

# Psychotherapie der Depression

Joachim Küchenhoff

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff

Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztlicher Leiter Psychiatrie Baselland

4410 Liestal

Joachim.Kuechenhoff@pbl.ch

1. Einleitung.....3

2. Entscheidungshilfen, aber keine Richtlinien .....3

3. Methodenkritische Anmerkungen.....3

4. Wirkprinzipien .....5

4.1. Gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie.....5

4.2. Spezifische Psychotherapie-Verfahren .....6

4.2.1. Psychoanalytische Psychotherapien.....6

4.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie .....7

4.2.3 Gesprächspsychotherapie .....8

5. Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung .....8

6. Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression .....10

7. Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie.....12

8. Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression.....13

9. Weitere Empfehlungen .....14

10. Zusammenfassung .....15

11. Literatur .....16

## 1. Einleitung

Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass die **Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung Depressiver als erwiesen** gelten kann. Sicherlich müssen Dauer, Schweregrad und Phänomenologie der Depression berücksichtigt werden. Aber als grundsätzliche Aussage ist diese Feststellung gültig. Das ist auch die Kernaussage der S3 Leitlinien zur Behandlung der unipolaren Depression, die von der deutschen Fachgesellschaft DGPPN in Auftrag gegeben worden war und die im November 2009 veröffentlicht worden sind (abzurufen unter der Homepage der deutschen „Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften“, [www.awmf.org](http://www.awmf.org)). Als Vertreter der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft konnte ich an diesem Leitlinienprozess teilnehmen. Sie wurden im Jahre 2015 revidiert. Auf die Ergebnisse dieser Revision werde ich mich im Folgenden stützen.<sup>1</sup> Auf die Ergebnisse werde ich mich im Folgenden stützen.

## 2. Entscheidungshilfen, aber keine Richtlinien

Dabei sind vorauslaufend ein paar Einschränkungen zu berücksichtigen. Was in den Leitlinien formuliert wird, kann als Idealvorgabe für „Standardpatienten“ gelten. Leitlinien sind keine Richtlinien, der individuelle Fall ist immer reicher und auch schwieriger als der Standardfall und bedarf der adaptiven Umsetzung der Empfehlungen. Ausserdem sind Leitlinien Momentaufnahmen der wissenschaftlichen Erfahrung und der klinischen Praxis, sie werden immer neu angepasst, verkörpern also nicht „die“ Wahrheit“, sondern den Erkenntnisstand, der gültig ist, wenn sie erstellt werden.

## 3. Methodenkritische Anmerkungen

Die Kriterien, nach denen der sog. Evidenzgrad von Studien eingeschätzt wird, sind bekannt. Sie bevorzugen ganz eindeutig die experimentellen Studien. Die höchste sog. Evidenz erhalten randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zum Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren. Das macht insofern Sinn, als sie tatsächlich zu den reliabelsten Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit (efficacy) führen, die Aussagekraft der so gewonnenen Zusammenhänge für die klinische Versorgung (effectiveness) aber bleibt unklar.

Im Bereich der Psychotherapie stellt sich ein besonderes Problem, das die psychodynamischen Verfahren benachteiligt. Für diese haben die „Passung“ zwischen Patient und Therapeut, und auch die Präferenz der Patienten für ein bestimmtes therapeutisches Vorgehen im klinischen Alltag eine hohe

---

<sup>1</sup> S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression Langfassung, 2. Auflage, 2015.  
[http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_Unipolare\\_Depression\\_2016-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_Unipolare_Depression_2016-05.pdf). Abgerufen 19.12.2016

Bedeutung für die Therapieplanung. Deshalb ist hier eine randomisierte Zuweisung problematisch. Ausserdem ist fraglich, ob die randomisierten Studien das ganze Spektrum der Therapien erfassen. Die in RCTs aufgenommenen Patientenkollektive werden im Vergleich zur ambulanten psychotherapeutischen Praxis deutlich kürzer behandelt. Schliesslich kennt jeder, der Psychotherapiestudien durchgeführt hat, das Problem des adäquaten Kontrolldesigns für Psychotherapiestudien:

- Die Kontrolle durch andere psychotherapeutische Verfahren ist wegen des Aufwandes häufig schwierig.
- Der Effekt einer Psychotherapie variiert mit dem Grad der „Aktivität“ der Kontrollbedingung (Vergleich zu einer Wartegruppe oder zu einem Placebo vs. unterstützende Gespräche)

Was die randomisiert-kontrollierten Studien nicht abzubilden erlauben, ist der Nutzen des spezifischen Psychotherapieverfahrens unter den real existierenden Versorgungsbedingungen (effectiveness). Schliesslich gehen in der Datenanalyse, wenn nur die expliziten Depressionsstudien berücksichtigt werden, die empirischen Psychotherapie-Studien an einer heterogenen Klientel unter, obgleich z.B. in den Studien zur stationären Psychotherapie und ihrem outcome depressive Störungen immer wieder die grösste Untergruppe darstellen.

Die Empfehlungsgrade in der Darstellung der awmf - Leitlinien werden in 4 Graden ausgewiesen, die in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst werden.

**A „Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz**

**B „Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung**

**0 „Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.**

**KKP „Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitlinien-gruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.**

## 4. Wirkprinzipien

### 4.1. Gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie

Für die Psychotherapie der Depression stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung. Die Therapiefor- schung allerdings zeigt, dass ein wesentlicher Teil der Psychotherapiewirkung von den „common factors“, den allgemeinen Faktoren ausgeht, die in allen Psychotherapie-angeboten mehr oder weni- ger enthalten sind. Zu diesen gemeinsamen Faktoren zählen:

Wirkfaktor Ressourcenaktivierung:

- Psychotherapie nutzt zur Problembewältigung vorhandene motivationale Bereit- schaf-ten und Fä- higkeiten der Patienten.

Wirkfaktor Problemaktualisierung:

- Schwierigkeiten werden dem Patienten unmittelbar erfahrbar gemacht.
- Aufsuchen realer Situationen (Verhaltenstherapie).
- Einbeziehen von Personen, die an den Problemen beteiligt sind (u. a. Familien- und , Paarthera- pie).
- Nutzen der therapeutischen Beziehung und der in ihr auftretenden Konflikte und Gefühle.

Wirkfaktor Problembewältigung:

- Unterstützung darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.

Wirkfaktor motivationale Klärung:

- Therapien fördern Einsichten in konflikthafte Erleben und Verhalten

Diese Faktoren gelten für Psychotherapien allgemein und nicht nur für die Depressionsbehandlung. Aber auch für die Psychotherapie der Depression lassen sich Basisfaktoren identifizieren, die in mehr oder weniger grossem Ausmass in den verschiedenen Therapien realisiert werden:

- aktives flexibles und stützendes Vorgehen, Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung;
- empathische Kontaktaufnahme, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivationen und der Therapie- erwartungen des Patienten;
- Vermittlung eines „biopsychosozialen Krankheitsmodells“ zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und Versagensgefühlen; Klärung aktueller äußerer Problemsituati-

onen, Entlastung von überfordernden Pflichten und Ansprüchen am Arbeitsplatz und in der familiären Situation;

- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele (positive Verstärker);
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien
- Einbezug von Angehörigen, Stärken der Ressourcen;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements

Auch für die Depressionsbehandlung gilt, was in der Psychotherapieforschung schon lange Zeit als wesentlicher allgemeiner Therapiefaktor identifiziert worden ist: die Qualität der therapeutischen Beziehung ist entscheidend für die Qualität und das Ergebnis der Psychotherapie. Daher formuliert die S3 – Leitlinie eine erste Empfehlung, die der therapeutischen Beziehung gewidmet ist:

***Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt.***

**B**

## **4.2. Spezifische Psychotherapie-Verfahren**

### **4.2.1. Psychoanalytische Psychotherapien**

In der psychodynamischen Konzeption der Depression spielt die Unfähigkeit, Verluste zu ertragen, eine zentrale Rolle. Trennungserfahrungen gehören zu den wesentlichen Entwicklungsherausforderungen für jeden Menschen. Ihre Integration gelingt, wenn die biologische Reifung nicht behindert ist, traumatische Erfahrungen ausbleiben, die Qualität der Beziehungen zur primären Bezugsperson („Mutter“) gut ist, die gute Beziehung zu anderen Bezugspersonen („Vater“) die notwendige Ablösung erleichtert und Halt gibt, so dass sich verlässliche Strukturen bilden können. Die Trennungsüberempfindlichkeit auf der anderen Seite hat ihren Ursprung u. U. in den frühen Erfahrungen unsicherer Bindungen in Folge von Traumatisierungen, mit der Folge grosser Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen. Die depressiven Symptome können so verstanden werden, dass sie der Sicherung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen gewidmet sind.

Die Herausforderung für den Depressiven „...ist das Abschied-nehmen-müssen, ohne dass der eingetretene Verlust oder die Enttäuschung grundlegender Bedürfnisse schon angenommen werden kann“ (Hell 1992). Deshalb wird der Verlust des Anderen befürchtet, oder der – eingetretene - Verlust kann nicht ertragen werden.

Nicht immer ist die Verlustangst gleichbedeutend mit realen Verlusterfahrungen. Sie kann sich auch aus anderen Quellen speisen. Eine Verwöhnungsgenese führt zu unerfüllbaren Versorgungswünschen, deren Frustration wie ein Verlust wahrgenommen wird. Wenn die eigene Aggressivität, die z.B. notwendig ist für die Entwicklungsprozesse von Separation und Loslösung, als zu böse oder schädigend erlebt wird, ist die Angst gross, den Anderen zu verlieren, wenn ein selbständiger Schritt gewagt wird. Schliesslich kann der Verlust des Anderen befürchtet werden, wenn seine (imaginieren) hohen Ansprüche nicht erfüllt werden können (Küchenhoff 2009).

Mit dem ganzen Spektrum beziehungsorientierter Interventionen kann in der psychoanalytischen Psychotherapie die grundlegende Verlustangst des Depressiven auf ihre unbewusste Motivation hin untersucht und bearbeitet werden.

#### **4.2.2 Kognitive Verhaltenstherapie**

Die Verhaltenstherapie depressiver Erkrankungen nutzt die Verstärkerverlusttheorie und die Theorie der gelernten Hilflosigkeit. Erstere beinhaltet, dass ein Mangel an positiver Verstärkung („Belohnung“), letztere, dass gelernte Hilflosigkeit (d. h. das Erleben der „Nichtkontrollierbarkeit“ einer belastenden Situation) eine depressive Störung verursachen oder aufrecht erhalten können. Antriebsmangel und depressive Stimmung werden negativen Lebenserfahrungen (wie Verlust von nahe stehenden Personen, Krankheit, Arbeitslosigkeit, sozialer Isolierung) und dem damit verbundenen Verlust an positiver Verstärkung zugeschrieben. In der Verhaltenstherapie wird zunächst eine individuelle Problemanalyse durchgeführt, aus der dann die therapeutischen Interventionen geplant werden. Dies, um das Problemverhalten des depressiven Patienten korrigierend zu verändern und ein verbessertes Problemlöserepertoire zu entwickeln.

Wichtiger und ausgesprochen erfolgreich ist die Kognitive Therapie von depressiven Erkrankungen. Sie setzt voraus, dass das Denken Depressiver bezüglich des Selbst, der Umwelt und der Zukunft durch automatische, sich wiederholende negative Gedankenketten (negative Schemata) bestimmt ist, die in belastenden Situationen aktiviert und verstärkt werden. Diese „kognitiven Verzerrungen“ sind einseitig, übertrieben negativ, selektiv und willkürlich. Ausgelöst werden sie – darin stimmen psychodynamische und kognitive Konzepte überein - durch Verlusterlebnisse, traumatisierende Ereignisse, Erfahrungen der Nichtkontrollierbarkeit und andere Belastungen. Die kognitive Depressionsstherapie will depressive Symptome durch Veränderung der dysfunktionalen Einstellungen und Denkschemata verändern. Der Patient wird angeleitet, seine auf Selbstabwertung beruhenden Selbstkonzepte, Überzeugungen und Gedankenketten sowie deren Verhaltenskonsequenzen zu

erkennen, sie auf ihre Angemessenheit hin zu überprüfen und alternative Denk- und Verhaltensmuster auszuprobieren.

Das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP) wird für die Behandlung chronischer Depressionen eingesetzt, die bewirken, dass Rückmeldungen und Kontrolle durch die Umgebung nicht mehr ankommen. In der Therapie werden kognitive, behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Strategien verbunden, um neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und durch eine Situationsanalyse Denkmuster und ihre Folgen zu erkennen und zu relativieren, frühere von aktuellen Beziehungsformen zu differenzieren und neu Verhaltensfertigkeiten aufzubauen.

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist ein Kurzzeitverfahren zur Depressionsbehandlung im Umfang von 12 – 20 Sitzungen, das auf der Grundlage psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Modelle darauf zielt, belastende zwischenmenschliche Stressoren (unbewältigte Trauer, Rollenkonflikte, Isolation, familiäre Konflikte) zu bearbeiten, unabhängig davon, ob sie Ursache oder Folge der Depression sind. Die Behandlung folgt einem Phasenmodell:

- Aufklärung, Beziehungsanalyse, Problemdefinition (1-3);
- Erlernen von Strategien zur Bewältigung (4-12);
- Wiedereingliederung in Alltag, Beendigung (14-16)

#### **4.2.3 Gesprächspsychotherapie**

Depressionsbehandlung in der Gesprächspsychotherapie GT folgt den besonderen Therapieregeln von Empathie, Wertschätzung, bedingungsloser Akzeptanz etc. Die Ursachen für eine Depression werden in der Diskrepanz von Selbstbild und Selbstideal gesehen, mit der Folgen der Selbstabwertung, von Schuldgefühlen und einer frustrierten Suche nach Anerkennung. Therapeutisches Ziel ist v.a die Korrektur der überhöhten Selbstideale und Beziehungserwartungen. Eine kurzzeittherapeutische Variante der GT liegt in der Process Experiential Psychotherapy vor, die auf 15-20 Stunden begrenzt ist. Innerhalb dieser Zeit wird auf drei Erlebensbereiche fokussiert: übermässige Selbstkritik, unbewältigte Erinnerungen und unangemessene Verhaltensweisen. In der Therapie wird zunächst der für die jeweilige Person wichtigste Prozess identifiziert und mit spezifischen Interventionen bearbeitet. Während der psychotherapeutischen Sitzungen kommen Veränderungen in Gang, die ihrerseits Veränderungen der de-pressionstypischen Prozesse ermöglichen.

### **5. Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung**

Die Leitlinien empfehlen zunächst einmal das „watchful waiting“, das Abwarten; schon das ist bemerkenswert! Nicht sofort muss also eine fach- und störungsspezifische Behandlung angeboten werden,



wenn eine leichte Depression diagnostiziert wird; möglicherweise kann die ärztliche Begleitung, z.B. durch den Hausarzt, hilfreich sein.

***Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktivabwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden.***

**O**

Entscheidend ist die nächste, grundlegende Empfehlung. Sie wertet die Psychotherapie als Behandlungsverfahren enorm auf. Der Reflex, gleich zu einem Antidepressivum zu greifen, wenn eine leichte bis mittelgradige Depression vorliegt, ist mit dieser Empfehlung zumindest einseitig.

Wenn die Depression schwer und akut ist, und auch hier entsprechen die Forschungsergebnisse der klinischen Erfahrung, ist es geboten, nicht allein auf das Gespräch zu zählen, allerdings auch nicht allein auf die Medikation. Vielmehr sollte beides, der Einsatz eines Antidepressivums ebenso wie die Psychotherapie, durchgeführt werden.

***Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.***

**A**

Allerdings schliessen, und auch das gilt es zu beachten, die Leitlinien nicht völlig aus, dass die behandelnde Ärztin eine Monotherapie bevorzugt. Sie wird aber nicht dazu aufgefordert, Psychopharmaka zu verschreiben. Sie kann auch die Psychotherapie wählen.

***Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.***

**A**

Psychopharmaka allerdings, und auch das sollte klar sein, sind geboten dann, wenn die Depression mit psychotischen Erlebnissen einhergeht.

***Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.***

**Expertenkonsens**

In der ausführlichen Version der Leitlinien, die von der awmf publiziert worden ist, werden in zusammenfassenden Tabellen und in ausführlichen Kommentaren die Forschungsergebnisse zusammengefasst, die als Grundlage für die Empfehlungen dienen. Sie werden in der vorliegenden Arbeit nicht eigens wiedergegeben; der interessierte Leser sei an die Langversion der Leitlinie verwiesen, die jederzeit unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) aus dem Internet abgerufen werden kann. Hier soll nur ein Kommentar stehen: Immer wird in den empfehlenden Grundsätzen von „Psychotherapie“ gesprochen, nicht von einzelnen Verfahren, um nicht von vornherein eine Auswahl zu treffen und ein Verfahren einseitig zu bevorzugen oder abzuwerten. Dass die kognitive Verhaltenstherapie in ihrer Wirkung auch bei der Behandlung der monopolen Depression am besten evaluiert ist, überrascht nicht. Psychodynamische Verfahren sind v.a. in zeitlich begrenzten Settings, als Kurz- und Fokalthérapien durchgeführt, sehr gut belegt. Die empirischen Analysen, die die Wirksamkeit der länger dauernden psychoanalytischen Settings belegen, nehmen zu; auf die methodischen Fallstricke, die in der Forschungslogik der empirischen Studien verborgen sind, wurde einleitend bereits hingewiesen. Der Entschluss, die Leitlinien nicht verfahrensspezifisch, sondern global für Psychotherapie insgesamt zu formulieren, ist sicher ein weiser Entschluss; anderenfalls hätte eine Prioritätsstreitigkeit unter den Sachwaltern der einzelnen Therapierichtungen den wesentlichen und für alle wichtigen Befund überdeckt, der festgehalten werden muss: die Leitlinien werten die Psychotherapie auch in der akuten Behandlung der unipolaren Depression sehr auf!

## **6. Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression**

Die Forschungslage bei der Behandlung von Menschen mit Dysthymien, Double Depression und chronischer Depression ist leider viel dürftiger. Das mag erneut methodische Gründe haben: langfristig notwendige Behandlungen sind eben schwerer zu evaluieren, weil man dazu mehr Zeit braucht. Aber andererseits geht es bei diesen Erkrankungen um die in der Lebensgeschichte unter Umständen tief verwurzelten depressiven Haltungen und Einstellungen, die sich in das Erleben des Betroffenen tief eingegraben haben und die deshalb nicht leicht aufzuheben oder aufzuhellen sind. Jede Form der Behandlung wird es daher schwer haben, wenn sie darauf ausgerichtet ist, grundlegende Veränderungen erreichen zu wollen. Die Lage wird in dem folgenden Empfehlungssatz zusammengefasst:

***Bei Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.***

**A**

Gemessen an der grossen Relevanz der Patientengruppe, die mit dieser Empfehlung angesprochen wird, klingt dieser Satz sehr lapidar und verdichtet. Was sagt er aus? Dass auch hier die Behandlung nicht einseitig sein sollte, und dass der Patient über die besseren Chancen einer Kombinationstherapie aufgeklärt werden sollte. Wohl gemerkt: die Leitlinie beschreibt nicht, dass die Kombinationstherapie zwingend angewendet werden muss; vielmehr ist die Empfehlung klar und eindeutig in Bezug auf die Aufklärung des Patienten, der in seiner Behandlung mitreden können muss. Das ist der wesentliche und konstruktive Teil der Empfehlung, weil sie darauf ausgerichtet ist, den Patienten mit in die Behandlungsplanung einzubeziehen.

Es lohnt, in Bezug auf die Empfehlungen ein wenig ins Detail zu gehen. Für spezifische Subgruppen liegen hinreichende Studienbelege vor, die eine Differentialindikation zur Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie erlauben, nämlich für schwere depressive Episoden, chronisch depressive Patienten, rezidivierende Depressionen sowie ältere

(59-70 Jahre alte) depressive Patienten. Für sie lassen sich statistisch signifikante additive Effekte einer Kombinationstherapie gegenüber einer alleinigen Psychotherapie (bei schweren) oder einer alleinigen Pharmakotherapie (bei chronisch depressiven sowie älteren depressiven Patienten) nachweisen.

Allerdings bleiben viele und wesentliche Fragen offen (cf. Küchenhoff 2010). Da ist zunächst die Frage, wie die Behandlungen kombiniert werden. Psychotherapie wird ja in der Praxis im Rahmen der Behandlung depressiver Störungen häufig mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Hierbei lassen sich drei Formen unterscheiden:

- Psychotherapie wird nach einer Pharmakotherapie in der Akutbehandlungsphase eingeführt.
- Die eine oder andere Behandlungsform wird zusätzlich bei Nicht- bzw. geringer Effektivität einer alleinigen Behandlungsform eingeführt bzw. wenn Aspekte hinzukommen, die eine spezifische Indikation zur Pharmakotherapie oder zur Psychotherapie ergeben.
- Beide Behandlungsformen werden gleichzeitig angewendet.

Jede Vorgehensweise wird die Kombination der Verfahren in unterschiedlicher Weise beeinflussen. Wenn das jeweils andere Verfahren „augmentierend“, also anreichernd oder zusätzlich, eingeführt wird, ist es notgedrungen zweite Wahl, verbunden mit dem Eingeständnis eines gewissen Versagens des erstgewählten therapeutischen Zugangs. Wichtig sind dann die Begründung und die Bearbeitung des Wechsels in dem therapeutischen Vorgehen. Zu überlegen ist ferner, ob die Kombinationsthera-

pie nur in einer Hand, wenn denn die ausreichende Kompetenz vorliegt, liegen soll oder ob Psycho- und Pharmakologie auf zwei Personen verteilt werden sollten. Für beide Vorgehensweisen lassen sich gute Gründe anführen. Der Psychiater und Psychotherapeut sollte sie kennen, um sich dann für ein ihm richtig erscheinendes Vorgehen entscheiden zu können.

Offen bleibt aber auch die grundlegende Frage, welche therapeutischen Verfahren besonders gut in der Lage sind, mit lange anhaltendem Leiden umzugehen. Von der Therapiekonzeption her gesehen, sind es die psychoanalytischen Verfahren, die am besten die lebensgeschichtlichen Wurzeln chronisch depressiver Haltungen und Konflikte aufdecken und verändern können. Die kognitiven Therapien können am leichtesten auf die eingespielten Denkmuster aufmerksam machen und an der Flexibilisierung einseitiger Überzeugungen arbeiten. Schliesslich ist es nicht eine technische Angelegenheit allein, wenn Therapieverfahren kombiniert werden; sie müssen zu einander auch in ein Verhältnis gebracht werden. Für den Patienten ist es entscheidend, eine Behandlungskonzeption und damit auch eine subjektive Krankheits- und Therapietheorie zu haben, die es ihm erlaubt, sein Leiden besser zu verstehen und die gewählten Behandlungsformen besser einordnen zu können. - Festgehalten werden kann, wenn auch mit etwas erniedrigtem Evidenzgrad:

***Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.***

**B**

Nun hat die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie Auswirkungen auf die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten. Medikamente werden weniger rasch wieder abgesetzt oder nur in guter Absprache mit dem Therapeuten oder der Therapeutin fortgeführt.

***Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance (bzw. Adhärenz) bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet.***

**Statement**

## **7. Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie**

Depressive Störungen, dies zeigen alle Verlaufsstudien, können häufig rezidivieren. Dieser Gefahr ist nicht nur psychopharmakologisch zu begegnen, auch die Psychotherapie hat einen wesentlichen

Einfluss auf die Stabilität des Behandlungserfolges und auf die Prävention von Rückfällen. Psychotherapie hat, dazu gibt es mittlerweile gute Studien, die Fähigkeit, Rückfälle zu verhindern. Dabei ist es vor allen Dingen wichtig, dass sie bereits in der Akutphase begonnen wird. Psychotherapie unterstützt eben darin, kritische Lebensereignisse zu bewältigen, aber auch achtsam zu werden auf die Auslöser, die depressive Phasen provozieren können.

Nun ist auch Psychotherapie nicht kontinuierlich und dauerhaft als Massnahme sinnvoll. Da-her spielt eine Rolle, wie nachhaltig Psychotherapien auch nach ihrem Ende wirken können. Einzelne Studien zeigen, dass Psychotherapie geringere Rückfallraten als Pharmakotherapien nach der jeweiligen Beendigung der Therapie hat. Es hat sich auch gezeigt, dass die Rückfallprophylaxe durch Psychotherapie, in diesem speziellen Fall durch kognitive Verhaltenstherapie, besser ist, wenn sie alleine angewandt wird im Vergleich zur alleinigen Psychopharmakotherapie von depressiven Patienten. Die Befundlage ist also eindeutig, die dar-aus resultierende Empfehlung ist für die psychotherapeutische Versorgung depressiv erkrankter Menschen ausgesprochen wichtig: Psychotherapie ist notwendig, nicht nur in der Krise, sondern auch nach der depressiven Krise, Psychotherapie schützt den Patienten vor allzu häufigen Rückfällen in die Depression.

***Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.***

**A**

Eine Behandlung nach der akuten depressiven Krise soll dann längerfristig erfolgen, wenn Patienten ein hohes Risiko für ein Rezidiv aufweisen. Was freilich unter „längerfristig“ verstanden wird, variiert sehr. In Bezug auf die einseitige Tendenz, Psychotherapien immer kürzer zu halten, ist dieser Hinweis, der sich aus der Datenlage der empirischen Forschung speist, von hohem Gewicht.

***Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden.***

**A**

## **8. Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression**

Was kann und was soll der Therapeut tun, wenn eine Behandlung mit Psychopharmaka nicht anschlägt? Behandlungsresistenz in der Pharmakotherapie ist so definiert, dass Patienten auf mindestens zwei unterschiedliche adäquat dosierte Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen

sich nicht gebessert haben. Die Studienlage für den Einsatz von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression ist dürftig und erlaubt keine ganz sicheren Aussagen. Dennoch werden die Leitlinien Psychotherapie auch bei therapieresistenter Depression empfohlen.

***Bei pharmakotherapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.***

**B**

## 9. Weitere Empfehlungen

Nun treten depressive Störungen sehr häufig nicht alleine auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen der Depression und einer anderen Belastung alles andere als klar ist. Die depressive Störung kann eine andere nach sich ziehen, beide Störungen können auf eine gemeinsame Ursache verweisen, es kann aber auch an den überlappenden diagnostischen Kriterien liegen, dass sowohl eine depressive Störung wie eine andere Störung diagnostiziert werden. Im Folgenden werden die Empfehlungen ohne weitere Kommentierungen für die Komorbidität mit Angststörungen und Alkoholabhängigkeit wiedergegeben:

***Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sollten sowohl Psychotherapie (empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) als wirksame Behandlungsverfahren angeboten werden.***

***Expertenkonsens basierend auf RCTs***

**KKP**

***Bei Vorliegen einer depressiven Störung und einer komorbiden Alkoholabhängigkeit sollte eine antidepressive Psychotherapie zur Reduktion der depressiven Symptome, sowohl als alleiniges Verfahren als auch als Teil einer Kombinationsbehandlung mit einer Pharmakotherapie oder einer suchtspezifischen Psychotherapie (empirische Belege liegen für die KVT vor), angeboten werden.***

***Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinie***

Sehr überraschend ist, dass es aufgrund der Studienlage bisher nicht möglich ist, zur Behandlung der Essstörung mit gleichzeitiger Depression klare Empfehlungen für die Psychotherapie auszusprechen. Dies ist deshalb erstaunlich, weil psychotherapeutische Behandlungsformen bei Essstörungen

zum Standard gehören. Hier zeigt sich einmal mehr, dass Forschungsergebnisse und klinische Erfahrungen doch weit auseinander gehen können. Nicht anders ist es für die Psychotherapieempfehlung auf der Grundlage einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung.

***Zur Psychotherapie der komorbiden Depression bei Essstörungen existieren keine systematischen Untersuchungen, so dass über die störungsbezogenen Empfehlungen zur Behandlung der Essstörungen und der Depression hinaus keine evidenzbasierten Empfehlungen bei dieser Komorbidität gegeben werden können.***

**Statement**

***Bei Patienten mit einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung (Borderline, paranoid, ängstlich-vermeidend und dependent) kann eine Psychotherapie als alleiniges Verfahren oder als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie (empirische Hinweise existieren für die KVT, die IPT und die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie) angeboten werden.***

**Expertenkonsens basierend auf RCTs**

Für maligne Erkrankung, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und somatoforme Störungen ist die Studienlage nicht besser. Eine Ausnahme ist die Depression bei einem Diabetes mellitus.

***Bei einer Komorbidität von Diabetes mellitus und depressiver Störung soll eine Psychotherapie zur Verringerung der Depressivität und zur Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angeboten werden.***

A

**10. Zusammenfassung**

Der Befund, der in den S3- und nationalen Versorgungsleitlinien Therapie der unipolaren Depression festgehalten ist und der nicht allein für Deutschland gilt, ist eindeutig: Die Psychotherapie hat einen wesentlichen Stellenwert in der Behandlung der Depression. Für viele klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen mag diese Schlussfolgerung fast lächerlich klingen, weil sie doch nur bestätigt, was der verantwortungsvoll handelnde Therapeut ohnehin ständig in seiner Praxis erfährt. Aber die Befunde sind natürlich keineswegs überflüssig. Die Leitlinien sind auf der Grundlage eines gemeinsamen Grundkonsenses zwischen zahlreichen Fachverbänden entstanden. Auch wenn sie keine Richtlinien sind und ständig korrigiert werden können, so kann an diesen Aussagen doch nicht vorbei gesehen werden. Psychotherapie gehört zu den basalen Grundlagen der Depressionsbehandlung und kann nicht übergangen werden. Dabei ist es eben auch wichtig zu sehen, dass nicht nur in der Akutphase, sondern auch darüber hinaus die Psychotherapie bedeutsam ist. Die Befunde sind nicht nur für den Kliniker wichtig, sondern auch für die Krankenversicherer. Auch in einer Zeit, in der die Gefahr be-

steht, dass psychotherapeutische Leistungen, gerade wenn sie länger dauern, schrittweise reduziert werden, sind die Befunde wichtig und folgenreich.

Auf der anderen Seite dürfen Leitlinien nicht überschätzt werden. Da sie sich so eng an einen Forschungskatalog anlehnen, der Einseitigkeiten enthält, ergeben sich Diskrepanzen zwischen klinischer Erfahrung und den Forschungsbefunden. Diese Diskrepanz ist dann gut, wenn sie eine Initiative zur besseren Erforschung auch psychotherapeutischer Verfahren darstellt. Sie wird nur lähmen, wenn systematisch bestimmte Behandlungsformen unterbewertet werden.

## 11. Literatur

Hell D. Welchen Sinn macht Depression? Reinbek: Rowohlt; 1992.

Küchenhoff J. Verlieren, trauern, verzeihen – zur Psychodynamik der Depression1Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009;160:200–7.

Küchenhoff J. Zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse – am Beispiel der Depressionsbehandlung. Psyche 2010; 64: 890 – 916

Schauenburg H, Leiendecker C, Simon R, Küchenhoff J, Franz M. Neue Depressionsleitlinien - Zentrale Rolle der Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2009; 55(4): 354-64.

Für die SGPP: Yvette Attinger Andreoli, Adrienne Baussière, Christian Bernath, Daniel Bielinski, Anouk Gehret, Hans Kurt, Marco Merlo, Werner Strik, Pierre Vallon