatientInnen aus 6 Studien zu dem Ergebnis, dass eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie vor allem bei schwerer depressiven PatientInnen eine überlegene Wirkung gegenüber den Monotherapien erbringe. Trotz dieser Kontroverse vertritt Hautzinger (1998) die Überzeugung, dass die Kombinationstherapie die kurz- und langfristigen Vorteile der Psychotherapie mitenthalte und von daher in jedem Fall eine wirksame Behandlung für Depressionen sei.

Umstritten bleibt die Frage, inwieweit der Schweregrad einer Depression Einfluss auf die Wirksamkeit hat und ob eine Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva wirksamer ist als eine monotherapeutische Behandlung. Neben der bereits erwähnten Studie von Thase et al. (1997) wiesen auch Keller et al. (2000) an 681 Patienten mit einer Major Depression nach, dass der kombinierte Einsatz von Psychopharmaka und Kognitiver Verhaltenstherapie signifikant besser sei. Der Stellenwert der Verhaltenstherapie als Alternative zur medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva wird demgegenüber durch die Studien von Hautzinger/de Jong-Meyer (1996) und Gloaguen et al. (1998) gestützt.

Letztgenannte Autoren untersuchten in einer großen Metaanalyse die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie, indem sie 78 kontrollierte Studien aus dem Zeitraum zwischen 1977 und 1996 zur Analyse heranzogen. Die untersuchte Stichprobe bestand aus 2765 PatientInnen, die an einer Major Depression (gemäß DSM-III-R) und einer leichten bis mäßiggradigen Dysthymie (langdauernde depressive Verstimmung mit geringerer Symptomausprägung) litten; psychotische Depressionen und manisch-depressive Erkrankungen waren ausgeschlossen.

Was nicht erstaunt, ist, dass die Kognitive Therapie den beiden Kontrollbedingungen (Placebo, Warteliste) überlegen war. Die Wirkamkeit beruht nicht auf einem Placeboeffekt und/oder auf einer Erwartungshaltung. Ferner war die Kognitive Therapie der Pharmakotherapie überlegen; im Vergleich mit der »reinen« Verhaltenstherapie war die Kognitive Therapie gleichwertig. Die vergleichbaren Effekte beider Therapieverfahren könnten auf den gemeinsamen Charakteristika beider Ansätze beruhen.[3]

Kognitive Therapie hatte in den naturalistischen Katamnesestudien über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren eine größere rezidivprophylaktische Wirksamkeit als die Antidepressiva. Die Rezidivrate der

ausschließlich medikamentös behandelten depressiv Erkrankten war doppelt so hoch wie die der mit Kognitiver Therapie allein oder in Verbindung mit Antidepressiva Behandelten.

Die Wirksamkeit der Kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie ist somit bei Depressionen als empirisch gut gesichert anzusehen. Die Kontroverse, ob eine Kombinationstherapie mit Antidepressiva einer Monotherapie überlegen ist, bleibt – wie die teilweise inkonsistenten Ergebnisse zeigen – weiterhin bestehen.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT) bei depressiv Erkrankten

Die interpersonelle Psychotherapie ist eine störungsspezifische psychotherapeutische Kurztherapie. Sie basiert auf den Annahmen, dass Depressionen – unabhängig von Symptommuster, Schweregrad, vermuteter biologischer Vulnerabilität oder Persönlichkeitszügen – in einem psychosozialen und interpersonellen Kontext auftreten und dass das Verstehen und die Auflösung des mit der Depression zusammenhängenden interpersonellen Problembereiches für die Remission und möglicherweise auch als Prophylaxe wichtig sind.

Die Behandlung wird in drei Phasen unterteilt (zur Durchführung des Verfahrens vgl. Schramm 1998). In der ersten Behandlungsphase geht es zunächst um die Exploration und Diagnoseerhebung, welche sich am ehesten an psychodynamischen Kurzverfahren orientiert. Aufgabe des Therapeuten ist es, eine Beziehung zwischen depressiver Symptomatik einerseits und vier Kategorien interpersoneller Problembereiche (pathologische Trauer, interpersonelle Konflikte, ungelöste Rollenwechsel und interpersonelle Defizite) andererseits herzustellen. In einer zweiten Phase können dann Strategien entwickelt werden, um die spezifischen Problemfelder besser anzugehen. Psychoedukative Interventionen können helfen, sich mit alten Rollenmustern auseinanderzusetzen. In der letzten Therapiephase wird der Patient ermutigt, die erreichten Ziele zu konsolidieren, um etwaigen wieder auftretenden depressiven Symptomen besser begegnen und sie besser bewältigen zu können. Besonderen Wert wird auch auf den Ablösungsprozess vom Therapeuten und den damit einhergehenden Gefühlen der Trauer und des Schmerzes gelegt.

Die antidepressive Wirksamkeit wurde – ähnlich wie für die Kognitive Verhaltenstherapie – in einigen großen, randomisierten klinischen Studien an ambulanten PatientInnen mit Major Depression nachgewiesen. Erste Studien zur Wirksamkeit der Interpersonellen Therapie von Klerman und Weissman – den Gründern dieser Methode – belegten die Überlegenheit dieser Therapiemethode gegenüber unspezifischen psychotherapeu-

tischen Interventionen (Weissman et al. 1979). Vor allem für nicht psychotische, unipolar depressive Patienten erwies sich die interpersonelle Therapie als besonders wirksam (APA 1993). In der Multicenterstudie des National Institute of Mental Health (NIMH) war die Interpersonelle Therapie als einzige Psychotherapiemethode bei der Behandlung auch schwererer Depressionen der Placeboabgabe überlegen und der Pharmakotherapie fast gleichwertig (Elkin 1994), wobei katamnestische Untersuchungen ergaben, dass bei den meisten PatientInnen keine der Behandlungsmethoden genügte, um eine Remission herbeizuführen und diese länger als 18 Monate aufrechtzuerhalten (Shea et al. 1992).

In der Untersuchung mit dem längsten Behandlungszeitraum wiesen Frank et al. (1991) nach, dass eine Kombination von medikamentöser Therapie und interpersoneller Psychoherapie eine bessere rezidivprophylaktische Wirkung erzielte als die Abgabe von Imipramin allein. Weitere Studien wurden mit depressiven HIV-PatientInnen, geriatrischen PatientInnen und Müttern mit postnataler Depression durchgeführt. Eine Übersicht über Wirkbereiche der Interpersonellen Psychotherapie, deren Modifikationen und aktuelle Ansätze der Psychotherapieforschung im Bereich der Interpersonellen Psychotherapie bieten die Arbeiten von Weissman (1997), Schramm (1998) und Schramm et al. (2002).

Psychoanalytische Psychotherapie bei depressiv Erkrankten

Die psychoanalytische Psychotherapie, im bundesdeutschen Sprachraum psychodynamische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, stellt eine Therapiemethode dar, welche sich an der psychoanalytischen Theorie und Technik orientiert und durch Settingmodifikationen und deren Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess von der Psychoanalyse unterscheidet.

Das therapeutische Vorgehen ist auf mehreren Ebenen angesiedelt (vgl. Schauenburg et al. 1999) und berücksichtigt in einem schrittweisen Vorgehen zunächst den Kernkomplex depressiver Symptome (Selbstvorwürfe, Suizidalität, Antriebshemmung, Rückzugsverhalten und Körpersymptome). Die Behandlung der schweren Depression ist zunächst vor allem Umweltfürsorge (im Sinne Winnicotts) und empathische Begleitung auf der Grundlage einer die Patienten akzeptierenden und stets die eigene Gegenübertragung berücksichtigenden psychotherapeutischen Haltung. Ein psychodynamisches Verständnis der sich entwickelnden Handlungsdialoge zwischen Patient und Therapeut kann dabei schon frühzeitig zu einer konstruktiven Gestaltung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens herangezogen werden. Auf diesem Wege werden neue

Beziehungserfahrungen ermöglicht, die zu einer Überwindung der intrapsychischen und interpersonellen circuli vitiosi depressiv Erkrankter beitragen können (vgl. Mentzos 1995; Will et al. 1998; Böker 2000).

Der Schwerpunkt der psychodynamisch orientierten Psychotherapie mit zumeist einer Wochenstunde liegt auf der Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen Leben, den auslösenden Faktoren, den aktuellen beruflichen und sozialen Problemen und den Konflikten in Partnerschaft und Familie. Auf dieser Grundlage werden die depressiogenen Konstellationen und die habituellen, dysfunktionellen Bewältigungsmuster der PatientInnen bearbeitet. In der psychoanalytischen Psychotherapie (mit in der Regel drei Wochenstunden) wird dieses Material ebenfalls verwendet. Sie hat darüber hinaus zwei weitere Schwerpunkte: die Erfahrungen der Patienten mit ihren primären Bezugspersonen von der frühen Kindheit an und die aktuelle therapeutische Beziehung. Dieses Setting ermöglicht einen regressiven Prozess, innerhalb dessen sich die typischen Beziehungsmuster und Persönlichkeitsstrukturen durch die Übertragung auf die Therapeuten entfalten, durch die Arbeit an Übertragung und Widerstand (mittels Deutungen) erfahrbar gemacht und infolge der erlebten affektiven und kognitiven Einstimmung und des veränderten inneren Beziehungswissens schließlich modifiziert und überwunden werden können.

Im weiteren Verlauf zielt die psychoanalytische Psychotherapie darauf, unter verstärktem Einbezug des biographischen Hintergrundes, der verinnerlichten Beziehungen zu wichtigen anderen Personen und unbewusster Konflikte überhöhte Selbstansprüche (hohes Ich-Ideal), Selbstwertzweifel (Wendung gegen das eigene Selbst), Schuldgefühle (strenges, rigides Über-Ich), die Tendenz zur Abhängigkeit (Idealisierung, Trennungsängste) bzw. zu forcierter Autonomie (regressive Aktualisierung des grandiosen Selbst) zu bearbeiten. Neben den Deutungen der überwiegend unbewussten Dynamik und der Übertragung tragen insbesondere die neuen Erfahrungen im »Hier-und-Jetzt« der therapeutischen Beziehung zu einem Abbau defensiver Abwehr- und Bewältigungsstrategien und habitueller Bindungsmuster bei.

Im Hinblick auf die Indikationsstellung zu einer psychoanalytischen Psychotherapie sind insbesondere auch persönlichkeitsstrukturelle Gesichtspunkte zu berücksichtigen (vgl. Jacobson 1971, Kernberg 1975, Mundt 1996, Will 2000). Depressiv Erkrankte leiden oft nicht nur während der akuten Krankheitsphase, sondern es bestehen bei ihnen – wie zahlreiche empirische Studien (Böker 1999) belegen – auch nach Abklingen der manifesten Symptome erhebliche psychische Belastungen. Die Behandlung der Dysthymie, der neurotischen Depression in der

traditionellen Terminologie, ist als Domäne der Psychoanalyse anzusehen. Zum erweiterten Indikationsbereich der psychoanalytischen Psychotherapie zählen jedoch auch Patienten mit affektiven Psychosen, bei denen gleichzeitig »neurotische« Konflikte und Persönlichkeitszüge (»endoneurotische« Depression, Hole 1992) bzw. charakterologische Konflikte (Kahn 1993) vorhanden sind. Aufgrund klinischer Erfahrungen ist davon auszugehen, dass die Prognose dieser Patienten durch eine frühzeitig – vor dem Eintreten der oftmals erheblichen psychosozialen Einbußen – eingeleitete intensive Psychotherapie entscheidend verbessert werden könnte.

Eine kürzere, niederfrequente Psychotherapie ist bei depressiven Reaktionen indiziert.

Ist psychoanalytische Psychotherapie bei depressiv Erkrankten wirksam?

Wirksamkeitsnachweise für psychodynamische Psychotherapie liegen – wie bei den anderen Verfahren auch – insbesondere für kurz angelegte Therapien vor. Gerson et al. (1999) führten eine Metaanalyse sämtlicher Untersuchungen zwischen 1974 und 1998 durch, welche pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen an über 55jährigen depressiven Patienten miteinander verglichen. Kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapien schnitten dabei – im Gegensatz zu den Metaanalysen von Svartberg und Stiles (1991) und Grawe et al. (1994) – gleichermaßen besser ab als eine Placebobehandlung.[4] Weitere Metaanalysen, die ebenfalls strenge Kriterien an die methodische Qualität der Untersuchungen gelegt haben, fanden, dass psychodynamische Kurztherapie und kognitiv-behaviorale Therapie gleichermaßen wirksam waren (Crits-Christoph 1992; Leichsenring 1996).

In der neuesten Metaanalyse verglich Leichsenring (2001) die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie (STPP) und Kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Verhaltenstherapie bei der majoren Depression. Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie und Kognitive Therapie/Verhaltenstherapie unterschieden sich hinsichtlich der Besserungsraten nicht.[5]

Bei der Interpretation dieser Befunde ist zu berücksichtigen, dass sich die Metaanalyse von Leichsenring auf psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien bezieht, die relativ strukturiert bzw. auf der Grundlage von Behandlungsmanualen durchgeführt wurden (Horowitz/Kaltreider 1979; Mann 1973, Rose/DelMaestro 1990; Shapiro/Firth 1985; Interpersonelle Psychotherapie gemäß Klerman et al. 1984). Es ist anzunehmen, dass diese Studienergebnisse – ebenso wie bei den Wirksamkeitsstudien

für Kognitive Therapie und Verhaltenstherapie – die Situation in der klinischen Praxis nur in eingeschränkter Weise abbilden (vgl. Persons/ Silberschatz 1998; Seligman 1995, 1996).

Gerade auch wegen des generellen Mangels an Langzeittherapiestudien sind die drei folgenden Katamnesestudien zur Langzeitwirkung von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien sowie die prospektive Langzeitpsychotherapiestudie um so bemerkenswerter. Die von Leuzinger-Bohleber et al. (2001) durchgeführte Katamnesestudie basiert auf einer repräsentativen Stichprobe aller ehemaligen Patienten, die bei DPV-Analytikern zwischen 1990 und 1993 ihre Behandlung beendet hatten. Es handelt sich um eine methodenkritische Studie, die psychoanalytische, qualitative Beobachtungen aus den Katamneseinterviews mit quantitativen Verfahren kombiniert. Die Einschlusskriterien wurden so definiert, dass Langzeitbehandlungen erfahrener Analytiker und Analytikerinnen erfasst wurden (Behandlung durch ein Mitglied der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, mindestens ein Jahr Behandlungsdauer, Ausschluss von Ausbildungsfällen und Lehranalysen, erfahrene InterviewerInnen der Fachrichtung).[6]

Die behandelnden Analytiker und Analytikerinnen wurden neben der Diagnose und dem Schweregrad der Störung zu Behandlungssetting, -verlauf und Zufriedenheit befragt. Mit Einverständnis der ehemaligen Patienten wurden ferner die Daten der Krankenkassen erfasst (Arbeitsunfähigkeitstage, Krankenhausaufenthalte und Krankenhaustage während der Behandlung, fünf Jahre vor Beginn und im Katamnesezeitaum). Die repräsentative Stichprobe aller ehemaligen Patienten bestand aus 401 ehemaligen Patienten. Davon wurden 159 mit einem ausführlichen Fragebogen und 129 mit zwei ausführlichen Katamneseinterviews und Fragebogen untersucht.

Zwei Rater schätzten aufgrund aller verfügbarer Informationen der 129 Interviewpatienten den Schweregrad der Störung zu Beginn und zum Katamnesezeitpunkt (BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score, Schepank, 1995) und dem Global Assessment of Functioning (GAF nach DSM-IV, McCullough Vaiiant, 1997) ein. Auch die Anfangssymptomatik nach ICD-10 wurde eingestuft, sofern sie sowohl vom ehemaligen Patienten als auch – unabhängig von ihm – von seinem ehemaligen Analytiker in den Interviews erwähnt wurden (Kappa-Koeffizient = 0.59; bereinigt: = 0.73). Nach den dabei eingestuften Hauptdiagnosen litten die 129 ehemaligen Patienten vor der Behandlung unter gravierenden psychischen und psychosomatischen Störungen (88 % wiesen einen »extremen« oder »starken« Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank auf). 51,2 % litten an Persönlichkeitsstörungen, 27,1% an affektiven Störungen, 10,9 %

an neurotischen Störungen und 6,2 % an einer Schizophrenie (nach ICD-10). Bei den affektiven Störungen überwogen die rezidivierenden depressiven Störungen bei weitem.[7] Abgesehen von den ehemaligen Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung waren ansonsten Mehrfachdiagnosen häufig: 22,5 % erhielten drei, 9,3 % vier und 4,7 % fünf oder mehr Diagnosen, ein Hinweis auf multiple psychosomatische und psychopathologische Störungsbilder.

75 % der ehemaligen Patienten gaben auf ihrem Fragebogen (N=282) rückblickend an, dass ihr Gesamtbefinden vor der Therapie »schlecht« war. 81% bezeichneten das Gesamtbefinden nach der Therapie als »gut«. 80 % der ehemaligen Patienten berichteten positive Veränderungen durch die Langzeitbehandlungen in Bezug auf Befinden, inneres Wachstum und Beziehungen. Zwischen 70 % und 80 % stellten positive Veränderungen in Bezug auf die Lebensbewältigung, das Selbstwertgefühl, die Stimmung sowie von Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit fest. Obschon die Zufriedenheit über den erzielten Behandlungserfolg von ehemaligem Patienten und seinem Analytiker im Großen gesehen übereinstimmt, stellt sich bei der genaueren Analyse der Daten heraus, dass die Analytiker deutlich kritischer als ihre ehemaligen Patienten urteilen. 75 % der ehemaligen Patienten waren »zufrieden« oder »sehr zufrieden«, 9,2 % »unzufrieden« und 5,7 % »sehr unzufrieden«. Die Analytiker waren in 65,2 % »zufrieden« oder »sehr zufrieden«, in 11,3 % »unzufrieden« und in 5 % »sehr unzufrieden«. Zudem zeigte unsere multiperspektivische Betrachtung der Einschätzungen des Behandlungserfolgs, dass die psychoanalytischen Experten der lokalen Forschungsgruppen den Erfolg am strengsten, die ehemaligen Patienten am mildesten beurteilten. In einer Teilstudie belegte Westenberger-Breuer (in Vorbereitung), dass diese Evaluationen auch mit jenen nichtpsychoanalytischer Experten übereinstimmten.

Bezüglich der Symptombelastung fallen, statistisch betrachtet, die hier untersuchten ehemaligen Patienten – den Ergebnissen der SCL-90R zufolge – nicht mehr in den klinischen Bereich. Sie liegen zwar noch knapp über den Werten der Normalbevölkerung, aber deutlich unter den ambulanten und stationären Patienten anderer Studien.

Bezüglich der globalen Einschätzungen des Therapieerfolgs unterschieden sich die depressiven Patienten nicht von jenen mit anderen Diagnosen: d.h. etwa 80 % der ehemaligen Patienten waren durchschnittlich 6,5 Jahre nach Abschluss ihrer Behandlungen mit den Ergebnissen der Behandlungen und den erzielten Veränderungen zufrieden.

Zudem konnten die aufwendigen Analysen zu den Ausgaben im Gesundheitsbereich zeigen, dass die Kosten durch Langzeitbehandlung

dauerhaft gesenkt werden können: I.a.W. lohnt sich auch für die Kasse, psychoanalytische Langzeitverfahren bei dieser Patientengruppe zu finanzieren. Dies konnte schon an den beiden erfassbaren Faktoren (Anzahl Arbeitsfehltage, Krankenhaustage) nachgewiesen werden, doch mögen die Fallbeispiele illustriert haben, dass zudem viele Kosten durch ein Zunehmen der psychischen Gesundheit indirekt eingespart werden (vermehrte berufliche Kreativität und Produktivität, Überwinden der Arbeitslosigkeit, Verhindern eines Burn-Out-Syndroms mit möglicher Frühpensionierung etc., Fähigkeit, für die eigenen Kinder vermehrt eine empathische Fürsorglichkeit zu übernehmen, Überwinden der sozialen Isolation und Beteiligung an sozialen, öffentlichen Aufgaben etc.).

In einer weiteren Langzeitpsychotherapiestudie von Sandell et al. (1999, 2001) wurde eine Gesamtstichprobe von etwas mehr als 700 PatientInnen in Psychoanalysen (vier bis fünf Sitzungen pro Woche) oder Langzeitpsychotherapien (ein bis zwei Sitzungen wöchentlich) über drei Jahre untersucht. Es handelt sich hierbei um eine kombinierte Quer- und Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten. Beim dritten Erhebungszeitpunkt verblieben 418 PatientInnen in der Stichprobe, die sich in unterschiedlichen Behandlungsphasen befanden.[8]

Die bisher vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, dass Psychoanalyse dauerhafte und zunehmende Symtpomreduktion bewirkt und dass diese Wirkung nicht mit Kurzzeitverfahren erreicht wird. Der erzielte Behandlungserfolg ist dabei nicht nur mit einer besseren Lebensanpassung, sondern auch mit einer relevanten Reduktion der Symptomatik verknüpft, die möglicherweise auch zu geringeren Krankenkassenkosten führt. Eine diagnosespezifische Auswertung der Daten wurde bisher nicht veröffentlicht, so dass bis auf weiteres keine Aussagen über den Behandlungserfolg in den unterschiedlichen Gruppen depressiv Erkrankter gemacht werden können. Gleichwohl ist angesichts der hohen Prävalenz depressiver PatienInnen in der Klientel psychoanalytischer PsychotherapeutInnen davon auszugehen, dass sich die insgesamt positiven Ergebnisse der Stockholmer Studie auch spezifisch auf die Behandlung von Depressionen mittels psychodynamischer Psychotherapie und Psychoanalyse beziehen lassen.

In der prospektiven Studie von Brockmann et al. (2001) wurden in einem naturalistischen Design 31 PatientInnen mit Langzeitverhaltenstherapie (im Mittel 63 Sitzungen) und 31 PatientInnen mit psychoanalytisch orientierter Langzeitpsychotherapie (im Mittel 185 Sitzungen) verglichen. In die Studie wurden ausschließlich PatientInnen aufgenommen, welche die DSM-III-R-Kriterien für das Vorliegen einer depressiven oder einer Angststörung erfüllten. Die Symptomatik (SCL-90-R), die

interpersonellen Probleme und die Therapieziele bzw. deren Erreichung (GAS) wurden zu vier Zeitpunkten erhoben; bei Behandlungsbeginn, nach einem Jahr, nach 2½ Jahren und nach 3½ Jahren. Zu Behandlungsbeginn unterschieden sich die beiden Gruppen bezüglich der Schulbildung, des Zugangsmodus zur Psychotherapie (ärztliche Überweisung bzw. Selbstanmelder), der Symptombelastung und des Gebrauchs psychotroper Medikamente. Die Psychoanalysepatienten hatten eine signifikant höhere Bildung, wurden signifikant weniger ärztlich überwiesen, hatten eine signifikant geringere Symptombelastung und einen signifikant geringeren Gebrauch von Medikamenten. Im Behandlungsverlauf zeigten sich bei beiden Gruppen signifikante Verbesserungen bezüglich der Symptombelastung und der interpersonellen Problematik, wobei die Veränderungen auf der interpersonellen Ebene den Verbesserungen in der Symptombelastung nachfolgten. Interessanterweise traten die Veränderungen in der Verhaltenstherapiegruppe auf der interpersonellen Ebene später ein als bei der Psychoanalysegruppe. Auch die Veränderungen in den Bereichen Erleben und Verhalten sowie in der Zielerreichung waren über die Zeit gemessen für beide Gruppen signifikant. In den formulierten Therapiezielen unterschieden sich beide Patientengruppen nicht wesentlich, ausgenommen die Kategorie »Die eigene Geschichte aufarbeiten«, in der diejenigen PatientInnen, die eine psychoanalytische Behandlung erhielten, bei Behandlungsantritt eine bedeutend größere Anzahl von Zielen formulierten. Bezüglich des Therapieverlaufs und in den katamnestischen Nachuntersuchungen zeigten beide Gruppen deutliche Veränderungen, unterschieden sich jedoch nicht signifikant voneinander.

Die Ergebnisse unterstreichen zum einen, dass beide Psychotherapieverfahren sehr erfolgreich waren und zu einer bedeutsamen Verringerung der Symptombelastung beitrugen. Beide Patientengruppen hatten ähnliche Erwartungen an die Therapie, die weniger auf die Symptomreduktion als auf die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus zielten.[9]

Ausblick

Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit vermittelt einen wichtigen Überblick über die defizitäre Versorgungssituation bei depressiv Erkrankten. Zu Recht wird die Bedeutung der hausärztlichen Praxis als Erstanlaufstelle für depressive Patienten betont. Im Hinblick auf die therapeutischen Empfehlungen wird allerdings die Bedeutung psychotherapeutischer Behandlungsverfahren, insbesondere der psychodynamischen Psychotherapie, vernachlässigt.

Unberücksichtigt bleiben dabei insbesondere die Ergebnisse der neueren Psychotherapiestudien.

Angesichts der teilweise inkonsistenten Studienergebnisse zur Wirksamkeit der unterschiedlichen Therapiemethoden ist eine zusammenfassende Beurteilung gewiss nur mit Vorbehalt möglich. Sämtliche angewandten Formen der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie, der Kognitiven Therapie/Verhaltenstherapie und der interpersonellen Psychotherapie sind wirksam in der Behandlung der Depression (bei sämtlichen einbezogenen Gruppen depressiver PatientInnen). Die häufigsten Belege liegen für die Kognitive Verhaltentherapie und die interpersonelle Psychotherapie vor. Die durch die Kurzzeittherapien erzielten Symptombesserungen erweisen sich allerdings vielfach nicht als nachhaltig; so bleibt insbesondere für schwerer oder chronisch Erkrankte eine erhebliche Rückfallgefahr bestehen, wie die Untersuchungen von Shea et al. (1992) gezeigt haben. Die Propagierung kurzer Therapien entspricht gerade bei der Depression weder der klinischen Alltagserfahrung noch der vorhandenen empirischen Datenlage (vgl. Schauenburg et al. 1999).

Empirische Wirksamkeitsstudien, bei denen medikamentöse und psychotherapeutische Therapieansätze verglichen werden, belegen für die Kognitive Verhaltenstherapie, die Interpersonelle Psychotherapie und auch für die psychodynamische Psychotherapie eine Gleichwertigkeit in der Behandlung leichter bis mittelgradiger depressiver Störungen. Bei leichtem bis mittlerem Schweregrad der Depression bringen Kombinationsbehandlungen mit Psychopharmaka oftmals keinen zusätzlichen therapeutischen Gewinn. Demgegenüber besteht bei höherem Schweregrad rezidivierender Depressionen eine statistische Überlegenheit der Kombinationsbehandlungen (Thase et al. 1997).

Die Indikation zu einer zusätzlichen Psychotherapie besteht bei einer initialen medikamentösen Monotherapie, wenn ein hohes Rezidivrisiko nach Absetzen der Antidepressiva besteht, erhebliche Compliance-Probleme bezüglich der Einnahme von Medikamenten vorhanden sind oder trotz adäquat durchgeführter Medikation eine bedeutsame depressive Residualsymptomatik fortbesteht. Ferner legen maladaptive und geringe Problemlösungsstrategien, widrige Lebensumstände oder mangelhafte Unterstützungsressourcen und die Komorbidität von Depression und Persönlichkeitsstörung ein psychotherapeutisches Vorgehen nahe. Im einzelnen Behandlungsfall sind stets auch persönliche und psychosoziale Umstände, sowie die Auswirkungen der Erkrankung im Alltag zu berücksichtigen.

Die eingangs gestellte Frage, ob Psychotherapie in der Behandlung depressiver Erkrankungen wirksam sei, ist zu bejahen. Dies gilt für

sämtliche untersuchten Therapieverfahren (Kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie, Psychodynamische Psychotherapie). Diese Befundlage der modernen Psychotherapieforschung wird im Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit) nur unzureichend berücksichtigt; insbesondere wird die Bedeutung der tiefenpsychologischen Psychotherapie bei depressiven Patienten weitgehend vernachlässigt. Ohne diese psychotherapeutische Zugangsweise wäre eine große Subgruppe depressiv Erkrankter, bei denen eine persönlichkeitsstrukturell verankerte Dynamik, intrapsychische und/oder interpersonelle Konflikte zur Auslösung depressiver Episoden und zur Chronifizierung des Krankheitsgeschehens in einem wesentlichen Umfang beitragen, nicht adäquat versorgt. Wie die bereits erwähnten Langzeitpsychotherapiestudien unterstreichen, lässt sich vermuten, dass beim ausschließlichen Einsatz von Kurzzeittherapieverfahren und medikamentösen Behandlungsstrategien Mehrkosten für die stationäre Depressionsbehandlung und die Behandlung von Somatisierungs- und Chronifizierungsfolgen anfallen würden.

Korrespondenzadresse:
PD Dr. med. Heinz Böker
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstr. 31
CH- 8029 Zürich
e-mail: boeker@bli.unizh.ch

Anmerkungen

1 Im Rahmen der Psychotherapierichtlinien ist bisher neben der Verhaltenstherapie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (1-2-stündig im Sitzen) und die analytische Psychotherapie (in der Regel 3-stündig im Liegen) anerkannt. Als psychodynamische Therapieverfahren zählen ferner Kurzzeittherapien, analytische Gruppentherapie und Paar-/Familientherapie.

2 Unter einer »Major Depression« werden nach der amerikanischen Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen des DSM III und IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), herausgegeben durch die American Psychiatric Association, Formen schwerer Depressionen bezeichnet, die bestimmte Kriterien (Stimmungveränderungen und weitere Symptome) erfüllen (Anm. der Red.).

3 Gloaguen et al. (1998) fanden ferner, dass Kognitive Therapie gegenüber »anderen Therapien« überlegen war. Dieser Befund wird durch die Heterogenität der Gruppen und durch die Heterogenität der Kategorie »andere Therapien« relativiert.

4 Zur methodischen Kritik an den von Grawe et al. benutzten Güteprofilen vgl. Tschuschke et al. (1997).

5 Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Metaanalysen von Goldfried et al. (1998), Nietzel et al. (1987), Robinson et al. (1990), Steinbrueck et al. (1983) und Zeiss/ Steinmetz-Breckenridge (1997). Das Ergebnis korrespondiert ferner mit der diagnoseunspezifischen Metaanalyse psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie von Crits-Christoph (1992).

6 401 ehemalige PatientInnen bilden die Gesamtstichprobe der PatientInnen, die katamnestisch untersucht wurden. Bei einer Teilstichprobe wurden Interviews durchgeführt, die übrigen PatientInnen wurden mittels Fragebogen, die auch offene Fragen enthielten, nachuntersucht. Das Design schloss mehrere Beurteilerperspektiven ein: Die der PatientInnen, der behandelnden AnalytikerInnen, die von psychoanalytischen ExpertInnen und unabhängigen BeobachterInnen. Alle ehemaligen PatientInnen wurden mittels einer Reihe standardisierter Fragebogen zur derzeitigen Symptombelastung (SCL-90R; Franke 1995), zum Kohärenzgefühl (SOC-Sense of Coherence; Antonovsky 1988) und Fragen zur Lebenszufriedenheit (IRES; Gerdes/ Jäckel 1995) untersucht. Es wurden ferner Befinden, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor, während und nach der Behandlung und Behandlungszufriedenheit schriftlich abgefragt

7 Die rezidivierenden depressiven Störungen (F33.X) machten insgesamt 82,9 % aller gestellten F3-Diagnosen aus. Von diesen sind 45,7 % rezidivierende depressive Störungen mit gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischen Symptomen (F.33.11). Die restlichen 17,1 % der Patienten mit einer F3-Diagnose, worunter alle affektiv gestörten Patienten zusammengefasst werden, litten unter depressiven Episoden unterschiedlicher Schweregrade mit und ohne psychotische Symptome.

8 Zur Anwendung kamen folgende Untersuchungsinstrumente: Well-being Questionnaire (WbQ), Symptom Checklist-90 (SCL-90), Social Adjustement Scale (SAS, Weissman/Bothwell 1976), Sense of Coherence Scale.

9 Dieser Befund stützt die Schlussfolgerungen von Seligman (1995) bei seiner Bewertung der Ergebnisse der Consumer Reports Study.

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (1993): Practice guideline for major depression disorder in adults. Am J Psychiatry 150: 1-26.

Angst, J. (1997): Epidemiology of depression. In: Honig A, Van Traag HM (Eds.) Depression. Neurobiological, psychobiological and therapeutic advance. Chichester: Wiley, 17-30,

Antonovsky, A. (1988): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass.

Blackburn, IM.; Bishop, S.; Glen, AIM.; Whalley, LJ.; Christie, JE. (1981): The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. Br J Psychiatry 139: 181-189.

Blackburn, IM.; Eunson, KM.; Bishop, S. (1986): A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. J Affect Disord 10: 67-75.

Böker, H. (1999): Selbstbild und Objektbeziehungen bei Depressionen: Untersuchungen mit der Repertory Grid-Technik und dem Giessen-Test an 139 PatientInnen mit depressiven Erkrankungen. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopff.

Böker, H. (Hrsg) (2000). Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen: psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag 2000.

Brockmann, J.; Schlüter, T.; Eckert, J. (2001): Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie - Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutsicher Langzeitpsychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel ME (Hrsg). Langzeitpsychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2001.

Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Am J Psychiatry 149: 151-158.

Elkin, I.; Shea, T.; Watkins, JT.; Imber, SS.; Sotsky, SM.; Collins, JF.; Glass, DR.; Pilkonis, PA; Leber, WR; Docherty, JP.; Fiester, SJ.; Parloff, MB. (1989): National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatment. Arch Gen Psychiatry 46: 971-982.

Elkin, I. (1994): The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: Bergin AE, Garfield SL (eds). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley 114-139.

Frank, E.; Kupfer, DJ.; Wagner, EF.; McEachran, AB.; Cornes, C. (1991): Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch Gen Psychiatry; 48: 1053-1059.

Franke, G. (1995): SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen: Beltz Test.

Geerts, E; Bouhuys, N.; van den Hoofdacker, RH. (1998): Nonverbal attunement between depressed patients and interview predicts subsequent improvement. J Affect Disord ; 40: 15-21.

Gerson, S.; Belin, TR.; Kaufman, A.; Mintz, J.; Jarvik, L. (1999): Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. Harv Rev of Psychiatry; 7(1): 1-28.

Goldfried, RM.; Raue, PJ.; Castonguay, LG. (1998): The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal interventions. J Consult Clin Psychol ; 66: 803-810.

Gloaguen, V.; Cottraux, J.; Cucherat, M.; Blackburn, I-M. (1998): A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Disord 49: 59-72.

Grawe, K; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (1995): Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen. Psychotherapeut 40: 373-380.

Hautzinger, M. (1998): Zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen. Psychotherapie 3: 65-75.

Hautzinger, M.; de Jong-Meyer, R.; Treiber, R.; Rudolf , GA.; Thien, U. (1996): Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. Z Klin Psychol 25: 130.145.

Hoffmann, N; Hofmann, B. (2000): Beruhigende Versicherungen. In: Linden M, Hautzinger M. Verhaltenstherapie: Techniken und Einzelverfahren. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Hole, G. (1992): Die endo-neurotische Depression. Notwendigkeit und Ärgernis einer begrifflichen Aussage. Fortschr Neurol Psychiatr 60: 420-436.

Hollon, SD; DeRubeis, RJ; Evans, MD; Wiemer, MJ; Garvey, MJ.; Grove, WM.; Tuason, VB. (1992): Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in Combination. Arch Gen Psychiatry 49: 774-781.

Horowitz, M.; Kaltreider, N. (1979): Brief therapy of the stress response syndrome. Psychiatr Clin North Am 2: 365-377.

Jacobson, E. (1971): Depression. Comparative studies of normal, neurotic and psychotic conditions. New York: International Universities Press.

Kächele, H; Kordy, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. Nervenarzt 63: 517-526.

Kahn, DA. (1993): The use of psychodynamic psychotherapy in manic-depressive illness. J Am Acad Psychoanal 21: 441-455.

Keller, MB; McCullogh, JP, Klein, DN, Arnow, B, Dunner, DL, Gelenberg, AJ, Markowitz, JC, Nemeroff, , CB, Russel, JM, Thase, ME, Trivedi, MH, 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): 1462-1470.

Kernberg, OF. (1975): Borderlinestörung und pathologischer Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp.

Klerman, GL.; Weissman, MM.; Rounsaville, B.; Chevron, B. (1984): Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.

Leichsenring, F. (1996): Zur Meta-Analyse von Grawe. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 32: 205-234.

Leichsenring, F. (2001) : Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. Clin Psychol Rev 21(3): 401-419.

Lepine, JP.; Caspar, M.; Mendlewitz, J.; Tylee, A. (1997): Depression in the Community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in the European society) Int Clin Psychopharmacol 12: 19-29.

Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, O.; Rüger, B.; Beutel, E. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische; repräsentative Katamnesestudie. Psyche 55: 193-276.

Linden, M.; Kurtz, G.; Baltes, MM.; Geisselmann, B.; Lang, FR.; Reischees, FM.; Helchen, H. (1998): Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Alltagsstudie. Nervenarzt 69: 27-37.

Maier, W.; Linden, M.; Sartorius, N. (1996): Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Dt. Ärzteblatt 93: 1202-1206.

Mulrow, LD. et al. (1995): Case finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 12: 913-921.

Mann, J. (1973): Time-limited psychotherapy. Cambridge; MA: Harvard University Press.

McLean, PD. (1991): Treatment choices in unipolar depression: What are the key ingredients? Vortrag vor der 21. Tagung der European Association for Behavior Therapy Oslo.

McLean, PD. (1979): Hakstian AR. Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. J Consult Clin Psychol 47: 818-836.

McLean, PD.; Hakstian, AR. (1990): Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. J Consult Clin Psychol 58: 482-488.

Mentzos, S. (1995): Depression und Manie. Psychodynamik und Psychotherapie affektiver Störungen. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.

Murray, CJL; Lopez, AD. (1997): Alternative Protections of Mortality and Disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 349: 1498-1504.

Mundt, C. (1996;): Die Psychotherapie depressiver Erkrankungen: zum theoretischen Hintergrund und seiner Praxisrelevanz. Nervenarzt 67: 183-197.

Nietzel, MT; Russel, RL; Hemmings, KA; Gretter, ML. (1987): Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. J Consult Clin Psychol 55: 156-161.

Persons, BJ.; Silberschatz, G. (1998): Are results of randomized trials useful to psychotherapists? J Consult Clin Psychol 66: 126-135.

Robinson, LA; Berman, JS; Neimeyer, RA. (1990): Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. Psychol Bull 108: 30-49.

Rose, J.; DelMaestro, S. (1990): Separation-individuation conflict as a model for understanding distressed caregivers. Psychodynamic and cognitive case studies. Gerontologist 30: 693-697.

Rush, AJ.; Beck, AT.; Kovacz, M.; Hollon, SD. (1977): Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. Cognitive Therapy and Research 1: 17-37.

Sandell, R.; Blomberg, J.; Lazar, A. (1999): Wiederholte Langzeitkatamnesen von Langzeit-Psychotherapien und Psychoanalysen. Z Psychosom Med und Psychother 45; 43-56.

Sandell, R.; Blomberg, J.; Lazar, A.; Carlsson, J.; Broberg, J.; Schubert, J. (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. Psyche 55: 278-310.

Schauenburg, H; Beutel, M; Bronisch, T; Hautzinger, M; Leichsenring, F; Reimer, C; Rüger, U; Sammet I; Wolfersdorf, M. (1999): Zur Psychotherapie der Depression. Psychotherapeut 44: 127-136.

Schramm, E. (1998): Interpersonelle Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

Seligman, MEP. (1995): The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. Am Psychol 50: 965-974.

Shapiro, DA; Firth, JA. (1985): Exploratory therapy manual for the Sheffield Psychotherapy Project (SAPU Memo 733). England: University of Sheffield.

Shea, MT; Elkin, I; Imber, SD; Sotsky, SM; Watkins, JT; Collins, J; Pilkonis, PA; Beckham, E; Glass, DR; Dolan, RT; Parloff, MB. (1992): Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. Arch Gen Psychiatry 49: 782-787.

Steinbrueck, SM; Maxwell, SE; Howard, GS. (1983): A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. J Consult Clin Psychol 51: 856-863.

Svartberg, M; Stiles, TC. (1992): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. J Consult Clin Psychol 59: 704-714.

Thase, ME; Greenhouse, JB; Frank, E; Reynolds, CF; Pilkonis, PA; Hurley, K; Grochocinski, V; Kupfer, DJ. (1997): Treatment of Major Depression with Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. Arch Gen Psychiatry 54: 1009-1015.

Tschuschke, V; Heckrath, C; Bess, W. (1997): Zwischen Konfusion und Makulatur: Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe; Donati und Bernauer. Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.

Tylee, A; Capsar, M; Lepine, J-P; Mendlewitz, Y.; Depres II (Depression Research in European society II) (1999): A patient survey of the symptoms; disability and current management of depression in the community. International clinical psychopharmacology 14: 139-151.

Üstin, B; Sartorius, N. Mental health in general healthcare across the world. An international study. 1995 New York.

Weissman, MM; Bothwell, S. (1976): Assessment of social adjustement by patient self-report. Arch Gen Psychiatry 33: 1011-1015.

Weissman, MM; Prusoff, BA; Dimascio, A; Neu, C; Goklaney, M; Klerman, GL. (1979): The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry 136: 555-558.

Weissman, M. (1997): Interpersonal Therapy: Current Status. Keio Journal of Medicine 46: 105-110.

Will, H. (2000): Psychoanalyse (Kapitel 5). In: Hoffmann N; Schauenburg H (Hrsg). Psychotherapie der Depression. Stuttgart; New York: Thieme.

Wittchen, H-U.; Schuster, P.; Pfister, H.; Gander, F.; Müller, N. (1999): Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt und selten behandelt? Nervenheilkunde 18: 210-217.

Wittchen, H-U. (2000): Die Studie »Depression 2000«. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarzt Praxen. Fortschritte der Medizin 2000; 188 Sonderheft i/ 1-3.

Zeiss, AM. (1997): Steinmetz-Breckenridge J. Treatment of late life depression: A response to the NIMH Consensus Conference. Behavior Therapy 1997; 28: 3-21.