

AWMF online



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische
Medizin (DGPM),
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT),
Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM),
Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP).**

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 051/023	Entwicklungsstufe:	1
--------------------------	-------------	--------------------	---

Psychotherapie der Depression

1. Vorbemerkung:

Wegen der epidemiologischen und versorgungspolitischen Bedeutung depressiver Erkrankungen sowie der große Vielfalt entsprechender Behandlungsansätze ist es sinnvoll, der Psychotherapie, als einem besonders wirksamen Therapieansatz bei depressiven Erkrankungen, eigene Leitlinien zu widmen. Die folgenden Leitlinien sind von einer Arbeitsgruppe psychotherapeutischer Experten unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung erarbeitet worden, die alle sowohl in klinischen Bereichen psychotherapeutisch tätig sind, als auch sich wissenschaftlich mit verschiedenen Bereichen der Psychotherapie der Depression befassen. Die Leitlinien beschreiben den gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand zur psychotherapeutischen Behandlung von depressiven Erkrankungen. Sie haben einen Entstehungsprozess durchlaufen, der der Stufe 1 der methodischen Empfehlungen der AWMF entspricht. Es wurden zunächst über eine Literaturrecherche alle Metaanalysen aus dem Zeitraum ca. 1985 bis 2002 erfasst. Bei deren Fehlen wurde auf Studien der nächstniedrigen Evidenzgrade zurückgegriffen. Zielgruppe für die Leitlinien sind klinisch tätige ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychiater und Nervenärzte, aber auch Allgemeinärzte und Gebietsärzte, die anderweitig mit der Behandlung depressiver Patienten befasst sind. Die folgenden Darlegungen gehen auf die Rolle der Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen nur kurz ein. Sie verstehen sich auch nicht als Leitlinien zur Pharmakotherapie der Depression (vgl. hierzu "Leitlinien zu Affektiven Störungen" der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN). Biologische Behandlungsverfahren depressiver Störungen werden nur dort aufgezeigt, wo sie in Kombination mit einer Psychotherapie angewendet werden.

Verwendete Evidenzkriterien:

Evidenzgrad	Kriterien
Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie

III	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/ Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Quelle: Leitlinien-Manual der AWMF und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ), Kapitel 5, s.a. <http://leitlinien.net/llmanual.htm>

2. Symptomatik, Diagnostik und Epidemiologie

2.1. Symptomatik und Diagnostik depressiver Zustände (nach ICD-10)

2.1.1 Symptomatik

Hauptsymptome

Depressive Stimmung (ungleich Trauer)
Interessenverlust, Freudlosigkeit
Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
Gefühl von Schuld/Wertlosigkeit
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
Suizidgedanken oder -handlungen
Schlafstörungen
verminderter Appetit

Somatisches Syndrom

Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten
Mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse
Frühmorgendliches Erwachen
Morgendliches Stimmungstief
Psychische und körperliche Hemmung oder Agitiertheit
Deutlicher Appetitverlust
Gewichtsverlust
Deutlicher Libidoverlust

2.1.2. Depressive Störungen nach ICD 10, Kapitel V Depressive Episode (jeweils Verlauf über \geq 2 Wochen)

Unterscheidung:

Erste Episode: Kodierung F32. Im Rahmen eines bipolaren Verlaufs: Kodierung F31. Im Rahmen eines unipolaren Verlaufs: Kodierung F33.

Schweregrad:

Leicht: 2 Hauptsymptome + 2 Zusatzsymptome
Mittelgradig: 2 Hauptsymptome + 3-4 Zusatzsymptome
Schwer: 3 Hauptsymptome + \geq 4 Zusatzsymptome

"Mit somatischem Syndrom": Vorhandensein von mindestens 4 "somatischen" Symptomen

"Schwer, mit psychotischen Symptomen": zusätzliches Vorhandensein von Wahnideen (Versündigung, Verarmung) und/oder Halluzinationen, (z.B. anklagende Stimmen; Verwesungsgeruch) und/oder depressiver Stupor.

Anhaltende affektive Erkrankungen (F34)

Zyklothymie (F34.0)

Anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung,

die nicht die Schwerekriterien für manische (F30) oder depressive (F32) Episoden erfüllen

Dysthymie (F34.1)

Chronische, gewöhnlich > 2 Jahre anhaltende, milde depressive Verstimmung, die nie oder nur selten ("double Depression") die Schwerekriterien der depressiven Episoden erfüllt.

2.2. Häufigkeit

Depressionen sind häufige psychische Störungen. Die Punktprävalenz liegt bei 2% bis 7%. Die Inzidenzschätzungen (neue Fälle pro Jahr) für die Diagnose einer depressiven Episode liegen bei 1-2 Neuerkrankungen auf 100 Personen.

Die Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden liegt bei bis zu 12% für Männer und bis zu 26% für Frauen. In einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe fand sich ein Morbiditätsrisiko für Depression von insgesamt 17 Prozent.

2.3. Risikofaktoren

Geschlecht:

Frauen weisen in nahezu allen (Quer- und Längsschnitt-) Untersuchungen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko auf. Neuere Studien, insbesondere unter Berücksichtigung jüngerer Stichproben und mehrerer Indikatoren (Punktprävalenz und Inzidenz) lassen vermuten, dass das Erkrankungsrisiko für Mädchen und junge Frauen früher einsetzt und außerdem in Jugendalter bzw. frühen Erwachsenenalter steiler ansteigt als für Jungen und junge Männer. Frauen weisen zudem eine höhere Rückfallneigung für weitere depressive Phasen auf. Diese Geschlechtsunterschiede werden im mittleren und höheren Lebensalter geringer, d.h. die Depressionsraten der Geschlechter gleichen sich allmählich an. Bei bipolaren affektiven Erkrankungen finden sich in der Regel keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.

Lebensalter:

Depressionen treten in allen Lebensaltern auf, nach früheren Untersuchungen mit einem Ersterkrankungsgipfel zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr. Nach neuere Studien hat sich dieser Altersgipfel jedoch vorverlagert, nämlich zwischen das 18. und 25. Lebensjahr. Bei den Dysthymien kann über die Lebensspanne eine stetige Zunahme, dann jedoch ab dem 30. Lebensjahr eine allmähliche und ab dem 65. Lebensjahr eine deutliche Abnahme festgestellt werden. Dennoch sind im höheren Lebensalter Depressionen die häufigste psychische Störung, wobei eine hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen besteht.

Sozioökonomische Faktoren:

Getrennte und geschiedene Personen und solche ohne vertraute Personen erkranken eher. Als wichtige protektive Faktoren erwiesen sich positive Sozialbeziehungen, aber auch gute Ressourcen im Wohn- und beruflichen Bereich. *Psychosoziale Belastungen:*

Belastende Lebensereignisse kommen im Vorfeld depressiver Episoden gehäuft vor, wobei oft nicht ausgeschlossen werden kann, dass z.B. zwischenmenschliche Belastungen bereits Folge der beginnenden Depression sind. Dies gilt für personenabhängige, aber auch für unabhängige (nicht durch die Krankheit oder den Patienten selbst herbeigeführte) Ereignisse. Belastende Ereignisfolgen in Zeiträumen, in denen keine Erholung von den früheren Belastungen eintreten kann, scheinen besonders kritisch zu sein. Es scheint, dass Lebensereignisse und sozialer Stress auf das erstmalige Auftreten depressiver Erkrankungen einen größeren Einfluss nehmen, dass jedoch spätere Krankheitsepisoden u.U. stärker einer eigenen, von äußeren Auslösern relativ unabhängigen Dynamik unterliegen.

Familiäre Belastung:

Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer depressiven Erkrankung weisen ein Erkrankungsrisiko für affektive Störungen (alle Formen) von 20% und Angehörige gesunder Kontrollpersonen eines von 7% auf.

2.4. Verlauf und Prognose

Etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Patienten werden im Verlauf unter Behandlung, z.T. auch unbehandelt, so weit gebessert, dass sie wieder ihre gewohnte Leistungsfähigkeit besitzen und das alte Selbst hervortritt, wobei einzelne Beschwerden weiter bestehen können.

Der weitere Verlauf nach Remission zeigt über einen Zeitraum von 5 Jahren bei nur ca. 40% der (unipolar) depressiven Patienten ein Ausbleiben von Rückfällen. Übereinstimmend wird für etwa 10 bis 20 Prozent der unipolaren Erkrankungen eine Chronifizierung (Minimaldauer der Beschwerden von 2 Jahren) gefunden. Diese Rate scheint für ältere Personen höher zu sein und auch mit einsetzenden bzw. parallel bestehenden körperlichen Erkrankungen zu korrelieren. Spätremissionen auch bei langen Phasen und solchen in hohem Lebensalter wurden

wiederholt gefunden.

Die Wahrscheinlichkeit nach Remission erneut eine depressive Episode zu erleiden wird durch die Anzahl früherer depressiver Phasen, weibliches Geschlecht sowie die residuale depressive Symptomatik bestimmt.

2.5. Suizidalität

Die Häufigkeit von Suiziden bei depressiven Störungen wird auf etwa 4% in der gesamten Patientengruppe und auf 15 % bei jemals stationär behandelten Patienten geschätzt, liegt also beträchtlich höher als in der Normalbevölkerung und konnte bisher auch durch moderne Behandlungsformen nicht gesenkt werden. Personen, die bereits einmal einen Suizidversuch unternommen haben, wiederholen innerhalb von zwei Jahren diese Handlung mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 15 und 35 %. Etwa die Hälfte aller Suizide werden von Menschen begangen, die eindeutig depressiv erkrankt sind.

Das Risiko für einen Suizid wird durch folgende Faktoren erhöht: *starke Angst, andauernde Schlaflosigkeit, Anhedonie, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Impulsivität, Substanzmissbrauch, männliches Geschlecht zwischen 20 und 30 und über 50 J., weibliches Geschlecht zwischen 40 und 60 J., höheres Alter, frühere Suizidversuche und familiäre Belastung mit Suizid oder Suizidversuch.*

2.6. Komorbidität

Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbidität auf (75-90%). Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen von Depressionen mit folgenden psychischen Erkrankungen ist häufig:

Angststörungen (Phobien, Soziale Ängste, Panikstörung, Generalisierte Angststörung), Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeiten, Schlafstörungen, sexuellen Störungen, somatoformen Störungen, psychophysiologischen Störungen, auch mit schizophrenen Störungen, hirnorganischen Störungen, zerebralem Abbau sowie mit fast allen Persönlichkeitsstörungen.

Die Frage, ob bei diesen komorbid vorkommenden Störungen die Depression primär oder erst in der Folge der anderen Erkrankungen auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten. Befragt man Probanden retrospektiv, dann erhält man in der Mehrzahl (zwischen 60% und 80%) die Antwort, dass die Depression den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgte (subjektive Krankheitstheorie !).

Im Bereich somatischer Erkrankungen besteht ein erhöhtes Krankheitsrisiko für:

arteriosklerotische Herzerkrankungen, vaskuläre Läsionen des Zentralnervensystems, Asthma bronchiale, Heuschnupfen (Allergien), Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen. Darüber hinaus findet sich vermutlich auch eine gegenüber Nicht-Depressiven erhöhte Mortalität im Rahmen der o.g. Erkrankungen, besonders in höherem Alter.

3. Prinzipien der psychotherapeutischen Behandlung

3.1. Differentialdiagnostik

Die genaue initiale Diagnostik ist wegen der vielen Ursachen und der unterschiedlichen Verlaufsformen von Depressionen von besonderer Bedeutung. Zur Diagnostik gehört auch die Identifizierung von prädisponierenden, vorausgehenden und aufrechterhaltenden Krankheitsfaktoren. Die differentialdiagnostische Aufmerksamkeit sollte den gesamten Behandlungsprozess begleiten, da sich oft erst im Verlauf weitere ätiologische Faktoren (z. B. verborgene Suchterkrankungen, andere psychische Störungen, aber auch neu auftretende körperliche Erkrankungen) ergeben können. Besonderes Augenmerk muss bei älteren Patienten auf die Unterscheidung zwischen der Entwicklung einer Demenz und einer depressiven "Pseudo-Demenz" gelegt werden. Das therapeutische Vorgehen soll den jeweiligen vorliegenden diagnostischen Erkenntnissen angepasst sein.

3.2. Allgemeine klinische Grundsätze

Die psychotherapeutische Behandlung von depressiven Erkrankungen kann nur durch fachspezifisch ausgebildete Psychotherapeuten sachgerecht erfolgen. Diese sollten in den als wirksam anerkannten Verfahren ausgebildet sein, in diesem Rahmen supervidierte Behandlungen absolviert und sich einer Selbsterfahrung unterzogen haben. Darüber hinaus sollten sie aus klinischer Erfahrung das gesamte Spektrum depressiver Erkrankungen kennen. Die Therapeuten sollten mögliche schädliche Auswirkungen einer geplanten Behandlung bedenken und die Autonomie des Patienten respektieren. Hierzu gehört auch die Verpflichtung, ggf. Kollegen anderer Disziplinen hinzuzuziehen bzw. zusätzliche medikamentöse Behandlungen oder stationäre Einweisungen bei entsprechender Notwendigkeit zu erwägen.

3.3. Rechtliche und ethische Aspekte

Die psychotherapeutische Behandlung unterliegt der Vertraulichkeit. Jedoch kann es unter Umständen nötig sein, den Patienten schon von Beginn an darüber zu informieren, dass die Vertraulichkeit in dem Fall gebrochen werden kann, wenn eine Selbstgefährdung besteht oder es Hinweise auf Missbrauch oder Vernachlässigung gegenüber einem Kind bestehen sowie für den Fall einer richterlichen Anordnung. Ähnliches gilt, wenn Hinweise auf eine Gefährdung anderer Personen durch Gewalthandlungen bestehen.

Patienten müssen auf ihre Verantwortung im Straßenverkehr hingewiesen werden, für den Fall, dass sie eine psychotrope Medikation einnehmen oder sich in einem emotionalen Ausnahmezustand befinden.

Die psychotherapeutische Behandlung muss dokumentiert werden, um ggf. klinische Entscheidungen im nachhinein rechtfertigen zu können. Informationen über die Behandlung dürfen nur nach schriftlicher Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber spezifischen Personen oder Institutionen weitergegeben werden.

Schriftliche Befundberichte sind in einer Weise zu verfassen, dass sie dem Patienten potentiell zugänglich gemacht werden können, ohne ihn zu schädigen.

3.4. Allgemeine Grundsätze der Psychotherapie

Psychotherapie versteht sich als ein interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden. Die Beeinflussung der Störung erfolgt mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch in Richtung auf ein definiertes Ziel (Symptombesserung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige Bindung nötig.

Psychotherapeutische Verfahren sollen hinsichtlich ihrer Krankheitstheorie und ihrer Behandlungstechniken wissenschaftlich und empirisch geprüft sein. Therapeuten müssen eine anerkannte Berufsqualifikation vorweisen. Qualitätssichernde Maßnahmen sowie das Gebot der Wirtschaftlichkeit müssen unter Wahrung ethischer Grundsätze und Normen zur Anwendung kommen.

Bei der Behandlung insbesondere akut depressiver Patienten sind aufgrund klinischer und wissenschaftlicher Erfahrungen unterschiedlichster psychotherapeutischer Richtungen folgende allgemeine Grundsätze zu verwirklichen:

- Therapeuten sollten problemorientiert, strukturiert, konkret, aktiv und bei klinischer Notwendigkeit auch direktiv sein
- Ausführliche Erklärung des Krankheitsbilds, der Einflussfaktoren und des Bedingungsgefüges
- Ableitung der Psychotherapie aus dem Erklärungsmodell
- Klare Zielsetzung, Formulierung von Teilzielen
- Orientierung auf Alltagsbewältigung, Lösung aktueller Probleme
- Gestuftes, nicht überforderndes Vorgehen
- Erarbeitung neuer Handlungsmöglichkeiten (z.T. durch vertieftes Problemverständnis), ggf. Anleitung zu neuen Erfahrungen außerhalb des Therapierahmens.

3.5. Behandlungsprinzipien in der akuten Phase

Einerseits wird die Depression als eine häufig wiederkehrende, z. T. chronische oder fluktuierende Erkrankung angesehen, zum anderen treten depressive Episoden häufig akut und mit großer Vehemenz auf. Therapeutische Strategien müssen sich an diesen Gegebenheiten orientieren. Für die Akutbehandlung gelten die Grundsätze eines guten klinischen Umgangs, wie sie nicht nur für psychotherapeutische, sondern auch für psychiatrische und ggf. hausärztliche Behandlungen maßgeblich sind. Im Vordergrund steht die Herstellung einer guten und tragfähigen Beziehung zum Patienten, die auf Vertrauen und Zusammenarbeit sowie auf der klaren Rollendefinition für Therapeut und Patient beruhen. Dem vordringlichen Ziel der Entlastung des Patienten dient nach einer genauen Erfassung der Symptomatik und der Lebensumstände die angemessene Information über das Krankheitsbild sowie die Strukturierung und die möglichst frühe Festlegung des Behandlungsrahmens. Weiterhin gehört zur initialen Therapie die Klärung des sozialen und therapeutischen Netzwerkes des Patienten sowie ggf. die Einbeziehung mitbehandelnder Therapeuten oder Ärzte und die Klärung der Notwendigkeit der Einbeziehung von Angehörigen. Wesentlicher Bestandteil der Anfangsphase ist auch die Festlegung möglichst umschriebener Therapieziele, die neben der Reduzierung der symptomatischen Belastung und der Verbesserung der Lebensqualität auch umfassende Veränderungen depressiogener Gedankenschleifen, Beziehungsmuster und biographischer Bewertungen sein können. Hierzu ist im allgemeinen eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne nötig.

Für die Entlastung, den Beziehungsaufbau und die Schaffung von Hoffnung haben sich sog. "beruhigende Versicherungen" bewährt. Dazu gehören:

- Patient ist kein Einzelfall

- Genese der Erkrankung ist bekannt
- Erkrankung ist unangenehm, aber nicht gefährlich
- Hilfen und Behandlungen sind verfügbar und erfolgreich
- Verschlechterungen werden in der Therapie aufgefangen
- Patienten Erfolge vermitteln
- Gestuftes Vorgehen
- Unkonditionale Verstärkung und Beruhigung
- An frühere Erfahrungen (mit Depressionen) anknüpfen

3.6. Umgang mit Suizidalität

Das Erkennen und Abschätzen des Suizidrisikos gehört zu den vordringlichen Aufgaben der Depressionsbehandlung und ist unabdingbarer Bestandteil der initialen Diagnostik. Beim Vorliegen von Suizidgedanken ist deren Akuität und Eingebundenheit in Persönlichkeit und Biographie des Patienten genau zu ergründen.

Bei psychotherapeutischen Interventionen muss von folgenden Grundüberlegungen hinsichtlich vorliegender Suizidalität ausgegangen werden:

Suizidversuche und Suizidalität basieren meist auf subjektiven Lebensbilanzen, die korrigierbar sind. Viele Suizidversuche enthalten einen Appell an menschliche Bindungen. Zeitlicher Aufschub zur Rückschau auf die aktuelle Lebenssituation muss gemeinsam mit dem Patienten erreicht werden. Therapeuten müssen für den Patienten stellvertretend Hoffnung darstellen können. Jeder Suizidversuch muss ernstgenommen werden. In diesem Sinn umfasst die psychotherapeutische Krisenintervention vor allem die Akzeptanz des ausgedrückten Notsignals sowie das Verständnis von dessen Bedeutung und subjektiver Notwendigkeit. Ferner müssen gescheiterte Bewältigungsversuche sowie das Wiederherstellen wichtiger Beziehungen thematisiert werden. Erst nach dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung kann die Entwicklung alternativer Problemlösungen für die aktuelle Situation und die Zukunft in Angriff genommen werden. Soweit möglich, sollten Angehörige in die Behandlungssituation einbezogen werden.

Besondere Behandlungsgrundsätze gelten für chronisch-suizidale Patienten, deren Befinden oftmals in Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen zu sehen ist, die nicht im Rahmen akuter Kriseninterventionen behandelt werden können.

3.7. Stationäre Einweisung

Im Rahmen der Diagnostik und Psychotherapie depressiver Erkrankungen ergibt sich nicht selten die Notwendigkeit der stationären Klinikeinweisung. Indikationen hierfür bestehen in einer schweren suizidalen Krise, bei differentialdiagnostischen Unklarheiten (somatische oder zusätzliche psychiatrische Erkrankung) sowie bei deutlicher Verschlechterung unter ambulanter Behandlung. Ebenso besteht die Indikation für eine stationäre Behandlung bei sehr ausgeprägter Schwere der Symptomatik (z. B. Antriebshemmung, psychotische Wahrnehmungen), bei weitgehender Unfähigkeit zur Alltagsbewältigung und bei plötzlichem Zusammenbruch des sozialen Netzwerkes. Auch mittelschwere depressive Episoden können eine stationäre Behandlung angezeigt sein lassen, wenn im Umfeld besonders belastende Faktoren vorliegen. Die Dauer der stationären Behandlung orientiert sich an den dort gesetzten Zielen (eher kürzer bei Kriseninterventionen, länger bei schweren und nur langsam remittierenden depressiven Zustandsbildern und ebenfalls länger bei expliziter stationärer Psychotherapie).

3.8. Bipolare affektive Störungen

Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen ist immer in Ergänzung und begleitend zur phasenprophylaktischen Medikation zu sehen. Es liegen inzwischen einige, doch letztlich noch unzureichende Untersuchungen zur Relevanz von Psychotherapie bei diesen depressiven und manischen bzw. hypomanischen Erkrankungen vor (vgl. Meyer & Hautzinger 2000). Bewährte Komponenten einer psychotherapeutischen Zusatzbehandlung sind: Psychoedukation bzgl. der Störung, Training der Wahrnehmung von Frühsymptomen und ersten Krankheitsanzeichen, Umstellung bzw. Anpassung des Lebensrhythmus (Schlaf-Wach-Rhythmus, Alltagsstruktur), kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden, Einbezug der Lebenspartner und der Familie.

3.9. "Minor Depression"

Es ist eine bekannte und inzwischen auch akzeptierte Tatsache, dass leichte oder knapp unter der diagnostischen Schwelle liegende Depressionen in der Bevölkerung häufig und insbesondere in den Hausarztpraxen anzutreffen sind (engl. minor depression). Meist werden diese leichten Störungen nicht erkannt, obgleich das Risiko einer Chronifizierung und der Entwicklung einer ernsthaften Depression groß ist. Depressionen stellen außerdem einen negativen Prädiktor für Behandlungs- und Rehabilitationserfolg körperlicher Erkrankungen dar. Spezielle psychotherapeutische Interventionen liegen inzwischen vor (Hautzinger 2001, Evidenzgrad III).

3.10. Depressive Störungen im höheren Lebensalter

Die Mehrzahl der bislang vorliegenden Therapiestudien bei Depressionen schließen Patienten über 60 bzw. 65 Jahren systematisch aus. Dies gilt für pharmakologische Untersuchungen ebenso wie für Psychotherapiestudien. Nach einer Übersicht (Scogin & McElreath, 1994) speziell zu Studien an älteren depressiven Patienten, muß der Forschungsstand als unzureichend bezeichnet werden. Dennoch liegen inzwischen einige Wirksamkeitsstudien zur kognitiven Verhaltenstherapie, zur Interpersonellen Psychotherapie und zur psychodynamisch orientierten Psychotherapie vor, die zumindest zeigen, dass bei Patienten bis 75 Jahren diese Behandlungen mit Erfolg und Akzeptanz anwendbar sind (Hautzinger 2000, Evidenzgrad III).

4. Psychotherapeutische Verfahren

4.1. Indikation und Differentialindikation, Rolle der medikamentösen Behandlung.

In den meisten Fällen wird die Indikation gerade für psychotherapeutische Verfahren im Moment noch nach dem lokal herrschenden Angebot an therapeutischen Ressourcen gestellt.

Die folgenden Ausführungen zeigen, welche der augenblicklichen Therapieangebote empirisch validiert sind. Eine psychotherapeutische Differentialindikation allein nach Art der Symptomatik und Erkrankung (welches Therapieverfahren hilft welchem Patienten?) ist aufgrund der augenblicklichen Datenlage nicht möglich.

Eine *Kontraindikation* zur psychotherapeutischen Behandlung besteht, wenn Patienten aufgrund der Schwere ihrer Symptome durch psychotherapeutische Interventionen überfordert werden (Verstärkung von Schuldgefühlen!). Letzteres gilt insbesondere für potenziell stärker belastende Behandlungsformen wie Gruppentherapie oder Paar- bzw. Familientherapie, in denen eine Adaptierung des therapeutischen Vorgehens an die Möglichkeiten des Patienten nicht immer vollständig möglich ist. Das Vorliegen leichter bzw. beginnender demenzieller und anderer hirngorganischer Erkrankungen ist keine obligatorische Gegenanzeige, schränkt aber die Wirksamkeit einer Psychotherapie ein.

Bei nicht-psychotischen Depressionen hängt die Indikation für eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung stark von persönlichen Präferenzen sowohl der Patienten als auch der einbezogenen Ärzte bzw. Therapeuten ab. Eine sichere Differentialindikation kann weder zwischen medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung noch zwischen verschiedenen als wirksam anerkannten psychotherapeutischen Ansätzen gestellt werden, da die vorliegenden Daten keine ausreichend valide Grundlage dafür abgeben. Sowohl die psychotherapeutische Behandlung mit Standardverfahren als auch die medikamentöse Behandlung sind wirksam. Die Frage, ob bei schweren Depressionen ohne psychotische Symptome medikamentöse Begleitbehandlung unumgänglich ist, wurde in einer sog. "Megaanalyse" (Metaanalyse unter Verwendung der ursprünglichen Originaldaten) bejaht (Thase et al. 1997), in einer Erwiderung und erneuten "Megaanalyse" (DeRubeis et al. 1999) jedoch verneint. In einer großen deutschen Studie (Hautzinger & deJong-Meyer 1996) konnte keine differentielle Überlegenheit der medikamentösen bzw. der kombinierten Therapie bei schweren Depressionen nachgewiesen werden. Die Behandlungen beziehen sich dabei nicht auf schwere depressive Episoden *mit psychotischen Symptomen oder psychosenahem Zustandsbild* (z.B. depressiver Stupor) entsprechend ICD-10 F 32.2. Hier ist in jedem Fall zunächst eine hinreichend dosierte antidepressive (ggf. auch eine neuroleptische) Medikation indiziert.

In einer großen Kohortenstudie wurde gefunden, dass ein sequenzielles Vorgehen (z. B. Beginn mit Psychotherapie, bei unzureichender Wirksamkeit spätestens nach 6-8-Wochen Ergänzung durch medikamentöse Behandlung) insbesondere bei leichten bis mittelschweren Depressionen dem sofortigen Beginn einer kombinierten Behandlung überlegen ist. (Frank et al. 2000).

4.2. Spezifische Verfahren

Vorbemerkung:

Die überwiegende Zahl der unten angeführten Wirksamkeitsstudien wurde mit relativ kurzen meist manualisierten Therapieprogrammen (16 - 24 Sitzungen) durchgeführt. Dies schränkt ihre Generalisierbarkeit ein. Es gibt aber Hinweise darauf, dass solche nicht naturalistischen Wirksamkeitsnachweise auf klinische Alltagsbedingungen übertragbar sind, wobei dies für jeden Aspekt (Art, Dauer, Therapeutenvariablen) gesondert geprüft werden muss (Shadish et al. 2000).

4.2.1. Kognitive Verhaltenstherapie und Verhaltenstherapie im engeren Sinn

4.2.1.1. Prinzipien

Kognitive Verhaltenstherapie strebt eine Linderung depressiver Zustände durch Veränderung automatischer dysfunktionaler Einstellungen und Gedankenketten an. Es wird davon ausgegangen, dass diese den depressiven Affekt aufrechterhalten. Die Patienten sollen sich dieser automatischen Einstellungen bewusst werden, sie z. T. auch biographisch einordnen und durch neue, funktionale Kognitionen ersetzen. Je stärker eine solche Umstrukturierung von affektiver Beteiligung begleitet wird, desto wirksamer ist sie.

Kognitive Therapien werden oft idealtypisch in Phasen eingeteilt, wobei die ersten Sitzungen der Herstellung einer therapeutischen Beziehung sowie der Information über das Krankheitsbild und das Therapiemodell der kognitiven Therapie beinhaltet. Ferner werden Therapieziele festgelegt und die automatischen dysfunktionalen Gedanken identifiziert. Die mittlere Phase dient der weiteren Identifizierung dysfunktionaler kognitiver Strategien und ihrer ersten Modifizierung. Die letzte Behandlungsphase thematisiert die Beendigung, die Identifikation von Situationen mit hohem "Rückfall-Risiko" sowie das Konsolidieren des Gelernten für die zukünftige "Eigentherapie".

Verhaltenstherapie im engeren Sinn zielt auf den sozialen Rückzug und die Anhedonie und wird häufig ergänzend bzw. zu Beginn einer Therapie eingesetzt. Hier liegt das Ziel im wesentlichen in einer vermehrten Aktivität und in der Förderung von Erfolgserlebnissen in der Bewältigung sozialer Situationen. Die Therapiephasen umfassen hier zunächst eine Aktivitätsanalyse, die dann von Hausaufgaben und Verhaltensverschreibungen in Bezug auf angenehme Aktivitäten sowie auf die Förderung sozialer Fähigkeiten und Durchsetzungskraft gehen. Es gibt Hinweise, dass diese behavioralen Komponenten besonders wichtig für ein gutes Therapieergebnis sind (Jacobson et al. 1996)

4.2.1.2. Wirksamkeit kognitiver und verhaltenstherapeutischer Verfahren

Die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer und verhaltenstherapeutischer Interventionen ist in mehreren Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien nachgewiesen worden (Elkin et al. 1989, Hautzinger & deJong-Meyer 1996, Gloaguen et al. 1998, DeRubeis et al. 1999; Evidenzgrad Ia). Auch für die besondere Gruppe älterer depressiver Patienten liegen metaanalytische Untersuchungen vor, die überwiegend kognitiv-behaviorale Therapien umfassen (Scogin u. McElreath 1994, Evidenzgrad Ia). Gleiches gilt für bipolare affektive Störungen (Meyer & Hautzinger 2000, Evidenzgrad Ib), für die Rückfallprophylaxe (Evidenzgrad Ib) und zur Prävention (Evidenzgrad Ib).

4.2.2. Psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte) und analytische Psychotherapie

4.2.2.1. Prinzipien

Psychodynamische Psychotherapien gehen davon aus, 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 ihrerseits konflikthafter Beziehungsmustern mit nahestehenden Personen und im Moment von Verlust, Versagungs- oder Enttäuschungserlebnissen zum depressiv-hilflosen Zusammenbruch.

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 ggf. verändern zu können (u.a. mittels korrigierender Erfahrungen aber auch durch kognitives Thematisieren ungünstiger Abwehrmechanismen und Beziehungsmuster). Wesentliches Anliegen ist die bessere Meisterung zentraler innerer Konflikte.

Kurze und mittellange psychodynamische Psychotherapien:

Kürzer angelegte psychodynamische Therapie zentrieren auf die Bearbeitung aktueller Konflikte und bearbeiten insbesondere deren Manifestation in den interpersonellen und sozialen Bezügen der Betroffenen. Dies meint insbesondere die Klärung und Konfrontation mit persönlichkeitspezifischen Verarbeitungsmodi der depressiven Vulnerabilität (depressiver Grundkonflikt) und mit den zugehörigen Abwehrmechanismen (z.B. altruistische Verarbeitung, aggressive Hemmung, Selbstbeschuldigung). Zum Einsatz kommen unterstützende Interventionen (Respekt und Akzeptanz, aktives Zuhören, Verständnis und Förderung der Äußerung schwieriger Impulse oder Phantasien, Förderung des Arbeitsbündnisses mit dem Ziel, dem Patienten bei der Überwindung seiner Depression zu helfen, Vermittlung von Hoffnung) aber auch klassische psychoanalytische Interventionen (Klärungen, Konfrontationen und Deutungen). Die Aktualisierung von belastenden auch weiter zurückliegenden Lebensereignissen und deren Reflexion gehört zum festen Bestandteil vieler psychodynamischer aber auch kognitiver Therapien. Allerdings liegen bisher keine wissenschaftlichen Nachweise vor, dass eine Erinnerung *verdrängter* Lebensereignisse therapeutisch wirksam ist.

Aufgrund der besonderen Verletzlichkeit depressiver Patienten im Hinblick auf Verlust und Beziehungsbeendigung wird von Beginn an das Ende der Behandlung thematisiert und insbesondere dann in der letzten Phase der Therapie auf Rückfallrisiken und präventives antidepressives Verhalten zentriert. Im einzelnen gibt es vielfältige Überschneidungen mit Vorgehensweisen kognitiver Therapieverfahren, jedoch legen psychodynamische Therapien einen stärkeren Schwerpunkt auf Affekterleben, Aspekte von Schuld und Scham sowie biographische Aspekte gestörter Eltern-Kind-Beziehungen.

Psychoanalytische Psychotherapien:

Langfristig angelegte psychoanalytische Behandlungen werden im Rahmen der in Deutschland etablierten Richtlinien-Psychotherapie bei einer großen Anzahl von Patienten mit depressiven Erkrankungen durchgeführt. Neben den oben erwähnten Prinzipien der psychodynamischen Therapie spielen die intensive therapeutische Beziehung sowie die in diesem Rahmen auftretenden Konflikte und Übertragungskonstellationen eine besondere Rolle. Auch in psychoanalytischen Therapien kommen langfristige Lernmechanismen zur Wirkung, weshalb die Intensität und längere Dauer dieser Behandlungen einen besonderen Faktor darstellen (korrigierende emotionale Erfahrungen, intensives und wiederholtes "Durcharbeiten" problematischer Interaktionsweisen und Selbstwahrnehmungen). Psychoanalytische Therapien sind indiziert, wenn gravierende überdauernde Persönlichkeitsprobleme (z.B. auch in der Folge lebensgeschichtlicher Traumatisierungen) zur depressiven Erkrankung beitragen. Weiterhin werden sie bei lang andauernden dysthymen Störungen (subdepressive Stimmungslage und erhebliche maladaptive interpersonellen Beziehungen über mindestens 2 Jahre) empfohlen.

4.2.2.2. Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien

U.a. wegen des traditionell weniger strukturierten und auch zeitlich weniger festgelegten Vorgehens und wegen des eher nicht symptom- bzw. diagnosebezogenen Vorgehens existiert nur eine kleinere Anzahl an Wirksamkeitsstudien für psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien (z.B. Crits-Christoph. 1992, Anderson u. Lambert 1995, Evidenzgrad Ia). Eine aktuelle Metaanalyse zum direkten Vergleich von kognitiver und psychodynamischer Therapie findet bei gleichen Rahmenbedingungen und einer mindestens 13stündigen Therapiedauer eine identische Wirksamkeit für beide Verfahren (Leichsenring 2001, Evidenzgrad Ia). Für längere psychodynamische Therapien (>25 Std.) liegen Wirksamkeitsnachweise überwiegend ohne Randomisierung, d.h. in quasi experimentellem Design oder aus naturalistischen Studien vor. Eine größere Studie hat eine unselektierte Stichprobe von neurotisch erkrankten Patienten untersucht, wobei hier depressive Störungen den größten Anteil ausmachten (Blomberg et al. 2001, Evidenzgrad IIb).

4.2.2.3. Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie

Wirksamkeitsnachweise für die psychoanalytische Psychotherapie im eigentlichen Sinne (2-4 Wochenstunden, Liegendbehandlung) wurden verschiedentlich vorgelegt. Die Patienten wiesen dabei meist gemischte Diagnosen auf. Rudolf et al. (1994) konnten z.B. zeigen, dass für Depressivität (neben körpernaher Angst) in Therapien mit 2-3 Wochenstunden (verglichen mit einstündigen Behandlungen) die höchsten Effektstärken erreicht wurden (Evidenzgrad IIb). Es finden sich in einer Studie ebenfalls Hinweise darauf, dass in einer Langzeitkatamnese die psychoanalytischen Therapien deutlich bessere und stabilere Ergebnisse hatten, als die mit insgesamt weniger Sitzungen durchgeführten psychodynamischen Langzeittherapien (Sandell et al. 2001). Randomisierte, kontrollierte Studien sind aufgrund der Setting-Besonderheiten (Dauer, Intensitätsunterschiede) nicht durchführbar. Eine Sammlung von kontrollierten und naturalistischen Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischen Behandlungen haben Fonagy et al. (2002) elektronisch zugänglich gemacht (Evidenzgrad III).

4.2.3. Interpersonelle Therapie

4.2.3.1. Prinzipien

Die interpersonelle Therapie (IPT) wurde in der Tradition früher psychodynamischer Therapieverfahren einerseits und kognitiver Therapien andererseits entwickelt. Sie wird heute noch von manchen Autoren den psychodynamischen Therapien zugeordnet, was wiederum manche Vertreter der Therapie selber in Frage stellen. Grundprinzipien der IPT liegen in einer starken Fokussierung auf das zwischenmenschliche Umfeld der Patienten und seiner Einflüsse auf die depressive Erkrankung. Ausgegangen wird von der Annahme, dass ungünstige zwischenmenschliche Aspekte die depressive Erkrankung ursächlich bedingen oder ihre Folge sind. Die Patienten werden darin bestärkt, ihre Gefühle, insbesondere in Bezug auf Trauer, Verlust oder Veränderung sozialer Rollen, auszudrücken. Ferner werden Hemmungen und Beeinträchtigungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation mit bedeutsamen anderen bearbeitet sowie Problemlösungen in Partnerkonflikten und verbesserte Kommunikationsfähigkeit thematisiert. Zentrales Anliegen ist die Reduzierung der bestehenden sozialen Isolation. Auch die IPT hat ein Phasenmodell entwickelt. In der diagnostischen Anfangsphase werden diejenigen interpersonellen Beziehungsmuster identifiziert, die dann in der mittleren Phase nach Absprache von Therapeut und Patient besonders fokussiert werden. Es geht dabei um depressionstypische Themen wie unbewältigte Trauer, Rollenkonflikte, Rollenübergänge und soziale Isolation. In der Endphase wird der Therapieprozess bilanziert, Fortschritte werden verstärkt und die bevorstehende Beendigung angesprochen. Auftretende Schwierigkeiten werden als Lernmöglichkeiten zur Reduzierung zukünftiger depressiver Vulnerabilität aufgegriffen.

4.2.3.2. Wirksamkeit

Die IPT konnte ihre Wirksamkeit in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien nachweisen (Elkin et al. 1989, Blanco et al. 2001, Evidenzgrad Ia). In einer Vergleichsstudie zeigte sich, dass katamnestic Patienten unter IPT bessere Ergebnisse im Bereich sozialer Kompetenz zeigten und IPT kognitiver Therapie bei schwereren Depressionen überlegen war. Insgesamt waren IPT und kognitive Therapie gleich wirksam (Frank u. Spanier 1995). Auch für die Gruppe der älteren Depressiven liegt inzwischen ein Evidenznachweis vor (Reynolds et al.

1999 - Evidenzgrad Ib).

4.2.4. Andere Therapieverfahren

4.2.4.1. Gesprächspsychotherapie (klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers)

Gesprächspsychotherapie (GT) ist eine nicht-störungsspezifische Therapiemethode, die auch bei der Behandlung depressiver Patienten vielfältig zur Anwendung kommt. Das Störungskonzept der GT nach Rogers stellt das "Inkongruenzerleben" als Ausdruck einer Selbstentwicklungsstörung in den Mittelpunkt. Dies meint die von Menschen erlebte Nichtübereinstimmung der im Bewusstsein repräsentierten Erfahrung mit der Gesamtheit der Erfahrung. Derartige Störungen entstehen demnach u.a. in der Folge des Fehlens von Angenommen- und Wahrgenommensein 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: nicht in das Selbst integrierte (für die Depression typische) Erfahrungen können in der Therapie verarbeitet werden, wenn eine unverzerrte Wahrnehmung dieser Erfahrungen und ihre bedingungsfreie Anerkennung durch den Therapeuten gewährleistet ist. Auch die GT beschreibt ein prozessgeleitetes, phasenorientiertes Vorgehen (Symptom-, Beziehungs-, Problem-/Konflikt- und Abschiedsphase).

Wirksamkeitsnachweise existieren für die Depressionsbehandlung (Beutler et al. 1991, Probst et al. 1992, Evidenzgrad Ib). Hinweise auf die generelle Wirksamkeit der GT (nicht nur bei Depression) finden sich in der Metaanalyse von Grawe et al. (1994). Eine naturalistische Studie zeigt die Wirksamkeit von stationärer GT bei gemischten Störungsbildern (Böhme et al., Evidenzgrad III).

4.2.4.2. Gruppentherapie

Es gibt Hinweise darauf, dass bei depressiven Störungen Gruppentherapie sich in ihrer Wirksamkeit nicht wesentlich von Einzeltherapien unterscheidet (Toseland u. Siporin 1986). In einzelnen Studien ist Gruppenbehandlung der Einzeltherapie sogar überlegen. Allerdings wurden diese Studien nicht unter kontrollierten oder randomisierten Bedingungen durchgeführt, so dass keine Aussagen über die spezifische Indikation oder auch Kontraindikation für Gruppenbehandlungen gemacht werden können. Insbesondere ältere depressive Patienten (vgl. Hautzinger 2000) und leichtere Formen der Depression sind wahrscheinlich gut gruppentherapeutisch behandelbar (Vandervoort u. Fuhrman 1991, Hautzinger 2001 - Evidenzgrad IIa).

4.2.4.3. Paar- und Familientherapie

Die Frage, ob eine beeinträchtigte Partnerbeziehung Ursache oder Folge einer Depression ist, ist nicht generell zu beantworten und im Einzelfall zu betrachten. Ungeachtet dessen spielen Partnerprobleme als ungünstige Einflussfaktoren auf den Verlauf einer Depression eine wesentliche Rolle. Die Einbeziehung eines Partners in die einzelpsychotherapeutische Behandlung von Patienten gilt unabhängig von Paartherapie im eigentlichen Sinn als wichtiger Therapiebestandteil.

Es gibt keine depressionsspezifische Paartherapie, jedoch zeigen Vergleichsstudien, dass insbesondere die eheliche Zufriedenheit durch Paartherapie stärker beeinflusst wird als durch individuelle kognitive Therapie (O'Leary u. Beach 1990, Evidenzgrad IIa). Paartherapie ist nur indiziert, wenn von den Beteiligten auch Partnerprobleme angegeben werden (Jacobson et al. 1990). Eine randomisierte Studie konnte zeigen, dass bei solchen Patienten Paartherapie der medikamentösen Therapie überlegen war und dies bei gleichen Kosten (Leff et al. 2001, Evidenzgrad Ib).

4.2.4.4. Stationäre Psychotherapie

Stationäre Psychotherapie umfasst ein therapieziel-orientiertes, psychosomatisch-psychotherapeutisches Setting in dem verschiedene Grundverfahren (psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Kognitive Therapie, interpersonelle Psychotherapie) im Kontext einer therapeutischen Gemeinschaft und eines geplanten und reflektierten Mehrpersonen-Interaktionsprozesses angewendet werden. Weiterhin werden meist Entspannungstherapie, Familien- oder Paargespräche, Musiktherapie, Gestaltungs- oder Kunsttherapie, Körpertherapie oder konzentrierte Bewegungstherapie sowie Sozialtherapie einbezogen. Stationäre Therapie ist, bis auf einzeln Kliniken (Depressionsstationen), nicht depressionsspezifisch, ein großer Teil der so behandelten Patienten leidet aber an affektiven Erkrankungen. Dies gilt auch für stationäre Therapien in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen. Die Indikation zur stationären Therapie ist gegeben, wenn ambulante Verfahren nicht ausreichen, z. B. im Rahmen akuter krisenhafter Zuspitzungen oder bei schwer chronifizierten Verläufen, bei fehlender ambulanter Behandlungsmöglichkeit sowie bei Umständen, die ärztliche Begleitung erforderlich machen (körperliche Erkrankungen, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten). Ebenso sind stationäre Behandlungen u.U. sinnvoll, wenn ein multimodales (s.o.) und konzentriertes Vorgehen eine besonders rasche günstige Beeinflussung der depressiven Erkrankung erwarten lässt. Stationäre Behandlung wurde in naturalistischen, nicht-kontrollierten Studien häufig untersucht und zeigt gute Wirksamkeit (Franz et al. 2000, Evidenzgrad III). In der Vergleichsstudie von Hautzinger und deJong-Meyer (1996) wurde u.a. kognitive Verhaltenstherapie bei Depressiven unter stationären Bedingungen kontrolliert untersucht. Dabei zeigte sich, dass der Schweregrad der Depression mit den stationären Versorgung konfundiert ist. Dennoch erwies sich die

Psychotherapie der Pharmakotherapie unter diesen Bedingungen als ebenbürtig.

5. Ergänzende Empfehlungen

5.1. Behandlungsdauer

Wirksamkeitsstudien zur Psychotherapie der Depression haben üblicherweise einen Umfang von ca. 20 Stunden. Katamnesestudien zeigen, dass für eine große Gruppe der behandelten Patienten diese Dauer nicht ausreicht (Shea et al. 1992). Eine große retrospektive Studien hat bessere Erfolge für längere Behandlungen (ca. 2 Jahre) gezeigt (Seligman 1995).

Für chronische depressive Entwicklungen und Dysthymien müssen längere Behandlungszeiträume angesetzt werden (vgl. a. Blomberg et al. 2001, Thase et al. 1994). Bei Dysthymien wurden außerdem Ergebnisverbesserungen durch kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen erreicht (Keller et al. 2000, Evidenzgrad Ib).

Eindeutige Kriterien für die Behandlungsdauer sind angesichts der komplexen Ätiologie und der vielfältigen Interaktionen der Erkrankung mit körperlichen, innerpsychischen und sozialen Faktoren bisher nicht verlässlich entwickelt worden. Kriterien für die Verkürzung oder Verlängerung einer Therapie ergeben sich zudem oftmals erst im Rahmen des therapeutischen Prozesses. Die Bedingungen der Kassenfinanzierung im Rahmen der deutschen Richtlinien-Psychotherapie tragen den komplexen Verhältnissen angemessen Rechnung.

5.2. Erfolgsstabilisierung, Rückfallverhinderung und Prävention

Depressionen weisen eine hohe Rückfallneigung auf. Jede Psychotherapie muss Patienten auf dieses Risiko vorbereiten. Studien zeigen, dass längerfristig (bis zu 3 Jahren) der besondere Vorteil von Psychotherapie darin besteht, dass die erzielten Erfolge stabiler als unter Pharmakotherapie sind. Psychotherapie lässt sich jedoch auch nach Symptomremission, z.B. aufgrund eines stationären oder medikamentösen Behandlung, erfolgreich zur Verhinderung von Rückfällen einsetzen. Erwiesen ist hier die Wirksamkeit für Interpersonelle Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie. "Erhaltungstherapien", d. h. die Weiterführung therapeutischer Sitzungen in niedriger Frequenz (Maintenance Therapy) über einen Zeitraum von 8 - 12 Monaten nach Ende der eigentlichen Therapie konnten Rückfallraten deutlich reduzieren (Frank et al. 1990, 1991, Jarett et al. 1999, Jarett et al. 2001 - Evidenzgrad Ib). Gesicherte Hinweise darauf, welche Patienten von Erhaltungstherapie profitieren, gibt es nicht. Ebenso fehlen im Moment generelle Empfehlungen über Länge und Frequenz einer solchen Fortführung.

Populationen mit einem erhöhten Depressionsrisiko (z.B. ältere Menschen, Kinder von depressiven Eltern) können durch frühzeitige Psychotherapie erreicht und das Erkrankungsrisiko dadurch vermindert werden (vgl. Clarke et al., 2001).

6. Typische Behandlungsfehler

Das zentrale Problem bei depressiven Erkrankungen ist das Nichterkennen. Weiterhin werden insbesondere im primärärztlichen oder somatischen Bereich depressive Symptome oftmals bagatellisiert oder mit gut gemeinten Ratschlägen beantwortet, ohne dass die Realisierbarkeit der Ratschläge verfolgt und detailliert geprüft wird. Der besonderen Hilflosigkeit, die der Kontakt mit depressiven Patienten auslösen kann, wird oftmals von Therapeuten und Ärzten mit folgenden problematischen Interaktionen begegnet:

Drängen auf rasche Besserung der depressiven Symptome (Folge: erhöhter Gewissensdruck bei Patienten, Verschweigen von Suizidalität u.a.); Suggestion "positiver Sichtweisen" ohne Berücksichtigung der subjektiven Möglichkeiten der Patienten; Deutung und Spiegelung von Aggressivität (Folge: Mobilisierung von Autoaggressivität und Schuldgefühlen); Suche nach auslösenden Ereignissen und problematischen biographischen Konstellationen ohne Anpassung an Befinden und Möglichkeiten der Patienten (Evidenzgrad IV).

Als Fehler ist auch die Nichtverordnung einer antidepressiven oder sedierenden Medikation anzusehen, wenn diese indiziert ist (s.o.).

7. Zukünftige Forschungsaufgaben

Zukünftig zu untersuchende Fragen betreffen unter anderem weiterführend die Notwendigkeit und therapeutische Bedeutung des Einsatzes von Psychopharmaka in Abhängigkeit von bestimmten Symptommustern (Subgruppenbildung !), ferner die Frage der nötigen Länge bzw. Frequenz einer Psychotherapie, ebenfalls in Anhängigkeit von Symptomatik und Ansprechbarkeit auf Psychotherapie sowie Art und Dauer von Maßnahmen

zur Verhinderung von Rückfällen. Hierzu sind sorgfältige und langfristig geplante prospektive Studien und Langzeit-Katamnesen nötig, die neben der traditionellen Ergebnisforschung (Prä-Post-Katamnese) auch therapiebegleitende Prozessforschungsansätze anwenden sollten.

Ferner besteht Forschungsbedarf bei der Anwendung psychotherapeutischer Interventionen auf bipolare affektive Störungen, auf klar phasisch verlaufende, deutlich somatische Depressionen (was früher als endogene Depression galt).

In keiner der vorgestellten Therapieverfahren liegen bisher ausreichend Studien vor, die besonders wirksame Einzelkomponenten des jeweiligen Vorgehens aufzeigen (sog. "dismanteling studies"). Ursachen für Therapieresistenz chronischer Depressionen sind ebenso wie die Zusammenhänge von Depression und unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen weiter aufzuklären. Ebenso sind in vielen Bereichen noch Untersuchungen zum Zusammenhang von Depressionen und körperlichen Erkrankungen und vor allem deren psychotherapeutischer Beeinflussung vonnöten.

Literatur:

Allgemeine Aspekte

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1996.
- Beutel ME (2002) Der frühe Verlust eines Kindes. Bewältigung und Hilfe bei Fehl-, Totgeburt und plötzlichem Kindstod. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Bronisch T (Hrsg.) Psychotherapie der Suizidalität. Stuttgart: Thieme 2002
- Hautzinger M (2000) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (5.Aufl.). PVU/Beltz, Weinheim
- Hautzinger M (2000) Depression im Alter. PVU/Beltz, Weinheim
- Hoffmann N, Schauenburg H (Hrsg.) Psychotherapie der Depression. Stuttgart: Thieme, 2000
- Schramm E (Hrsg.): Interpersonelle Psychotherapie nach Klerman und Weissman. Stuttgart: Schattauer, 1998.
- Seligman M (1995) The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychologist* 50, 965-974
- Shadish WR, Matt GE, Navarro AM, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychol Bull* 126(4), 512-29
- Shea MT, Elkin I, Amber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT, Parloff MB (1992) Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiat*; 49, 782-7

Wirksamkeit: Kognitive und Verhaltenstherapie

- 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 Psychiat* 46, 971-82.
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD (1999) Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: metaanalysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 156, 1007-13
- Gloaguen V, Cottraux X, Cucherat M, Blackburn IM (1998) A metaanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 49, 59-72
- Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince SE (1996) A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 64 (2), 295-304
- Hautzinger, M., deJong-Meyer, R. (1996) Depression (Themenheft). *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 25, 79-160.
- Scogin F, McElreath L (1994) Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 62, 69-74
- Thase ME, Simons AD, Cahalane J, McGeary J, Harden T (1991) Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiat* 48, 784-89
- 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 Combination. *Arch Gen Psychiat* 54, 1009-1015.

Wirksamkeit: Psychodynamische Therapie

- Anderson EM, Lambert MJ (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15, 503-14
- Blomberg J, Lazar A, Sandell R (2001) Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Study. *Psychotherapy Research* 11(4), 361-382
- Crits-Christoph P (1992) The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149, 151-158
- 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), 401-19

Wirksamkeit: Psychoanalytische Therapien

- Rudolf G, Manz R, Öri C (1994) Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Z Psychosom Med Psychother* 40, 25-40
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche* 55, 270-310
- Fonagy P, Clarkin J, Gerber A, Kächele H, Krause R, Jones ER, Perron R, Allison E (2002) An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Elektronische Publikation: <http://www.ipa.org.uk/research/R-outcome.htm>

Wirksamkeit: Interpersonelle Therapie

- Blanco C, Lipsitz J, Caligor E (2001) Treatment of chronic depression with a 12-week program of interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiat* 158, 371-375
- 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 Psychiat* 46, 971-82.
- Frank E, Spanier C (1995) Interpersonal psychotherapy for depression: Overview, clinical efficacy, and future directions. *Clin Psychol Sci Pract* 2, 349-69

Wirksamkeit Gesprächspsychotherapie (klientenzentrierte Psychotherapie nach Rogers)

- Beutler LE, Engle D, Mohr D, Daldrop RJ, Bergan J, Meredith K, Merry W (1991) Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *J Consult Clin Psychol* 59, 333-340
- Propst RL, Ostrom R, Watkins P, Dean T, Mashburn D (1992) Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol* 60, 94-103
- Grawe K, Donati R, Bernauer F, Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe 1994

Wirksamkeit: Gruppentherapie

- Hautzinger M (2000) Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Alter. *Psychotherapie* 5, 122-130.
- Hautzinger M (2001) Psychotherapie bei Minor Depression. *Psycho* 27, 82-86
- Vandervoort DJ, Fuhrman A (1991) The efficacy of group therapy for depression: a review of the literature. *Small Group Res* 22, 320-38
- Toseland RW, Siporin M (1986) When to recommend group treatment: a review of the clinical and research literature. *Int J Group Psychother* 36, 171-201

Wirksamkeit: Paartherapie

- O'Leary KD, Beach SR (1990) Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 147, 183-6
- Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmalings KB, Salsky S (1990) Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 59, 547-57
- Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E et al. (2001) The London depression intervention trial. Randomised control trial of antidepressant vs. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 177, 95-100

Wirksamkeit: Depressionen im Alter

- Hautzinger M (2000) Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Alter. *Psychotherapie* 5, 122-130.
- Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumada S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ (1999) Nortriptyline and Interpersonal Psychotherapy as Maintenance Therapies for Recurrent Major Depression. A Randomized Controlled Trial in Patients Older than 59 Years. *JAMA*, 281, 39-45.

Wirksamkeit: Stationäre Psychotherapie

- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Woller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G (2000) Effekte stationärer psychoanalytische orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother*;46 (3), 242-258
- Böhme H, Finke J, Teusch L (1998) Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katmanese. *PPMP Psychother Psychosom med Psychol* 48, 20-29

Wirksamkeit: Therapie bei chronifizierter Depression

- Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Simons AD, McGeary J, Fasiczka AL et al. (1994) Depressed women and men respond

similarly to cognitive behavior therapy ? Am J Psychiat 151, 500-5

- Keller MB, Cullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. (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, 1462-70
- Frank E, Grochocinski VJ, Spanier CA, Buysse DJ, Cherry CR, Houck PR, Stapf DM, Kupfer DJ (2000) Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of a sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. J Clin Psychiatry 61(1), 51-7.

Wirksamkeit: Erfolgsstabilisierung, Rückfallverhinderung und Prävention

- Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, Polen M, Gale J, Beardslee W, O'Connor E, Seely J (2001) A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Arch Gen Psychiat 58, 1127-1134.
- Frank E, Kupfer D, Perel J, Cornes C, Jarret D, Mallinger A, Thase M, McEachran A, Grochocinski V (1990) Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiat 47, 1093-1099.
- 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 Psychiat 48, 1053-1059.
- Jarett RB, Basco MR, Risser R, Ramanan J, Marwill M, Kraft D et al. (1999) Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients. J Consult Clin Psychol 66, 1036-1040
- Jarett, R.B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B.M., Eaves, G.G., Silver, P.C. (2001) Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase. A randomized clinical trial. Arch Gen Psychiat 58, 381-388.

Wirksamkeit: Bipolare affektive Störungen

- Meyer, T.D., Hautzinger, M. (2000) Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen - Ein Überblick über den Stand der Forschung. Verhaltenstherapie 10, 177-186.

Verfahren zur Konsensbildung:

Die vorliegenden Leitlinien stellen den Stand des Wissens zum Zeitpunkt April 2002 dar. Es ist vorgesehen sie kontinuierlich zu überprüfen und zu erweitern sowie Rückmeldungen und Kritik (zu richten an den Federführenden, Prof. Dr. H. Schauenburg, [e-mail: hschaue@gwdg.de](mailto:hschaue@gwdg.de)) einzuarbeiten. Die nächste Überarbeitung erfolgt zum Frühjahr 2004.

Mitarbeiter der Arbeitsgruppe:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Beutel Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Gießen Friedrichstr. 33 35392 Gießen	Prof. Dr. med. U. Rüger Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Göttingen Von-Siebold Str. 5 37075 Göttingen
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Th. Bronisch Klinisches Institut Max-Planck.Inst. für Psychiatrie Kraepelinstr. 10 80804 München	Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Göttingen Von-Siebold Str. 5 37075 Göttingen
Prof. Dr. Dipl.-Psych. M. Hautzinger Psychologisches Institut Universität Tübingen Reutlinger Str. 12 72072 Tübingen	Prof. Dr. med. H. Schauenburg Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Göttingen Von-Siebold Str. 5 37075 Göttingen
Prof. Dr. Dipl.-Psych. F. Leichsenring Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Göttingen Von-Siebold Str. 5 37075 Göttingen	Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nördring 2 95445 Bayreuth

Prof. Dr. med. Chr. Reimer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Universität Gießen Friedrichstr. 33 35392 Gießen	
--	--

Redaktion:

Arbeitsgruppe Leitlinien zur Psychotherapie der Depressionen:

Federführung:

Prof. Dr. med. H. Schauenburg (Göttingen)

Moderation:

Prof. Dr. med. C. Reimer (Gießen), Prof. Dr. med. U. Rüger (Göttingen)

Expertenkomitee:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. Beutel (Gießen)
Prof. Dr. med. T. Bronisch (München)
Prof. Dr. Dipl.-Psych. M. Hautzinger (Tübingen)
Prof. Dr. Dipl.-Psych. F. Leichsenring (Göttingen)
Dr. med. Dipl.-Psych. Isa Sammet (Göttingen)
Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf (Bayreuth)

Erstellungsdatum:

April 2002

Letzte Überarbeitung:**Überprüfung geplant:**

Frühjahr 2004

Zurück zum [Index Leitlinien der Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: April 2002

©: Dt. Ges. f. Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Dt. Ges. f. Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Dt. Kollegium f. Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgem. Ärztliche Ges. f. Psychotherapie (AÄGP)

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 22.10.2002 11:58:18