

# Psychotherapie bei Depression

## Lehrziel:

Indikationsstellung zur Psychotherapie bei Depression; Wissen um evidenzbasierte, wirksame Psychotherapiemethoden bei den verschiedenen Depressionsformen; differenzierte Sichtweise, wann eine Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie indiziert ist bzw. wann eine Psychotherapie allein wirksam ist.



Univ.-Prof.  
Dr. Gerhard Lenz

Außer für biologische Therapieverfahren ist heute auch für eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren die Wirksamkeit in der Behandlung depressiver Störungen nachgewiesen. Studien belegen, dass manche depressive Patienten innerhalb einer Therapie rascher Fortschritte machen als andere. Diese Wirkungs- und Wirksamkeitsunterschiede sind u.a. darauf zurückzuführen, dass sich depressive Patienten hinsichtlich ihrer Persönlichkeit, ihrer prämorbid belastungen und Lebensgeschichten, ihrer kulturellen Hintergründe, ihrer Fähigkeit und Bereitschaft zur selbstreflexiven Auseinandersetzung mit innerpsychischen Vorgängen und deren lebensgeschichtlichem Hintergrund, ihrer psychosozialen Kompetenzen und ihrer gegenwärtigen sozialen und beziehungsbezogenen Probleme erheblich unterscheiden.

Von Bedeutung sind auch die subjektiven Krankheitsvorstellungen der Patienten sowie die sich daraus ergebenden Behandlungserwartungen. Das vom Therapeuten unterbreitete Behandlungsangebot muss darauf abgestimmt sein, damit eine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommen kann.

Ein weiterer gemeinsamer Einflussfaktor der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren ist die Therapeutenvariable. Therapeuten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit, ihrer Werte und ihrer Auffassung darüber, wie depressive Störungen entstehen und wie

sie behandelt werden können (Störungs- und Veränderungswissen). Diese Faktoren können das Behandlungsergebnis ebenfalls beeinflussen.

Auch Variationen im Störungsbild haben Auswirkungen auf den Therapieeffekt: So ist im Schnitt der Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) von Relevanz, im Verlauf die Frage unipolare oder bipolare Depression (bei bipolarer Depression ist Psychotherapie z.B. nur in Kombination mit Pharmakotherapie wirksam) und ob eine Chronifizierung (Krankheitsdauer > 2 Jahre) vorliegt. Weiters ist die häufige Komorbidität vor allem mit Angststörungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen wichtig für die Therapie.

**Vorgehen in der Psychotherapie:** Es ist eine psychotherapeutische Basisbehandlung von einer spezifischen Psychotherapie zu unterscheiden:

**Psychotherapeutische Basisbehandlung (Tab. 1):** Hier geht es darum, dass sich der Patient verstanden fühlt, sich ausreichend mitteilen kann und dass der Therapeut Empathie und Kompetenz vermittelt. Als Ergänzung können niederschwellige Maßnahmen wie Bücher zur Psychoedukation (bei unipolarer Depression: U. Hegerl, „Depression bewältigen“, Trias-Verlag; bei bipolarer Depression: T.D. Meyer, „Manisch-depressiv?“ Beltz-Verlag) oder Bibliothherapie (z.B. D. Burns: „Fühl dich gut“) angeboten wer-

den, die als Anleitung zur Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten und als Information über die Erkrankung verstanden werden können.

**Spezifische Psychotherapie:** Als evidenzbasierte Psychotherapieverfahren (Verfahren, deren Wirksamkeit durch kontrollierte Therapiestudien nachgewiesen wurde) in der Depressionsbehandlung gelten heute nur die kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamische Therapien, interpersonelle Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie, bestimmte Gruppentherapien und in speziellen Fällen auch die Paartherapie.

## Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression

Unter kognitiver Verhaltenstherapie versteht man einen problemzentrierten, strukturierten, psychologischen Behandlungsansatz, der bezogen auf Depressionen fünf Schwerpunkte verfolgt:

1. Überwindung der Inaktivität bzw. der einseitigen belastenden Aktivität
2. Verbesserung des Sozial- und Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Kontaktstruktur
3. Erkennen, Überprüfen und Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen
4. Aufbau eines Bewältigungsrepertoires für zukünftige Krisen
5. Hilfe bei der Lösung realer (sozialer, materieller usw.) Schwierigkeiten

Depressionen werden diesem Verständnis nach sowohl durch gedankliche (kognitive) Prozesse als auch durch den Verlust von Verstärkern (Aktivitätsrate, Fertigkeiten, Belastungen) bedingt. Die Häufung unangenehmer Ereignisse oder die Folge unangemessenen Verhaltens beeinflusst dabei kognitive Strukturen ebenso wie negative Einstellungen und Erwartungen ihrerseits Auswirkungen auf die Aktivitätsrate eines Patienten, sein soziales Handeln und das Ausmaß positiver Erfahrungen haben.

In der Regel umfasst eine kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen zwischen 25 und 40 Sitzungen (einzeln, aber zunehmend auch in Gruppen). Thema sind zunächst die Passivität, der Rückzug und die Lust- bzw. Antriebslosigkeit des depressiven Patienten. Je nach Problemlage des Patienten schließen daran die kognitiven oder die auf das soziale Verhalten bezogenen Interventionselemente an. Obgleich eine Reihe von Techniken und Praxisaufgaben eingesetzt werden, folgt das Vorgehen keinem von vornherein festgelegten Therapieplan, sondern es soll individuell angepasst und für den Patienten persönlich überzeugend vorgegangen werden. Das „*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*“ (CBASP) ist ein Psychotherapieverfahren, das speziell zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. Die eingesetzten Techniken zielen in erster Linie auf sozialinterpersonelle Beziehungserfahrungen ab. Zu den Haupttechniken zählt die Situationsanalyse, anhand derer der Patient eine kausale Beziehung zwischen seinen Verhaltens- und Denkmustern und den jeweiligen Konsequenzen herstellen soll. Der Aufbau von Verhaltensfertigkeiten und neuen emotionalen Erfahrungen stellt einen weiteren wichtigen Therapieteil dar.

### Interpersonelle Psychotherapie

Die interpersonelle Psychotherapie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Depression und Problemen im interpersonellen Bereich, wobei keine Festlegung erfolgt, ob die im Kontext der Depression erkennbaren interpersonellen Probleme Ursache oder Folge der depressiven Episode sind.

Sie war ursprünglich als wöchentliche, gegenwartsorientierte, von Angesicht zu

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Vermittlung von Ermutigung und Hoffnung, stützendes Vorgehen
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung aktueller Motivationen und Therapieerwartungen des Patienten
- Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells
- Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, Entlastung von überfordernden Pflichten und Ansprüchen
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach plötzlicher Veränderung der Lebenssituation
- Unterstützung beim Formulieren und Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele zur Wiedergewinnung von Erfolgserlebnissen
- Stärkung der Ressourcen
- Vermittlung von Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z.B. Pharmakotherapie, Psychotherapie)
- Einbeziehen von Angehörigen
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements

**Tab. 1:** Psychotherapeutische Basisbehandlung bei depressiven Störungen

Angesicht und über einen relativ kurzen Zeitraum stattfindende Therapie vorgesehen, die die Rolle genetischer, biochemischer, entwicklungs- und persönlichkeitsbezogener Faktoren bei der Entstehung von (und Vulnerabilität gegenüber) Depressionen anerkennt, aber vor allem die Rolle der gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen des depressiven Patienten heraushebt.

Die Techniken der interpersonellen Psychotherapie stammen sowohl aus dem Fundus der psychodynamisch ausgerichteten Therapieformen (z.B. Exploration, Affektklärung) als auch aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie (z.B. Techniken zur Verhaltensänderung und zur Realitätsprüfung) und wurden zur Behandlung der vier grundlegenden Problembereiche entwickelt, durch die sich die interpersonelle Psychotherapie auszeichnet:

1. nicht verarbeitete Trauerreaktionen
2. Rollenwechsel
3. interpersonelle Rollenkonflikte (häufig Beziehungskonflikte)
4. interpersonelle Defizite

Die interpersonelle Psychotherapie ist also nicht so sehr durch die eingesetzten

Techniken gekennzeichnet als vielmehr durch die verwendeten Strategien aus (z.B. das Herstellen eines Zusammenhangs zwischen dem Auftreten von Symptomen und offenen oder verdeckten Konflikten mit wichtigen Bezugspersonen, mit denen der Patient gegenwärtig in Beziehung steht).

Ihre Hauptziele werden erreicht, indem zunächst von Therapeut und Patient gemeinsam erarbeitet wird, welcher der vier Problembereiche mit dem Beginn der jetzigen depressiven Episode in Zusammenhang steht. Anschließend werden mit dem Patienten die interpersonellen Schwierigkeiten, die mit dem wichtigsten Problembereich in Verbindung stehen, bearbeitet.

### Psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie

Die psychodynamische Therapie orientiert sich an der psychoanalytischen Theorie. Für die Konzepte spielen das Unbewusste, Konflikte und Persönlichkeitsstrukturen sowie Übertragungen und Abwehrmechanismen eine wichtige Rolle. Von ebenso großer Bedeutung sind auch traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit. Es wird davon ausge-

- Ausgeprägte psychosoziale Stressoren
- Intrapyschische Konflikte
- Interpersonelle Konflikte
- Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen

**Tab. 2:** Hauptindikationen zur Psychotherapie bei Depression

- Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine medikamentöse Therapie erhalten.

(Auszug aus den deutschen VersorgungsLeitlinien, Kurzfassung; [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de))

**Tab. 3:** Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung

gangen, dass depressive Symptome, insbesondere im Rahmen zusätzlicher, oftmals typischer Persönlichkeitsprobleme (Dysthymie, Persönlichkeitsstörungen), auf dem Boden unbewusster oder nur teilweise bewusster innerer Konflikte entstehen. Diese führen zu konflikthafte Beziehungsmustern mit nahestehenden Personen und im Moment von Verlust, Versagungs- oder Enttäuschungserlebnissen zu einer depressiven und hilflosen Symptomatik.

Längerfristige psychodynamische Psychotherapien (wie auch psychoanalytische Verfahren) zielen darauf ab, in der therapeutischen Beziehung eine Wiederbelebung konflikthafter Interaktionsmuster zu ermöglichen, um sie dann therapeutisch bearbeiten und verändern zu können (u.a. mittels korrigierender Erfahrungen im Rahmen des Settings, aber auch durch kognitives Thematisieren ungünstiger Abwehrmechanismen und Beziehungsmuster).

Kurz angelegte psychodynamische Therapien fokussieren auf die Bearbeitung aktueller Konflikte und beschäftigen sich vor allem mit deren Manifestation in den interpersonellen und sozialen Bezügen des Betroffenen. Dies bedeutet insbesondere die Klärung von und die Konfrontation mit persönlichkeitspezifischen Verarbeitungsmodi der depressiven Vulnerabilität (depressiver Grundkonflikt).

Zum Einsatz kommen unterstützende Interventionen (Respekt und Akzeptanz, aktives Zuhören, Verständnis und Förderung der Äußerung schwieriger Impulse oder Fantasien, Förderung des Arbeitsbündnisses mit dem Ziel, dem Patienten bei der Überwindung seiner Depression zu helfen, Vermittlung von Hoffnung), aber auch klassische psychoanalytische Interventionen (Klärung, Konfrontation und Deutung).

### Gesprächspsychotherapie (klientenzentr. Psychotherapie nach Rogers)

Gesprächspsychotherapie (GT) ist eine Therapiemethode, die auch bei der Behandlung depressiver Patienten vielfältig zum Einsatz kommt. Das Störungskonzept der GT nach Rogers stellt das „Inkongruenzerleben“ als Ausdruck einer Selbstentwicklungsstörung in den Mittelpunkt, d.h. die von Menschen erlebte Nichtübereinstimmung der im Bewusstsein repräsentierten Erfahrung mit der Gesamtheit der Erfahrung. Derartige Störungen entstehen demnach u.a. infolge des Fehlens von Angenommen- und Wahrgenommenwerden in der lebensgeschichtlichen Entwicklung. Im ungünstigen Fall sind depressive Störungen als Ausdruck des Zusammenbruchs des unzureichenden Selbstgefühls unter verschiedensten Belastungen die Folge. Grundlegende Behandlungsprinzipien

sind aus diesen Überlegungen abgeleitet: Durch bedingungsfreie Wertschätzung durch den Therapeuten gelingt es dem Patienten, bisher nicht in das Selbst integrierte (und für die Depression typische) Erfahrungen zu verarbeiten und unverzerrt (in gesunder Weise) wahrzunehmen.

Auch die GT beschreibt ein prozessgeleitetes, phasenorientiertes Vorgehen (Symptom-, Beziehungs-, Problem-/Konflikt- und Abschiedsphase).

### Gruppentherapien

Es gibt Hinweise dafür, dass sich Gruppentherapien auf Basis einer kognitiven Verhaltenstherapie oder interpersonellen Psychotherapie bei depressiven Störungen in ihrer Wirksamkeit nicht wesentlich von Einzeltherapien unterscheiden.

### Paartherapie

Die Paartherapie wurde als nicht-depressionsspezifische Therapie entwickelt, aber eine beeinträchtigte Partnerbeziehung kann sowohl Ursache als auch Folge einer Depression sein. Vergleichsstudien zeigen, dass insbesondere die eheliche Zufriedenheit durch eine Paartherapie stärker beeinflusst wird als durch eine individuelle kognitive Therapie, während bei Paaren ohne Partnerprobleme der Einfluss der Paartherapie auf die depressive Symptomatik gering bleibt (Hauptindikationen zur Psychotherapie bei Depression siehe **Tab. 2**).

**Evidenzbasierte Wirksamkeit von Psychotherapie bei akuter unipolarer Depression:** Es gibt eine Reihe von Metaanalysen, die die Wirksamkeit der *kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)* in der Akutbehandlung von unipolar depressiven Patienten bestätigen: In einer Metaanalyse von GLOAGUEN (1998) von 48 kontrolliert randomisierten Studien mit insgesamt 2.765 Patienten mit leichter und mittelschwerer Depression zeigte sich, dass die KVT einer Warteliste, einer Antidepressivatherapie und diversen anderen Therapien (psychodynamische Therapie, interpersonelle Therapie, supportive Therapie, Entspannungsverfahren und Bibliothherapie) signifikant überlegen war, was die Symptombesserung nach durchschnittlich 16 Wochen angeht.

In einer randomisiert kontrollierten Studie mit 240 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression fanden DE RUBEIS et al. (2005) nach 16-wöchiger Behandlung mit KVT oder Paroxetin hinsichtlich Response und Remission keine signifikanten Unterschiede zwischen den Monotherapien nach 8 Wochen und zu Behandlungsende.

THASE et al. (1997) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass eine Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie (KVT oder IPT) bei höherem Schweregrad der Depression (HDRS > 19) der jeweiligen Monotherapie überlegen war.

Die Ergebnisse mehrerer Metaanalysen zur Wirksamkeit der KVT unterstreichen das Erreichen einer hohen Evidenzstufe: Die Prä-Post-Vergleiche für die KVT erreichen Effektstärken von 1,5–2,3. Die zwischen unterschiedlichen Bedingungen vergleichenden Effektstärken belegen eine Überlegenheit der KVT gegenüber Kontrollbedingungen (Warte, Placebo) von  $d = 0,82$  (20 Studien) gegenüber Medikation von  $d = 0,38$  (17 Studien) und gegenüber anderen Psychotherapien von  $d = 0,24$  (22 Studien).

In einer Metaanalyse zur *interpersonellen Therapie (IPT)* von JORGENSEN (1998) werden aus den einbezogenen Studien (darunter 4 IPT-Studien) Prä-Post-Effektstärken von  $d = 1,72$  für die Psychotherapie errechnet. Die Unterschiede zwischen IPT und KVT waren nicht signifikant.

Eine Metaanalyse von DE MELLO et al. (2004) schloss 13 Studien zur IPT bei Depression ein und bestätigte diese früheren Berechnungen.

Wenn psychodynamisch orientierte Psychotherapien empirisch evaluiert wurden, dann handelte es sich einerseits um fokale, zeitlich begrenzte, strukturierte Interventionen bei Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen. Es liegen zwei Metaanalysen zur Wirksamkeit von *psychodynamischen Kurzpsychotherapien* (CRITS-CHRISTOPH 1992) und zur vergleichenden Wirksamkeit von *fokalen kurzzeitigen psychodynamischen Psychotherapien* bei Depressionen (LEICHSENRING 2001) vor. Beide kommen aufgrund von elf bzw. sechs Studien zu dem Ergebnis, dass diese fokalen psychodynamischen Psychotherapien wirksam sind (Effektstärken

0,81–1,12 im Vergleich zu Wartekontrollen) und durchaus mit anderen wirksamen Depressionstherapien vergleichbar sind.

In einer Metaanalyse zur Wirksamkeit von *Langzeit-psychodynamischer Psychotherapie* bei komplexen psychischen Erkrankungen (Persönlichkeitsstörungen, komplexe depressive und Angststörungen etc.) von LEICHSENRING et al. (2008) zeigte sich allgemein eine bessere Wirksamkeit der Langzeittherapie gegenüber Kurzzeittherapien. Speziell sei hier auf die guten Ergebnisse der Münchner Psychotherapiestudie (HUBER & KLUG 2006) zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Langzeittherapie bei Depression mit einer Effektstärke von 1,74 hingewiesen.

Zur *Gesprächspsychotherapie (GPT)* liegen bisher keine Metaanalysen zur Behandlung bei Depression vor. GPT wurde in einzelnen kontrollierten KVT-Studien als Kontrollbedingung eingesetzt und erwies sich hier den spezifischen Therapien (KVT, VT, Pharmakotherapie) als unterlegen. GREENBERG & WATSON evaluierten die von ihnen entwickelte, spezielle Ausprägungsform der GT, die „Process-Experiential Psychotherapy“ (PE-GPT). Sie verbindet klientenzentrierte Elemente mit jenen der Gestalttherapie und zielt darauf ab, kognitive und affektive Probleme des Patienten in der Therapie aufzulösen. In einem Vergleich mit der KVT über 16

Wochen zeigten sich in beiden Gruppen ähnliche Effektstärken.

### Zusammenfassung zur Akuttherapie bei Depression

In der ambulanten Therapie von Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen ist Psychotherapie gleich wirksam wie Pharmakotherapie, bei stationären Patienten mit schweren Depressionen ist eine Pharmakotherapie allein in den meisten Studien wirksamer als eine Psychotherapie allein; am wirksamsten ist hier allerdings die Kombinationstherapie.

Die besten Wirknachweise bei leichten und mittelschweren Depressionen liegen für kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodynamische Therapie und Gesprächspsychotherapie vor, bei schweren Depressionen nur für die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie. Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine Pharmakotherapie erhalten.

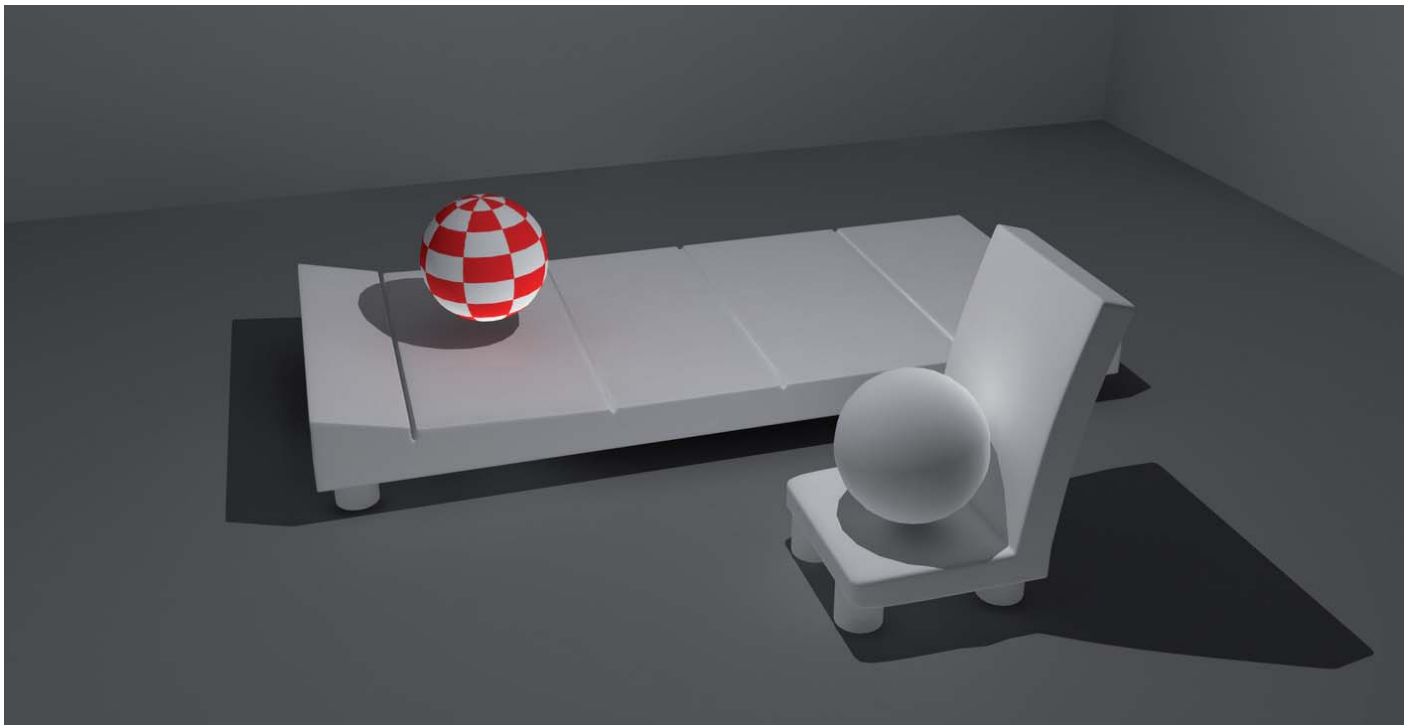
In die Entscheidung, ob eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie durchgeführt wird, fließen aber natürlich auch Krankheits- und Therapiekonzepte von Ärzten und auch Patienten ein, bisherige Erfahrungen mit positiven Wirkungen oder mit Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie können eine Rolle spielen. Die Verfügbarkeit bzw. die Kosten einer Psychotherapie können ebenfalls von Bedeutung sein (**Tab. 3**).

- Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression ist eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva wirksamer als die jeweilige Monotherapie.

**Tab. 4:** Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression

- Zur Stabilisierung des Therapieerfolges sowie zur Senkung des Rückfallrisikos sollte im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.
- Eine längerfristige, stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) in Kombination mit einer Pharmakotherapie sollte Patienten mit erhöhtem Rezidivrisiko angeboten werden.

**Tab. 5:** Empfehlungen zur Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie



### Evidenzbasierte Wirksamkeit von Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression:

Bei Patienten mit Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression wurden bisher insgesamt vergleichsweise wenige Psychotherapiestudien (auch mit relativ kleinen Stichproben und relativ kurzen Therapiezeiträumen) durchgeführt. Die Studienergebnisse zeigen, dass Psychotherapie auch bei chronischen Depressionsformen wirksam ist, dass aber eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie überlegen ist.

Hier hat sich eine spezielle Form der kognitiven Verhaltenstherapie, das CBASP (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy), als sehr wirksam erwiesen. In einer Studie von KELLER et al. (2000) waren Antidepressivum (Nefazodon) und CBASP hinsichtlich der Symptomreduktion am Ende der akuten Behandlungsphase mit jeweils 48% Response gleich effektiv, während die Kombination beider Verfahren einen klinisch bedeutsamen additiven Effekt (73% Response) zeigte. Die Remissionsraten lagen bei 33% für CBASP, bei 29% für SSRI und bei 48% für die Kombinationstherapie.

SCHATZBERG et al. (2005) zeigten schließlich, dass diejenigen Patienten, die entweder auf CBASP oder auf das Antidepressivum schlecht ansprachen,

von einem Wechsel auf die jeweils andere Behandlungsmodalität profitieren konnten. CBASP erwies sich insbesondere bei depressiven Patienten mit früher Traumatisierung als sehr wirksam.

In einer Studie von BROWN et al. (2002) wurden 707 dysthyme Patienten randomisiert entweder auf entweder Sertralin, Sertralin plus interpersonelle Therapie (IPT) – zehn Sitzungen – oder IPT allein. Nach 6, 12 und 24 Monaten erwies sich die Behandlung mit Sertralin sowie mit Sertralin plus IPT als wirksamer im Vergleich zu IPT allein.

Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression ist eine aktive Suche nach lebensgeschichtlichen Störungsfaktoren besonders angezeigt. Da es um eine längere Krankheitsdauer geht, sollte unter Umständen auch eine längere Therapiedauer mit Aufarbeitung individueller störungsbedingender und aufrechterhaltender Faktoren in Betracht gezogen werden, wobei zur Absicherung dieser Aussage weitere Studien nötig sind. Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression siehe **Tabelle 4**.

### Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie

Patienten mit depressiven Störungen haben in typischen, eher kürzer angelegten Therapiestudien nach Abschluss der

Therapie eine relativ hohe Rückfallrate (30–70%) bzw. Chronifizierungswahrscheinlichkeit (ca. 20%). Die entsprechenden Risikofaktoren sind eine noch bestehende Restsymptomatik, wiederholte vorhergehende Episoden, chronische Belastungsfaktoren etc. Während in der Pharmakotherapie vielfältige Strategien zur Risikominderung eines Rückfalls bekannt sind, gibt es nach einer Psychotherapie kaum Empfehlungen hinsichtlich der Durchführung von rückfallverhindernden Maßnahmen wie z.B. weitergeführte, langfristige, niederfrequente Kontakte.

In der Langzeittherapie depressiver Störungen wurden bisher vor allem die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie untersucht, wobei man zwei Ansätze unterscheiden kann:

1. die Langzeitwirkung einer nur in der Akutphase der Erkrankung durchgeführten Psychotherapie auf den weiteren Krankheitsverlauf
2. spezifische Langzeittherapien, die nach Beendigung der Akuttherapie durchgeführt werden

**ad 1):** Aus Studien zur kognitiven Therapie ergeben sich Hinweise, dass eine KVT, die nur in der Akutphase durchgeführt wird, wirksamere Langzeiteffekte hat als eine medikamentöse Therapie,

die nur in der Akutphase durchgeführt wird. Am wirksamsten ist allerdings die Kombination von medikamentöser Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie.

**ad 2):** Patienten, die auf eine kognitive Therapie in der Akutphase der Depression angesprochen haben, erhielten über weitere acht Monate eine kognitive Therapie und unterschieden sich in der Rückfallhäufigkeit signifikant von denen ohne weitere KT.

Ähnliche Ergebnisse finden sich für die IPT. Interventionen im Gruppenformat und auch die achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie stellen viel versprechende Varianten für die Rückfallprophylaxe dar. Hier sind jedoch noch weitere Studien notwendig, die u.a. Aufschluss über eine mögliche differenzielle Indikation der Verfahren und deren Langzeiteffektivität geben könnten. Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie siehe **Tabelle 5**.

### Psychotherapie bei akuter bipolarer Depression

Im Unterschied zur unipolaren Depression existiert bei der bipolaren Depression für kein Psychotherapieverfahren der Nachweis der alleinigen Wirksamkeit. Hier muss unbedingt mit einer stimmungsstabilisierenden Langzeitmedikation (Lithiumsalze, Valproinsäure, Lamotrigin, Carbamazepin, atypische Neuroleptika) kombiniert werden. Ziele eines Kombinationsansatzes von

Pharmakotherapie und Psychotherapie sind die bessere Akzeptanz der Erkrankung durch Patient und Familie, die Verbesserung der familiären Kommunikation, Erhöhung der Compliance für die Medikation, Strategien zur Stressbewältigung und damit Senkung der Zahl und Dauer von Rückfällen und Verminderung des Suizidrisikos sowie Verbesserung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität. Neben der Psychoedukation haben sich vor allem drei verschiedene Psychotherapieverfahren als wirksamer Zusatz zur Pharmakotherapie etabliert: die kognitive Verhaltenstherapie, die familienfokussierte Therapie und die interpersonale und soziale Rhythmustherapie. Charakteristisch für alle wirksamen Verfahren ist, dass sie erst nach Abklingen der akuten Symptomatik zum Einsatz kommen, im Sinne einer Vorbeugung möglicher weiterer Episoden. Im deutschen Sprachraum sind hier vor allem die Therapiemanuale von SCHAUB et al. (2004) und MEYER & HAUTZINGER (2004) zu nennen.

### Diskussion

In einer neuen Studie (CUIJPERS et al. 2010) wurde auf den „Publikations-Bias“ (Studien mit erfolgreicher Therapie werden eher publiziert als solche ohne Erfolg) auch in der Psychotherapieforschung hingewiesen. Die Autoren konnten in einer Metaanalyse zeigen, dass sich die bei der Psychotherapie von depressiven Patienten gezeigten Effektstärken von 0,67 bei Beachtung des

Publikations-Bias auf 0,42 reduzierten. Insgesamt steht aber eine Reihe wirksamer, evidenzbasierter Psychotherapieverfahren zur Behandlung sowohl der akuten als auch der chronischen Depression sowie zur Vorbeugung zur Verfügung. Eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie ist vor allem bei schweren Depressionen, chronischen Depressionen, bei Vorliegen einer Residualsymptomatik und bei Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen indiziert. ■

Literatur beim Verfasser

### Lecture Board:

ao. Univ.-Prof. DDr. Gabriele Sachs  
Prim. Dr. Anton Tölk  
ao. Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner

### Korrespondenzadresse:

**Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz**

Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Medizinische  
Universität Wien

**Tel.:** +43/1/92 333 18

**Fax:** +43/1/92 333 18

**E-Mail:**

gerhard.lenz@meduniwien.ac.at

Akkreditierter Herausgeber:

Anton Proksch Institut (API)

### Impressum

**Herausgeber:** Verlag: MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H., Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien. **Verlagsleitung:** Mag. Gabriele Jerlich. **Projektleitung:** Karin Duderstadt. **Produktion:** Mag. Antonia Maria Leitner. **Redaktion:** Mag. Sandra Standhartinger. **Lektorat:** Mag. Andrea Crevato. **Layout/DTP:** Gerald Mollay. **Fotos:** Fotolia. **Print:** Donau Forum Druck Ges.m.b.H., 1230 Wien. **Druckauflage:** 11.500. **Allgemeine Hinweise:** Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung des jeweiligen Autors wieder und fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Entgeltliche Einschaltungen gem. § 26 Mediengesetz fallen in den Verantwortungsbereich des jeweiligen Auftraggebers; sie müssen nicht die Meinung von Herausgeber, Reviewer oder Redaktion wiedergeben. Angaben über Dosierungen, Applikationsformen und Indikationen von pharmazeutischen Spezialitäten müssen vom jeweiligen Anwender auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Medieninhaber und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler. Der besseren Lesbarkeit halber werden Personen- und Berufsbezeichnungen nur in einer Form verwendet. Sie sind selbstverständlich gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.