

# Zunehmende Evidenz für die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien bei Depressionen<sup>1</sup>

Dekker, J. J. M., Hendriksen, M., Kool, S., Bakker, L., Driessen, E., De Jonghe, F., de Maat S, Peen J & Van, H. L.

Im Vergleich zu kognitiv-behavioraler (CBT) und interpersonaler Therapie, ist die psychodynamische Therapie (PT) die am wenigsten untersuchte Methode bei der Behandlung von Depressionen. Dieser Artikel soll die Ergebnisse von fünf randomisierten, klinischen Untersuchungen der *short psychodynamic supportive psychotherapy* (SPSP), die über die letzten 25 Jahre in Amsterdam durchgeführt wurden, darstellen, um Antwort auf die Frage zu geben, welche Rolle die SPSP bei der Behandlung von Depressionen spielen kann. Die beteiligten Forscher schlussfolgern, dass es gerechtfertigt ist, SPSP als eine empirisch gesicherte Therapieform der PT bei Depressionen zu qualifizieren. Insbesondere zeigt sich, dass eine zusätzlich zur Pharmakotherapie durchgeführte SPSP bessere Ergebnisse erzielt als eine reine Pharmakotherapie. Der Einsatz von Medikation zur Unterstützung der SPSP erhöht deren Wert ebenfalls signifikant, jedoch geringer als bei erstgenanntem Vergleich. Weiterhin bestätigen die Ergebnisse, dass es keinen Unterschied in der Wirksamkeit von CBT und SPSP gibt.

## Einleitung

Depression ist eine der weltweit meist verbreiteten mentalen Störungen. Die Prävalenz über die Lebenszeit reicht von 15% bis 20% (Kessler et al., 1994). Depression wird zurzeit auf verschiedene Weisen behandelt. Es ist gesichert, dass psychologische Interventionen eine wirksame Behandlungsart sind. In den vergangenen Dekaden wurde eine große Anzahl von Studien durchgeführt, in denen die Effekte psychologischer Behandlung auf Depressionen untersucht wurden. Diese Studien zeigen deutlich, dass die psychologische Behandlung sich sehr positiv auf Symptomreduktion und verbessertes Wohlbefinden auswirkt (Cuijpers, van Straten, Warmerdam & Andersson, 2008). Die am häufigsten untersuchte psychologische Behandlung bei Depressionen ist wohl die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT), gefolgt von der interpersonalen Therapie. Die *short term psychodynamic supportive psychotherapy* (PT) ist wahrscheinlich die am wenigsten untersuchte Methode dieser drei Therapieformen.

Die Wirksamkeit von PT bei Depressionen war Gegenstand von drei Metaanalysen. Die erste Metaanalyse (Leichsenring, 2001) bestand aus sechs PT und CBT vergleichenden Studien und zeigte, dass beide Therapieformen gleich wirksam bei der Behandlung von Depressionen waren. Laut Autor sollte das Ergebnis wegen der geringen Anzahl der berücksichtigten Studien jedoch als vorläufig angesehen werden. Die zweite Metaanalyse (Churchill et al., 2001) verglich PT mit CBT, wobei die Patienten der CBT-Gruppe mit größerer Wahrscheinlichkeit als die der PT-Gruppe gesund wurden. Bezüglich Posttreatment-Symptomen, Symptomreduktion und *drop-out* Rate unterschieden sich die Gruppen jedoch nicht. Die dritte Metaanalyse unserer eigenen Forschungsgruppe (Driessen et al.,

---

<sup>1</sup> Dekker, J. J. M., Hendriksen, M., Kool, S., Bakker, L., Driessen, E., De Jonghe, F., . . . Van, H. L. (2014). Growing evidence for psychodynamic therapy for depression. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 131-155. Übersetzt von J. Gresky & T. Raimon, International Psychoanalytic University Berlin

2007) war die extensivste dieser Analysen und umfasst deutlich mehr Studien als die anderen beiden. Sie beschreibt 23 Studien, die insgesamt 1365 Versuchspersonen umfassen (713 in PT, 551 in den alternativen Psychotherapien, 101 in Kontrollgruppen). In dieser letzten Metaanalyse erwies sich die PT als effektive Behandlungsform von Depressionen bei Erwachsenen. Die *pre-* und *posttreatment-*Effekte waren durchgängig groß und zeigten eine signifikante Minderung depressiver Symptome durch die PT an. Diese Minderungen blieben konstant bei den Nachfolgeuntersuchungen nach sowohl drei, sechs und zwölf Monaten. Bei der Nachfolgeuntersuchung nach drei Monaten waren noch keine signifikanten Unterschiede zwischen PT und anderen Therapieformen ersichtlich, aber ein nichtsignifikanter Trend zeigte einen eventuellen, kleinen Vorteil für die alternativen Therapien bei der Nachfolgeuntersuchung nach einem Jahr an. Die Autoren der letzten Metaanalyse schlossen, dass PT eine starke und anhaltende Verminderung des Depressionsniveaus herbeiführt, dass die Wirksamkeit besser als die Ergebnisse der Kontrollgruppen war und dass PT als empirisch bestätigte Behandlungsmethode für Depressionen gelten kann.

In den 1970ern und 80ern wurden verschiedene Arten von Kurzzeit-PT von Malan (1963), Mann (1973), Sifneos (1979), Davanloo (1980), Luborsky (1984), Strupp und Binder (1984) und Pollack und Horner (1985) entwickelt (alle auf psychoanalytischen Modellen basierend). Die jüngste und meistuntersuchte Variante in der Familie der psychodynamischen Behandlungen ist die *short psychodynamic supportive psychotherapy* (SPSP), entwickelt in den frühen 1990ern von De Jonghe (De Jonghe, Rijnierse, & Janssen, 1994; De Jonghe et al., 2013) als eine strukturierte Behandlung für depressive Patienten in ambulanter Behandlung. SPSP ist eine individuelle *face-to-face* Psychotherapie, die 16 Sitzungen in sechs Monaten (acht wöchentliche, acht zweiwöchentliche Sessions) umfasst. Der Fokus liegt hier auf supportiven Techniken, die Regression entgegenwirken und psychologisches Wachstum unterstützen sollen. Das primäre Ziel von SPSP ist Depressionen zu heilen. Das zweitwichtigste Ziel ist die Vulnerabilität der Patienten bezüglich Depressionen zu vermindern. Für eine ausführliche Beschreibung der Theorie und Methode verweisen wir auf den jüngsten Artikel von De Jonghe et al. (2013).

Bis heute wurde die Wirksamkeit von SPSP von einer einzigen Forschungsgruppe untersucht, die fünf randomisierte klinische Studien in ähnlichen, aber unterschiedlichen Populationen mit identischen Designs (z.B. gleiche Messinstrumente und Zeitperioden) durchführten, wobei jede Studie ungefähr über vier Jahre andauerte. In diesem Artikel werden wir die Ergebnisse der letzten 25 Jahre darstellen.

## **Methoden**

### **Ziele der fünf RCTs**

Zu Beginn unseres Studienprojekts lag unser Interesse beim inkrementellen Wert von SPSP in Kombination mit Pharmakotherapie. Die zweite Studie verglich die Wirksamkeit von zwei Versionen der kombinierten Therapie, eine mit acht Sessions und eine mit 16 Sessions SPSP. Die dritte Studie beurteilte die relative Wirksamkeit der kombinierten Therapie und alleiniger SPSP. Die vierte Studie untersuchte jeweils SPSP und Pharmakotherapie als alleinige Behandlungsarten. In der letzten Studie wird SPSP mit einer bereits empirisch gesicherten Therapie verglichen, nämlich CBT. In Tab. 1 sind die Vergleiche aller Studien aufgelistet.

Die vierte Studie begann mit einer randomisierten klinischen Studie über acht Wochen als direktem Vergleich zwischen Antidepressiva und SPSP. Nach acht Wochen wurde allen Patienten, die eine Symptomminderung von weniger als 30% erreicht hatten, angeboten, eine kombinierte Therapie für zusätzliche 16 Wochen zu machen. Patienten, bei denen Antidepressiva keine Wirkung zeigten,

wurde somit eine komplementäre psychodynamisch-supportive Psychotherapie angeboten, bzw. den nicht auf die Therapie ansprechenden Patienten komplementäre Behandlung mit Antidepressiva. In der fünften Studie bekamen die Patienten, die zu Beginn der Behandlung schwere depressive Symptome (Hamilton Depression Rating Scale-Wert größer als 24) zeigten, zusätzlich Antidepressiva zur Therapie.

Die erste Studie begann im Juli 1993 und dauerte bis 1995 an. Die zweite begann im August 1995 und hatte eine Zeitspanne von drei Jahren, endete also im September 1998. Die dritte Studie wurde von April 1997 bis Juni 2002 durchgeführt. Die vierte begann im Juli 2002 und endete im November 2005. Die fünfte dauerte von 2006 bis 2009. Alle Studien wurden in verschiedenen ambulanten Kliniken in Amsterdam durchgeführt.

**Tabelle 1**

Vergleiche der Untersuchungen

Experimenteller Arm			Kontrollierter Arm
Erste Studie	SPSP 16 Sitzungen mit Pharmakotherapie	versus	Pharmakotherapie
Zweite Studie	SPSP 16 Sitzungen mit Pharmakotherapie	versus	SPSP 8 Sitzungen mit Pharmakotherapie
Dritte Studie	SPSP 16 Sitzungen mit Pharmakotherapie	versus	SPSP 16 Sitzungen
Vierte Studie	SPSP 16 Sitzungen	versus	Pharmakotherapie
Fünfte Studie	SPSP 16 Sitzungen	versus	CBT 16 Sitzungen

SPSP = Short Psychodynamic Supportive Therapy; CBT = Cognitive Behavioral Therapy

**Stichproben**

*Inklusion.* Die Stichproben der fünf randomisierten, kontrollierten Studien bestanden aus neuen, nacheinander registrierten depressiven Patienten an drei ambulanten Kliniken der Mental Health Institution Arkin in Amsterdam. Die Patienten wurden von Allgemeinmedizinern eingewiesen. Zusätzlich zur schriftlichen Zustimmung wurden folgende Inklusionskriterien angewandt: Alter zwischen 18 und 65 Jahren und eine durch DSM-III-R (American Psychiatric Association [APA], 1980) oder DSM-IV (APA, 1994) definierte *Major Depression* mit oder ohne Dysthymie. Die DSM-Diagnose wurde mittels eines semistrukturierten Interviews gestellt (Huyser, De Jonghe, Sno, & Schalken, 1996). Ein weiteres Kriterium war eine bestimmte Punktzahl auf der Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D; Hamilton, 1967). Tab. 2 zeigt die Inklusionskriterien und mittleren HAM-D-Werte aller Patienten an der *base line*.

In der dritten und vierten Studie (De Jonghe et al., 2004; Dekker et al., 2008; Van, Dekker, et al., 2009) wurden Patienten mit schwerer Depression (HAM-D-Wert über 26) ausgeschlossen, weil es als

unethisch angesehen wurde, diesen Patienten Medikation zu verweigern und nur Psychotherapie anzubieten.

*Exklusion.* Die Exklusionskriterien beinhalteten das Vorliegen einer der folgenden Bedingungen: psychoorganische Störungen, Drogenmissbrauch, psychotische und/oder dissoziative Störungen, mangelnde Verlässlichkeit, um an einer klinischen Studie teilzunehmen (z.B. „doctor shopping“), ernsthafte Kommunikationsprobleme (z.B. Sprachbarriere), physische Einschränkungen (z.B. wenn der Patient vorhat, das Land zu verlassen), „zu krank“ und/oder „zu suizidal“ zu sein (z.B. wenn Hospitalisation unvermeidbar ist), Schwangerschaft oder der Wunsch danach. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurden nicht ausgeschlossen.

Exklusionskriterien mit Bezug zur Medikation: Eine Gegenanzeige für eine der vom Pharmakotherapieprotokoll verschriebenen Antidepressiva, ein bereits erfolgte, angemessene Behandlung mit Antidepressiva während der aktuellen depressiven Episode, sowie Gebrauch psychotroper Medikamente, die nicht durch das Protokoll verschrieben wurden. Die Inklusions- und Exklusionskriterien entsprechen dem gebräuchlichen Standard der klinischen Pharmakotherapie.

**Tabelle 2**

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) Inklusionskriterien und mittlere Baseline HAM-D Werte an der *base line* aller Studien

	Schwere der Depression	HAM-D Inklusionskriterium an der <i>base line</i>
Erste Studie	Leicht, moderat und schwer	$\geq 14$
Zweite Studie	Leicht, moderat und schwer	$\geq 14$
Dritte Studie	Leicht und moderat	$> 11$ und $< 25$
Vierte Studie	Leicht und moderat	$> 11$ und $< 27$
Fünfte Studie	Leicht, moderat und schwer	$\geq 14$

### Teilnehmerfluktuation

In den folgenden Absätzen, Tabellen und Abbildungen werden wir die wichtigsten Ergebnisse der Studien diskutieren. Im zweiten Teil dieses Artikels wird die Zweitanalyse der Studien beschrieben und die Therapieergebnisse der ursprünglichen und nicht-ursprünglichen Patienten des SPSP-Teils der fünften Studie präsentiert. Tab. 3 zeigt die Teilnehmerfluktuation der fünf Studien.

**Tabelle 3**

Teilnehmerfluktuation in den fünf Originalstudien

	Studie 1	Studie 2	Studie 3	Studie 4	Studie 5
In die Auswahl aufgenommen	525	824	463	612	570
Exkludiert	358	616	360	471	229
Inklusionskriterien nicht erfüllt	113	158	80	132	133

Inklusionskriterien erfüllt	213	433	251	276	437
Abgelehnt	32	25	29	63	73
Randomisiert	167	208	103	141	341

### Randomisierung

Alle Patienten wurden in den Untersuchungen mittels eines Zufallsverfahrens zu einer der Behandlungsarten zugeteilt. Teilnehmern der vierten Studie von Dekker et al. (2008), die es ablehnten am randomisierten Zuteilungsverfahren teilzunehmen, wurde angeboten, ihre bevorzugte Behandlungsart zu wählen (Psychotherapie oder Pharmakotherapie). Die Ergebnisse dieser Gruppe (größtenteils Psychotherapiepatienten) wurden beschrieben von Van, Dekker et al. (2009).

### Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy

SPSP (siehe auch Driessen et al., 2007) wurde entwickelt als eine Behandlungsform für depressive Ambulanzpatienten in den frühen 1990ern von De Jonghe et al. (2013). SPSP gründet auf sechs psychoanalytischen Theorien (beschrieben bei De Jonghe et al., 2013). Zusammen postulieren diese Theorien sechs angeborene, basale, soziale Bedürfnisse: Sexualität, Aggression, das Bedürfnis nach Beziehungen und das Bedürfnis, geschützt, geliebt und anerkannt zu werden. Falls diese Bedürfnisse in der frühen Kindheit nicht angemessen befriedigt werden, bestehen sie im Erwachsenenalter fort als andauernde negative Aspekte der inneren Beziehungen und dienen als Muster für neue externe und interne Beziehungen. SPSP sieht die Befriedigung dieser Bedürfnisse als besonders relevant bei der Behandlung depressiver Patienten an. Die therapeutische Handlung von SPSP besteht im Erleben „relationaler Dissonanz“ oder der Reibung zweier widersprüchlicher Beziehungen in der therapeutischen Situation. Ersteres wird von Mustern früherer Beziehungen bestimmt, Zweiteres von der aktuellen Beziehung zum Therapeuten, in welcher der Patient die angemessene Befriedigung der vernachlässigten frühkindlichen Bedürfnisse erfährt. Diese Gratifikation der unbefriedigten Entwicklungsbedürfnisse ist die psychoanalytische Definition von Unterstützung („support“), die als ein wichtiger Heilungsfaktor in SPSP gilt (De Jonghe et al., 2013).

Im Allgemeinen können psychoanalytisch orientierte Psychotherapien auf einem supportiv-explorativen Kontinuum eingeordnet werden. SPSP würde dann auf der supportiven Hälfte dieses Kontinuums liegen. PTs liegen auf der explorativen Hälfte und betonen die Interpretation von Übertragung. SPSP erkennt die Existenz von Übertragung an, interpretiert sie jedoch nicht. Eine Besonderheit von SPSP ist die Unterscheidung von verschiedenen Diskursebenen innerhalb der Diskussion des Problemgegenstands. Ebene 1, 2 und 3 fokussieren fortschreitend die physischen und psychischen Symptome und Beschwerden des Patienten, den Einfluss von Lebensumständen und externen interpersonalen Beziehungen auf die depressiven Symptome. Bei der vierten und fünften Ebene verschiebt sich der Fokus auf ein oder mehrere Beziehungsmuster im Leben des Patienten bzw. die Lebenseinstellung. Die sechste Ebene betrifft die vergangenen Beziehungen des Patienten, die sich auf den aktuellen Zustand auswirken und die siebte bezieht sich auf die interpersonale Beziehung, die der Patient als Konsequenz dieser vergangenen Beziehungen mit sich selbst führt. Bei der achten und neunten Ebene liegt der Fokus darauf, wie sich die in Ebene 4-7 aufgetretenen Probleme in der Beziehung zum Therapeuten manifestieren. Die Diskursebenen können über den Behandlungsverlauf beträchtlich variieren (De Jonghe et al., 2013).

Wie schon erwähnt wird *support* in SPSP als wichtigster Heilungsfaktor angesehen, wobei Unterstützung, die zu Progression und reiferem Verhalten führt, als adäquat, Unterstützung, die zu Regression führt, als inadäquat angesehen wird. Der Therapeut zeigt explizit eine unterstützende Grundhaltung: er ist empathisch, akzeptierend, verbindlich, aktiv, flexibel, klar, definitiv, geduldig und hartnäckig. Zusätzlich wendet der Therapeut systematisch supportive Techniken an, wie Reduzierung von Schuldgefühlen, Scham und Isolation, Klärung, Konfrontierung, Rationalisierung, Verbesserung des Selbstbewusstseins, Anweisung, Modellierung. SPSP, wie bei De Jonghe et al. (2013) beschrieben, stellt das Behandlungsprotokoll der vorliegenden Studie dar. Nach diesem Protokoll besteht SPSP aus drei Behandlungsphasen. In der Startphase geht es um die depressiven Beschwerden und ihren interpersonalen Kontext: es wird Psychoedukation über depressive Störungen angewandt; Behandlungsziele werden beschlossen; ein Behandlungsangebot wird gemacht. Die zweite Phase ist der Arbeit an den Behandlungszielen gewidmet, die sich gewöhnlich zu einem der vier interpersonalen Problembereiche zuordnen lassen: Trauer, Konflikt, Rollentransformation oder Isolation. Der Problembereich wird gemäß den verschiedenen Diskursebenen diskutiert. Wenn möglich, wird eine Verbindung zwischen den Problemen dieses Bereichs und den internalen Beziehungen (Ebene 3 und höher) hergestellt. Die Patienten werden ermutigt, ihre Emotionen zu erfahren und zu reflektieren. Zusätzlich werden sie ermutigt ihr Verhalten und ihre Kognitionen zu ändern und die Konsequenzen dessen zu diskutieren. In der finalen Phase geht es um das Behandlungsende, inklusive jeglicher Trauer, die sich zum Ende einstellt. Die Behandlungsziele, sowie die Wahrnehmung des Behandlungsprozesses durch den Patienten, werden evaluiert. Zusätzlich wird eine Prognose erwogen und die Aufmerksamkeit auf die Bekräftigung der Unabhängigkeit und Problemlösefähigkeit des Patienten gelenkt.

In allen Studien erhielten die Patienten 16 Sitzungen SPSP nach Manual (De Jonghe et al., 2013), eine Art zeitlich begrenzter, dynamischer Psychotherapie, während einer Zeitspanne von sechs Monaten. SPSP betont die affektiven, behavioralen und kognitiven Aspekte von Beziehungen, die aus sowohl interpersonaler als auch intrapersonaler Perspektive diskutiert werden können. Abhängig vom Fokus der Therapie und den Kapazitäten des Patienten, sind die Interventionen des Therapeuten hauptsächlich auf ein Bereitstellen von Unterstützung gerichtet (z.B. Ermutigung zu adaptivem Coping, Reduzierung von Schuldgefühlen, Finden von Erklärungen), oder auf ein Verbessern der Einsicht durch Konfrontation oder Interpretation. Sich manifestierende Übertragung wird vom Therapeuten erkannt und, falls es nützlich scheint, diskutiert, um den therapeutischen Prozess zu unterstützen. Dies bedeutet, dass die in SPSP genutzten Techniken über das supportiv-expressive Kontinuum variieren können, je nach individueller Charakteristik und psychologischer Kapazität des Patienten (Gabbard, 2005). Die Therapeuten waren ausgebildete Psychiater oder Psychotherapeuten. Sie wurden, basierend auf Audioaufnahmen der Sitzungen, wöchentlich supervisiert.

## **Pharmakotherapie**

Die Pharmakotherapie wurde in Übereinstimmung mit einem Medikationsprotokoll für Antidepressiva bereitgestellt, welches Veränderungen der Medikation bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit erlaubt. In den ersten zwei Studien wurde Fluotexin als erstes Antidepressivum verabreicht. In der dritten und vierten Untersuchung begannen die Patienten mit Venlafaxin (Näheres zum Medikationsprotokoll bei De Jonghe et al., 2001, 2004; Dekker et al., 2005, 2008).

Die Medikation wurde von einem Psychiater oder einem fortgeschrittenen, supervisierten, psychiatrischen Assistenzarzt bereitgestellt, jedoch nie demselben Patienten. Die fünfzehnminütigen Medikationsberatungen wurden während der ersten zwei bis drei Monate der Behandlung

zweiwöchentlich durchgeführt, danach monatlich. In allen Studien mit Kombinationstherapie wurden Psycho- und Pharmakotherapie von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt.

## Therapeuten

Ungefähr die Hälfte der SPSP Therapeuten waren erfahrene Psychiater oder Psychotherapeuten und die andere Hälfte bestand aus Assistenzärzten/Auszubildenden der Psychiatrie bzw. Psychologie. Die Therapeuten wurden in einem sechszehnstündigen Kurs ausgebildet und mussten folgende Voraussetzungen erfüllen, um Patienten innerhalb der Studien behandeln zu dürfen: (1) Eine oder mehrere supervisierte Therapien beenden; (2) Von einem der zwei Supervisoren als kompetent in der praktischen Anwendung von SPSP befunden zu werden; und (3), falls sie noch in der Ausbildung waren, an einer wöchentlichen, neunzigminütigen Gruppensupervision teilzunehmen, die per Audioaufnahmen der Sitzungen die Befolgung des Psychotherapieprotokolls sicherstellen soll. Die übrigen Therapeuten trafen sich zweimal pro Woche zur „peer-supervision“. Dieses Treffen wurde von einem der Supervisoren abgehalten, der ebenfalls Audioaufnahmen überprüfte, um die Befolgung des Protokolls zu gewährleisten.

## Ergebnismessungen

Die hauptsächliche Ergebnismessung war die Differenz zwischen den Bewertungen beim Ausgangspunkt und denen in Woche 24. Das primäre Messinstrument war die Hamilton Depression Rating Scale mit 17 Items (HAM-D; Hamilton, 1967). Die HAM-D-Daten wurden von unabhängigen Beobachtern (Kollegen) mittels eines semi-strukturierten Interviews (De Jonghe, 1994; Kupka, De Jonghe, Koeter & Vermeulen, 1996) erhoben. Im Review von Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) lag die Interrater-Reliabilität (Pearsons  $r$ ) zwischen 0.82 und 0.98. Die Rater besprachen die auf Band aufgenommenen Erhebungen jeden Monat mit einem Experten unserer Forschungsgruppe. Offensichtlich erfüllten die Patienten und die behandelnden Ärzte in den Untersuchungen nicht die Anforderungen einer Doppelblindstudie. Die Kollegen aus der Forschung erhielten jedoch so wenige Informationen über die Behandlungsbedingungen wie möglich und wurden angewiesen, sich auf die Diskussion der HAM-D-Items zu beschränken. Die Wirksamkeit wird als Erfolgsrate dargestellt. Erfolg ist definiert als Remission der HAM-D-scores, z.B.  $score \leq 7$ .

Ein zweites Instrument war die Clinical Global Impression of severity (CGI-severity; Guy, 1976). Die CGI-Daten wurden von den behandelnden Klinikern erhoben. Das dritte Instrument ist eine *self-rating*-Skala: Die Depressions-Subskala der Ninety Symptom Checklist (SCL-depression; Arrindell & Ettema, 1986). Beim CGI-severity wird Erfolg definiert als ein Endwert von 1 (normale Stimmung) oder 2 (zwischen normaler und leicht depressiver Stimmung). Beim SCL-depression wird Erfolg definiert als eine Verbesserung in Größe von mindestens einer Standardabweichung beim Ende der Therapie (im Vergleich zur Punktzahl bei der Ausgangsmessung). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Bewertung der Wirksamkeit auf den aus drei Quellen erhobenen Daten basiert: unabhängige Beobachter, behandelnde Kliniker und die Patienten selber. Die Bewertungen wurden in Woche 4, 8, 12, 16 und 24 durchgeführt.

## Statistik

Im Hauptartikel wurden die Analysemethoden auf drei Patientenstichproben angewandt. Die erste Stichprobe war eine *Intention-To-Treat*-Stichprobe (ITT) und bestand aus allen Patienten, die der Studie für die Randomisierung beitraten. Die zweite war die *Per-Protocol*-Stichprobe (PP): Patienten, die mit der Behandlungsart begannen, zu der sie zugeteilt waren. Die dritte *Observed-Cases*-Stichprobe bestand aus Patienten, die mit der Therapie begannen und für die die Daten zu den relevanten Bewertungszeitpunkten erhoben wurden.

## Ergebnisse

*Patienten.* Über alle Untersuchungen hinweg glichen sich die Patientengruppen mehr oder weniger; zwei Drittel waren Frauen; ungefähr 60% waren zwischen 20 und 40 Jahren (mittleres Alter 38); 70-80% hatten mittleres bis hohes Bildungsniveau erreicht; 60% wohnten mit mindestens einer weiteren Person zusammen und 40% lebten allein; ungefähr 20-30% waren verheiratet; 35% waren arbeitstätig; 30% waren zeitweilig krankgeschrieben; 40-50% hatten schon vorher ein oder mehrere depressive Episoden erlebt; 20-40% hatten in den vergangenen Monaten Medikamente eingenommen; bei 30-50% dauerte die aktuelle Episode schon mehr als ein Jahr an; der mittlere HAM-D-Wert von 19 und der mittlere SCL-90-Wert von ungefähr 49 lagen weit über dem nationalen Durchschnitt (De Jonghe et al., 2001, 2004; Dekker et al., 2005, 2008, 2013).

Es ist ein leichter Trend über die Untersuchungen hinweg zu bemerken, dass Patienten schwerere Probleme haben; mehr Patienten mit mehr depressiven Episoden; mehr Medikamentengebrauch bei der Aufnahme; eine längere Dauer der aktuellen Episode. Dieser Trend hängt mit der Tatsache zusammen, dass die ambulanten Kliniken der späteren Studien öfter in benachteiligten Gegenden und Unterschichtsvierteln lagen.

*Hauptergebnisse der Untersuchungen.* In der ersten Studie haben wir (De Jonghe et al., 2001, S. 228) geschlussfolgert, dass die kombinierte Behandlung (SPSP plus Pharmakotherapie) signifikant nützlicher war als Pharmakotherapie allein. Außerdem gab es in der kombinierten Therapie signifikant weniger *dropouts* und schließlich waren nach der kombinierten Therapie signifikant mehr Patienten gesundheitlich stabil (siehe die Prozentsätze der gesunden Patienten in der zweiten Analyse dieses Artikels). Es schien also so zu sein, dass bei der Behandlung von depressiven Ambulanzpatienten die kombinierte Therapie der Pharmakotherapie überlegen ist.

In der zweiten Untersuchung haben wir (Dekker et al., 2005, S. 55) herausgefunden, dass 8 oder 16 Psychotherapiesitzungen zusätzlich zur Pharmakotherapie über eine Zeitspanne von sechs Monaten gleich wirksam in Hinsicht auf die Symptome zu sein schienen. Dies galt sowohl für moderat als auch schwer depressive Patienten.

In der dritten Untersuchung war unsere (De Jonghe et al., 2004, S.44) Schlussfolgerung, dass Psychotherapie (SPSP) allein nützlicher war als kombinierte Therapie (SPSP plus Pharmakotherapie). Die Durchführbarkeit der sechs Monate Psychotherapie war ausreichend, die der kombinierten Therapie war gut: 25% der Psychotherapiepatienten brachen vorzeitig ab; bei der kombinierten Therapie waren es 16%. Nichtsdestotrotz waren beide Therapien wirksam bei der Reduzierung von Depressionssymptomen. Die Vorteile des Kombinierens von Antidepressiva mit SPSP erschienen fragwürdig. Weder die behandelnden Kliniker noch die unabhängigen Beobachter waren in der Lage dies festzustellen, doch die Erfahrungen der Patienten sprachen deutlich für die kombinierte Therapie.

In der vierten Untersuchung haben wir (Dekker et al., 2008, S. 4) ermittelt, welche Sequenz für die akute Behandlung von Depressionen vorzuziehen ist: mit SPSP oder mit Pharmakotherapie anzufangen. Diese Studie begann mit einer randomisierten, achtwöchigen, klinischen Untersuchung, die einen direkten Vergleich von Antidepressiva und SPSP möglich machte. Unserem Wissen nach gab es bisher noch keinen direkten Vergleich zwischen psychodynamischer Psychotherapie und der Behandlung mit Antidepressiva. Im ersten Artikel dieser Untersuchung berichteten wir, dass SPSP einen größeren Nutzen erbrachte als Pharmakotherapie. Von den 204 für die Studie geeigneten Patienten wurden 141 per Zufallsverfahren SPSP oder Antidepressiva zugeordnet. Die übrigen 63 lehnten es ab, am Zufallsverfahren teilzunehmen, weil sie keine Antidepressiva einnehmen wollten.

In einem Präferenzmodell (Van, Dekker, et al., 2009) wurde diesen Patienten angeboten zwischen SPSP und Antidepressiva zu wählen. Fast alle Patienten bevorzugten SPSP und lehnten Antidepressiva ab. Die Realisierbarkeit beider Behandlungskonditionen (SPSP oder Antidepressiva) während der ersten acht Wochen der Untersuchung war fast ähnlich. Die Verschleißrate der Studie (28%) ergab in Vergleich zu anderen Studien *dropout*-Raten von 33-48% während der ersten sechs bis acht Wochen (Anderson, Nutt & Deakin, 2000; Linden, Gothe, Dittmann & Schaaf, 2000). Die Wirksamkeit von SPSP und Antidepressiva in den ersten acht Wochen war nicht gleichwertig. Es zeigten sich bessere Ergebnisse für Antidepressiva in der vierten Woche. Dieser Vorteil löste sich jedoch fast gänzlich bis zur achten Woche auf.

Der zweite Artikel dieser Studie (Dekker et al., 2013) deckte den gesamten Verlauf der sechsmonatigen Behandlung ab und fokussierte die differentielle Wirksamkeit der Behandlungsarten (nach 24 Wochen). In der achten Woche wurde allen Patienten mit weniger als 30% Symptomreduktion die kombinierte Therapie für weitere 16 Wochen angeboten. Nicht-responsiven Antidepressiva-Patienten wurde also komplementäre PT angeboten und nicht-responsiven PT-Patienten komplementäre Antidepressiva. *Stepped-care* Strategien, wie die in dieser Studie, erschienen klinisch betrachtet als logisch, aber in unserer Untersuchung lehnten ungefähr 40% der Patienten die zusätzliche Therapie ab, trotz des limitierten Effekts der Mono-Behandlung. Die Akzeptanzrate für SPSP oder Antidepressiva nach dem Fehlschlagen der Behandlung war in beiden Fällen ähnlich. Betrachtet man die weitverbreitete Unterstützung und Implementation für *stepped care* und sequentielle Behandlungsstrategien, war dies ein unerwarteter Befund. Bezüglich der Wirksamkeit der zwei aufeinanderfolgenden Strategien (Antidepressiva nach nicht-responsiver SPSP oder SPSP nach nicht-responsiven Antidepressiva) haben wir befunden, dass Patienten, die von Anfang an in psychotherapeutischer Behandlung waren, nach 24 Wochen (Ende der Behandlung) in besserem Zustand waren als Pharmakotherapiepatienten. Unsere finale Schlussfolgerung war, dass SPSP einen langsameren Start als Pharmakotherapie während der ersten acht Wochen zur Folge hatte, aber dass SPSP am Ende bei den meisten Bewertungen vorne lag.

In der fünften Untersuchung (Driessen et al., 2013) wurde anhand von Beobachter- und Patientenbewerteten *posttreatment depression scores* gezeigt, dass SPSP der CBT nicht unterlegen ist. Basierend auf den erhobenen Daten erreichten 24,3% der CBT-Patienten und 21,3% der SPSP-Patienten das Remissionskriterium bei der abschließenden Bewertung. Unsere Schlussfolgerung war, dass unsere Ergebnisse zur Evidenzbasis für die psychodynamische Behandlung von Depressionen beitragen.

Reduktion der Depressionssymptome während der Behandlung. In den ersten vier Untersuchungen wurde die Wirksamkeit von alleiniger Pharmakotherapie in zwei Studien (Studien 1 und 4) untersucht. Die Wirksamkeit von alleiniger SPSP (mit 16 Sitzungen) wurde ebenfalls in zwei Studien (Studien 3 und 4) untersucht und die Wirksamkeit von SPSP (16 Sitzungen) in Kombination mit von Beginn an verabreichten Antidepressiva in drei Studien (Studien 1, 2 und 3). Wir werden nun einen Eindruck von der Symptomreduktion während dieser drei jeweiligen Behandlungsarten geben.

Der mittlere HAM-D-Wert verringerte sich im Lauf der Behandlung in der Pharmakotherapie in zwei Untersuchungen während der ersten zwölf Wochen, erhöhte sich zum Ende der Therapie hin jedoch wieder. Es scheint, als wenn die Medikation an diesem Punkt das Minimum an Symptomreduktion erreicht hätte.

In der Per Protocol Stichprobe aus Studie 1 war die Erfolgsrate der Pharmakotherapie laut dem unabhängigen Forschungskollegen (HAM-D < 8) ungefähr 23%, laut dem Arzt (CGI-severity unter 3) ungefähr 48% und laut den Patienten selbst ungefähr 55%. In Studie 4 waren dies jeweils 9%, 32% und 53%. In der „SPSP allein“-Gruppe wurde keine solche Krümmung der Werte festgestellt. Zum Ende der Therapie dauerte die Reduktion der Depressionssymptome an.

In der Per Protocol Stichprobe aus Studie 3 war die Erfolgsrate der alleinigen SPSP laut unabhängigen Beobachter ungefähr 32%, laut Therapeut ungefähr 67% und laut Patient 60%. In Studie 4 waren die entsprechenden Werte 27%, 49% und 52%.

Wenn wir die kombinierte Therapie betrachten, sehen wir ebenfalls keinen Aufwärtstrend zum Ende hin. Die HAM-D-Werte zum Ende der Therapie waren außerdem niedriger als in der alleinigen Pharmakotherapie bzw. SPSP.

In der Per Protocol Stichprobe aus Studie 1 war die Erfolgsrate der kombinierten Therapie laut unabhängigem Forschungskollegen ungefähr 43%, laut Arzt ungefähr 63% und laut Patient ungefähr 75%. In Studie 2 waren die entsprechenden Werte 29%, 47% und 60%. In Studie 3 jeweils 43%, 79% und 77%.

Abbildung 1 zeigt die mittleren HAM-D-Werte während der alleinigen Pharmakotherapie (Studien 1 und 4), der alleinigen SPSP (Studien 3 und 4) und der kombinierten Therapie (Studien 1, 2 und 3). Wie man sehen kann ist die alleinige SPSP zum Ende der Behandlungsdauer näher an der kombinierten Therapie als an der alleinigen Pharmakotherapie.

Abbildung 2 zeigt die mittleren Werte auf der Hamilton Depression Rating Scale für SPSP und CBT aus Studie 5 (Driessen et al., 2013). Die Werte beider Gruppen (SPSP; punktierte Linie und CBT; durchgezogene Linie) verbessern sich im Lauf der Behandlung.

Die beobachteten *response rates* waren 38,7% für CBT und 36,9% für SPSP. Der Prozentanteil der Patienten, die das Remissionskriterium bei der Nachbehandlungsbewertung erreichten lag bei 24,3% für die Patienten der CBT-Gruppe und 21,3% für die der SPSP-Gruppe (OR = .82; 0.45 - 1.50). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsarten bei den drei Ergebnismessungen festgestellt, sowohl bei der *posttreatment* also auch *follow up* Messung. Diese Studie wurde unlängst im American Journal of Psychiatry veröffentlicht. Dr. M. E. Thase (2013) widmete ein Editorial dieser Untersuchung und schlussfolgerte: „Auf dem Hintergrund dieser Befunde gibt es keinen Grund zu glauben, dass die dynamische Psychotherapie eine weniger wirksame Behandlungsmethode der *Major Depression* als CBT ist. Diese umfangreiche Studie erweitert die Literatur über kontrollierte Untersuchungen psychodynamischer Psychotherapie, welche bisher relativ mager war“ (S. 954).

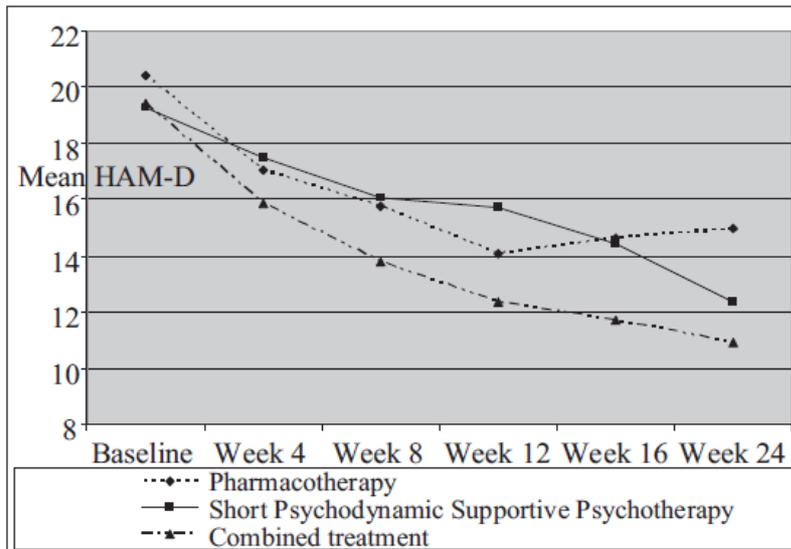


Abbildung 1. Mittlere Ergebnisse aller vier Studien

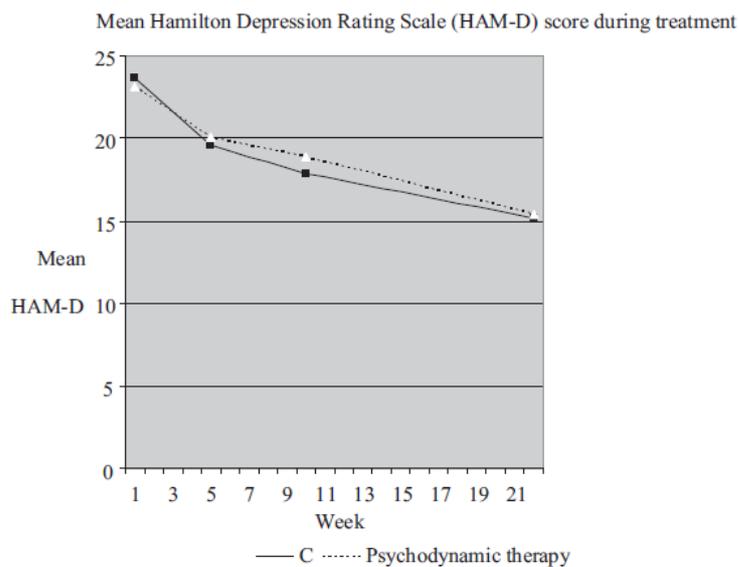


Abbildung 2. Mittlere Ergebnisse der fünften Studie

## Zweite Analyse

### Einfluss des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen auf das Ergebnis

Kool schrieb 2005 eine Arbeit über den Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf das Behandlungsergebnis (Kool, 2005). Das hauptsächliche Forschungsziel war es, die Charakteristiken der Subgruppe der depressiven Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen, im Vergleich zu denen ohne Persönlichkeitsstörungen, zu untersuchen und vorherzusagen. Es wurden dieselben Daten verwendet, die De Jonghe et al. (2001) in ihrer Studie nutzten. Der Forscher kam zu folgender Schlussfolgerung: depressive Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung zeigten

schwerwiegendere Anzeichen von Depressionen. Die folgende Schlussfolgerung war überraschend: Für depressive Patienten ohne Persönlichkeitsstörung gab es keine Rechtfertigung für eine zusätzliche Psychotherapie zur Pharmakotherapie, weil die Ergebnisse der beiden Gruppen sich nicht signifikant unterschieden. Für die Patienten mit Persönlichkeitsstörung jedoch war die kombinierte Therapie signifikant wirksamer als nur Pharmakotherapie. Die besseren Ergebnisse lassen sich auf die Charakteristik von SPSP zurückführen. Die kurzzeitige, anti-regressive und strukturierte Eigenschaft dieser Therapie und ihr Fokus auf Beziehungen, Beeinträchtigungen der sozialen Funktionalität und Lebensqualität scheinen essentiell für die Verbesserungen in der Komorbiditätsgruppe zu sein. Nach Bewertung der *follow-up* Daten schloss der Forscher, dass es eine signifikante Reduktion in der Persönlichkeitspathologie gegeben hatte. In der kombinierten Gruppe war dies nicht nur für die von ihrer Depression befreiten Patienten der Fall, sondern auch für diejenigen, die immer noch depressiv waren. In der Pharmakotherapiegruppe war der signifikante Rückgang der Persönlichkeitspathologien auf die nicht mehr depressiven Patienten beschränkt. Die letzte Schlussfolgerung war, dass keine signifikanten Unterschiede in der Remissionsrate zwischen den Gruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörung bestanden.

### **Ergebnisprädiktoren**

In Vans Arbeit wurden prädiktorische Faktoren für die Ergebnisse von SPSP exploriert. In einem Review schlossen Van, Schoevers und Dekker (2008), dass einfach zu identifizierende Faktoren wie Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus und Dauer der Depression das Ergebnis vorhersagen könnten. Außerdem entdeckten sie, dass die Prädiktoren je nach Behandlungsform sich unterschieden, was sie zu potentiell klinisch relevanten Selektionskriterien für den optimalen Ansatz beim individuellen Patienten macht.

Mithilfe der Daten unserer Studien untersuchten Van, Schoevers, Peen, van Aalst und Dekker (2008) zuerst die Rolle der einfach zu erhebenden Patientencharakteristiken wie Geschlecht, Alter, Schwere und Dauer der Depression. Die Stichprobe bestand aus 97 Patienten, die nur mit SPSP behandelt wurden, 171 Patienten der kombinierten Therapie (aus der dritten Studie). In der SPSP-Gruppe schien ein unerwünschtes Ergebnis mit höherem Alter, längerer Dauer der Depression, der Schwere komorbider Angststörungen und somatischer Symptome verknüpft zu sein. In der kombinierten Therapie zeigten sich diese Ergebnisse nicht, was bedeuten könnte, dass diese Patienten ebenfalls Antidepressiva benötigt hätten. Beim Vergleich der beiden Gruppen stellte sich heraus, dass die kombinierte Therapie für Patienten mit Angststörung zu bevorzugen ist. Obwohl Patienten, die am Anfang nicht auf die Therapie reagierten, ein höheres Risiko für eine schließlich fehlgeschlagene Therapie hatten, brauchte eine erhebliche Anzahl dieser Patienten mehr Zeit bevor sich die erwünschten Effekte zeigten. Dies deutet darauf hin, dass es sich lohnt, die Therapie trotz anfänglicher Abwesenheit von Verbesserungen fortzusetzen (Van, Schoevers, Kool et al., 2008).

Hinsichtlich der psychodynamischen Faktoren war das Anpassungsniveau der Objektbeziehungen nur in sehr bescheidenem Ausmaß mit dem *outcome* verknüpft (Van, Hendriksen et al., 2009). Abwehrmechanismen schienen hier schon relevanter zu sein (Van, Schoevers, Peen, Abraham & Dekker, 2009). Besonders Patienten mit sogenannter „symbiotischer Abwehr“, charakterisiert durch Aufgeben und apathischen Rückzug, waren gefährdet ein schlechtes Therapieergebnis zu erzielen oder als *drop-out* zu enden. Bemerkenswert und in Einklang mit den theoretischen Überlegungen ist, dass Patienten mit eher neurotischen Abwehrmechanismen wie Affektleugnung und Verdrängung ein besseres Behandlungsergebnis erzielten.

## **Einfluss des ethnischen Hintergrunds der Patienten auf das Ergebnis**

In den ersten beiden Studien waren nicht viele Patienten verschiedener ethnischer Minderheiten vertreten. An der dritten Untersuchung nahmen 14 Angehörige verschiedener ethnischer Minoritäten teil (ungefähr 7%), in der vierten waren es 22 (16%). In der fünften Studie war der Anteil viel höher. Aus der Gesamtstichprobe von 342 Patienten gehörten ungefähr 44% ( $N = 150$ ) ethnischen Minoritäten an. Ungefähr 30% dieser Patienten kamen aus Surinam, 30% aus Marokko, 15% aus der Türkei und 25% aus anderen Ländern. Bezüglich Geschlecht, Arbeitstätigkeit, Dauer und Wiederauftreten der Depression gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der größeren Gruppe und den ethnischen Minoritäten. Letztere waren jedoch signifikant jünger, lebten öfter mit mindestens einer Person zusammen und hatten ein niedrigeres Ausbildungsniveau. Sie waren zu Behandlungsbeginn etwas depressiver und blieben dies auch bis zu Behandlungsende, aber das Ausmaß ihrer Verbesserung in der SPSP-Gruppe war ähnlich und nicht signifikant verschieden von dem der Gruppe der Einheimischen.

## **Diskussion**

Vor ungefähr 25 Jahren haben wir damit begonnen, nach Beweisen für die Wirksamkeit von psychodynamischer Behandlung bei Depressionen zu suchen. Nach Evaluierung aller Forschungsergebnisse der fünf Studien können wir mit Sicherheit sagen, dass PT (kurzzeitig und supportiv in der Form von SPSP) sich als wirksam herausgestellt hat. Der Abfall der Depressionskurven in den Abbildungen spricht für sich selbst. Zusätzliche SPSP zur Behandlung mit Antidepressiva führt zu besseren Ergebnissen als reine Einnahme von Antidepressiva. Zusätzliche Medikation zur SPSP mag auch zu besseren Ergebnissen führen, jedoch nicht in dem Ausmaß wie ersterer Vergleich. Die Wirksamkeit von Antidepressiva scheint sich schneller zu zeigen als die von reiner SPSP, aber insgesamt scheint SPSP (mit oder ohne zusätzliche Antidepressiva nach acht Wochen) besser zu sein als die evidenzbasierte Pharmakotherapie (mit oder ohne zusätzliche SPSP nach acht Wochen). Außerdem, last but not least, bestätigen die Ergebnisse, dass es zwischen CBT und SPSP keinen Unterschied in der Wirksamkeit gibt. Es ist also gerechtfertigt, SPSP als empirisch bestätigte Therapieform der PT für Depressionen zu qualifizieren. Dr. Thase (2013) kam in oben erwähnten Editorial zur selben Schlussfolgerung: „Die Studie von Driessen et al. ist bemerkenswert, weil sie einen der bis jetzt stärksten Beweise dafür liefert, dass psychodynamische Kurzzeittherapie eine wirksame Behandlungsart für *Major Depression* ist“ (S. 953).

Einige Studien der letzten Dekaden (Leichsenring, 2001; Driessen et al., 2010) haben Beweise für die Wirksamkeit von PT bei Depressionen erbracht. In der jüngsten Version der niederländischen Richtlinien für die Behandlung von Depressionen trugen unsere Untersuchungen von SPSP, zusammen mit diesen Metaanalysen, dazu bei, PT als evidenzbasierte Behandlung zu qualifizieren. In der vorherigen Richtlinie (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 1994) war dies nicht der Fall und nur CBT und interpersonale Therapie wurden als Standardbehandlungen anerkannt. Wir waren sehr zufrieden, dass sich die Zeiten geändert hatten. In der jüngsten Richtlinie für England (NICE, 2009) wurde PT als evidenzbasierte Behandlung von Depressionen jedoch noch kontrovers bewertet.

2010 haben deshalb psychodynamisch orientierte Forscher und Therapeuten eine protokollierte Form der PT namens Dynamische Interpersonale Therapie (Lemma, Target & Fonagy, 2011) entwickelt, die sie nun in einer randomisierten Studie im Vergleich zu CBT testen.

## Retrospektive

In den 1990ern fügte der Entwickler von SPSP (De Jonghe in den Niederlanden) zwei Elemente der PT hinzu, die in der psychoanalytischen Community heute zum Teil kontrovers, vorher jedoch als notwendig für das Behandeln von Patienten betrachtet wurden, d.h. die therapeutische Stärke des adäquaten *supports*. Dies stimmt überein mit Wallersteins (1989) Studie, in der gezeigt wurde, dass Psychoanalyse sowohl vom Therapeuten unterstützender durchgeführt, als auch vom Patienten als unterstützender empfunden wird als ursprünglich angenommen. Zusätzlich wurden theoretische Überlegungen bezüglich der Ziele und Anwendung der supportiven Therapie von Misch (2000) angewandt.

Die Entscheidung, den angemessenen *support* zu betonen war stark beeinflusst von den ernsthaften und oft chronischen depressiven Störungen der zu unseren Einrichtungen überwiesenen Patienten. Diese Patienten müssen mit schwerem Leidensdruck und deutlichen Störungen psychischer Funktionalität zurechtkommen. Die depressiven Symptome, die in Affekten, Gedanken und Verhalten beobachtet werden können, basieren oft auf einer relationalen Ätiologie. Die Interpretation der Bedeutung dieser Symptome wird leicht als Bestätigung der bereits bestehenden exzessiven Selbstkritik erlebt und führt nicht zu vertiefter Einsicht. Adäquater Support durch das Verbessern der Ego-Funktionen ist an dieser Stelle gerechtfertigter. Es war und ist in der Tat wichtig, dass der Support angemessen ist; mit anderen Worten, dass er wirklich auf Wachstum und Entwicklung gerichtet ist.

Der Rückblick auf unsere frühere randomisierte SPSP-Forschung war ein inspirierendes Unterfangen für unsere Gruppe. In den zwanzig Jahren, die unsere fünf Untersuchungen umfassen, haben wir eine große Bandbreite von ungefähr 900 Patienten mit Depressionen behandelt.

In der Retrospektive glauben wir, dass es besser gewesen wäre, SPSP in einer früheren Phase mit einer Wartelisten- oder Placebokontrollgruppe zu vergleichen, weil dies dazu beigetragen hätte, SPSP früher als evidenzbasiert zu qualifizieren. Der Grund dafür, dass wir dies nicht früher getan haben, hängt mit dem Zeitgeist vor 20 Jahren zusammen. In dieser Zeit war es einfach nicht erlaubt, depressiven Patienten sofortige Behandlung zu verweigern. Trotzdem wurde dies von anderen Ansätzen getan, wie von der CBT oder Internettherapie. Dies führte dort zur schnelleren Akzeptanz als empirisch gesicherte Therapie.

Ein anderer Punkt ist, dass wir die wichtigsten Befunde der zweiten Untersuchung nicht erweitert haben durch ein Fortführen der Forschungslinie in eine Langzeituntersuchung der Wirksamkeit von Kurzzeittherapien. Das Ergebnis dieser Untersuchung war, dass acht Sitzungen SPSP genauso gut waren, wie 16 Sitzungen in der kombinierten Version.

Wir hatten jedoch den Eindruck, dass Therapeuten davor zurückschreckten, acht Sitzungen als einzige Behandlung durchzuführen. Sie hatten das Gefühl, dass acht zu wenig waren; deswegen führten wir diese *line of research* nicht fort. Im Rückblick sehen wir dies als Fehler an. Zurzeit üben Krankenkassen großen Druck aus, um psychotherapeutische Behandlung so kurz und billig wie möglich zu halten. Wegen dieses finanziellen Drucks sollten Gesundheitsorganisationen darauf reagieren. Zum Beispiel ist es ein Trend geworden, evidenzbasierte Behandlungen von 16 auf zwölf Sitzungen oder von 45 auf 30 Minuten zu reduzieren. All dies mit dem Ziel, einen billigen Gesamtpreis für die Behandlung von Depressionen anzubieten. Von einem klinischen und wissenschaftlichen Standpunkt kann dies jedoch als Risiko für eine defizitäre Behandlung betrachtet werden und dies sollte abgelehnt werden bis die Forschung bestätigt, dass diese Art der Reduzierung gerechtfertigt ist.

## Heute

Die letzte Untersuchung, in der SPSP und CBT verglichen wurden, wird tatsächlich die bedeutendste sein, weil sie einen direkten Vergleich von SPSP mit der am besten etablierten empirisch gesicherten Behandlung für Depressionen darstellt. Wie haben wir es geschafft, mit Therapeuten aus zwei gegenüberliegenden Lagern zusammen zu arbeiten? Jedes Jahr wurden alle CBT und SPSP Therapeuten zu einem gemeinsamen Meeting eingeladen, um den Fortschritt der Forschung zu diskutieren. In diesen Meetings entstand eine konstruktive und kompetitive Atmosphäre, in der unsere Behandlungserfolge beschrieben wurden und die anstrengenden Bemühungen den Fortschritt mit schwierigen Patienten aufzuzeichnen kritisch diskutiert wurden.

Die Befunde unserer Untersuchungen zeigen, dass, nach einem zusätzlichen theoretischen Kurs in Psychodynamik und unter engmaschiger Supervision, SPSP von Psychologen und Klinikern (mit ansonsten relativ wenig Erfahrung in Psychoanalyse und psychodynamischer Therapie) angewendet werden kann. Im Zusammenhang damit hat die Niederländische Gesellschaft für Psychoanalytische Psychotherapie (NVVP) eine Sektion eröffnet, in der Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiater offiziell als SPSP-Therapeuten registriert werden können.

Dies bedeutete, dass nicht nur Therapeuten, sondern auch Patienten eine Wahl ihres bevorzugten Behandlungsansatzes angeboten werden konnte – um es kurz zu sagen, SPSP als „über den emotionalen und relationalen Hintergrund der Depression sprechen“ oder CBT als „an einer Veränderung von Denken und Verhalten arbeiten“. Beide Interventionen sind wahrscheinlich gleich effektiv im Reduzieren depressiver Symptome, aber möglicherweise nicht gleich effektiv in jedem individuellen Patienten.

## Die Zukunft

Eine der zukünftigen Aufgaben für SPSP ist es, spezifischere Veränderungsmechanismen hinzuzufügen, die Merkmale wie Handlungsaktivierung in den ersten paar Wochen der Behandlung betonen. In unserer vierten Untersuchung zeigte sich, dass Symptomreduktion in den ersten Wochen bei SPSP langsamer erreicht wurde als durch Pharmakotherapie. Unsere Erklärung dafür ist, dass Pharmakotherapie wahrscheinlich zu einer schnelleren Symptomreduktion führt, z.B. einem besseren Schlafmuster, und dadurch Gefühle der Hoffnung auslöst. Eine Weiterentwicklung des SPSP-Protokolls könnte sich lohnen.

*Stepped care ist essentiell.* Obwohl die Wirksamkeit von PT erwiesen wurde gibt es immer noch eine große Anzahl depressiver Patienten, die nicht vollständig remissieren, schwankend von 25-45%. CBT und interpersonale Therapie haben sehr ähnliche Remissionsraten; möglicherweise haben alle Arten der Kurzzeittherapie einen *ceiling effect* ab diesem Punkt. Im Grunde ist unbekannt, wie bessere Remissionsraten erreicht werden können, weil es keine hochqualitativen *follow-up* Studien in der Psychotherapie gibt. Zusätzlich haben einige Studien gezeigt, dass inkomplette Remission der wichtigste Risikofaktor für zukünftige Rückfälle ist. Daher ist es eindeutig geboten, die Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Aus unserer Sicht gibt es hier verschiedene Optionen. Behandlungsergebnisse bei Depressionen könnten mit der Dosis der Therapie zusammenhängen. Es wurde vorgeschlagen, dass Remissionsraten von der Dauer und Intensität der Therapie abhängen (Keller, 2001), wir müssen dies jedoch gründlicher in kontrollierten Designs untersuchen. Es ist daher relevant zu wissen, ob ein Erhöhen der Behandlungsdauer und -frequenz die Remissionsraten verbessern kann. Ein anderer Ansatz wäre, *booster sessions* nach Ende der akuten Behandlung anzubieten. Es ist bekannt, dass

*booster sessions* die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen verringern; der Effekt ist jedoch klein, ungefähr 20% niedriger über eine Spanne von zwei Jahren (z.B. Bockting et al., 2005). Bis jetzt wurde dies nur bezogen auf *booster sessions* nach CBT oder interpersonaler Therapie untersucht und nicht für PT.

*Matched care, wenn nötig.* Genügend Studien haben die Wirksamkeit von Langzeit-PT erwiesen. Genauer gesagt reden wir hier über PT für (fast immer) Patienten mit einer Kombination von verschiedenen Störungen, sowohl auf Achse I und II, die einen chronischen Verlauf haben und bei denen bisherige Behandlungen nicht erfolgreich waren (Leichsenring & Rabung, 2011). Vielleicht sollten wir mehr Langzeitbehandlungsoptionen für diesen Typ von Patienten in Betracht ziehen. Dasselbe könnte auf Patienten mit hoher Komorbidität, wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und PTBS zutreffen.

*Internationale Kollaboration.* Es wird mehr internationale Kollaboration zwischen den Schulen der unterschiedlichen Behandlungsansätze benötigt. Kurzzeitige und protokollisierte supportiv-psychodynamische Therapien wie SPSP, dynamische interpersonale Therapie und supportive expressive Therapie (Luborsky, 1984; Barber & Crits-Christoph, 1995) werden wahrscheinlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen. Das Ideal für die nahe Zukunft wäre eine internationale Forschungsgruppe, die die besten Elemente jeder Kurzzeittherapie transformiert in eine internationale, kollektive Kurzzeit-PT (protokollisiert und dokumentiert); nicht nur für Depressionen, sondern auch für Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Internationale Kollaboration ist sehr wünschenswert im Fall der klinisch relevanten Wirksamkeit und Effektivität. Solch eine Initiative hat sich kürzlich für die Langzeitbehandlung von Persönlichkeitsstörungen etabliert.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, I. M., Nutt, D. J., & Deakin, J. F. W. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, *14*, 3–20.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *Handleiding SCL-90*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2163–2177.
- Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1995). *Dynamic therapies for psychiatric disorders: Axis I*. New York, NY: Basic Books.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Koeter, H. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., Kamphuis, J. H., . . . Wekking, E. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *73*, 647–657.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, *35*, 1–173.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. *BMC Psychiatry, 8*, 36.
- Davanloo, H. (1980). *Basic principles and technique in short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Spectrum.
- Dekker, J., Koelen, J. A., Van, H. L., Schoevers, R. A., Peen, J., Hendriksen, M., . . . De Jonghe, F. (2008). Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *Journal of Affective Disorders, 109*, 183–188.
- Dekker, J., Molenaar, P., Kool, S., van Aalst, G., Peen, J., & De Jonghe, F. (2005). Dose-effect relations in time-limited combined psycho-pharmacological treatment for depression. *Psychological Medicine, 35*, 47–58.
- Dekker, J., Van, H. L., Hendriksen, M., Koelen, J., Schoevers, R. A., Kool, S., . . . Peen, J. (2013). What is the best sequential treatment strategy in the treatment of depression? Adding pharmacotherapy to psychotherapy or vice versa? *Psychotherapy & Psychosomatics, 82*, 89–98.
- Driessen, E., Cuijpers, P., De Maat, S. C. M., Abbass, A. A., De Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 25–36.
- Driessen, E., Van, H. L., Don, J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., . . . Dekker, J. J. M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *American Journal of Psychiatry, 9*, 1041–1050.
- Driessen, E., Van, H. L., Schoevers, R., Dekker, J., van Aalst, G., Don, F., . . . Cuijpers, P. (2007). Cognitive behavioral therapy versus short psychoanalytical supportive psychotherapy in the outpatient treatment of depression: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 7*, 58.
- Gabbard, G. O. (2005). Does psychoanalysis have a future? Yes. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 741–742.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (rev. ed.). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social & Clinical Psychology, 6*, 278–296.
- Huyser, J., De Jonghe, F., Sno, H., & Schalken, H. F. A. (1996). The depression and anxiety list (DAL): Description and reliability. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 6*, 5–8.
- De Jonghe, F. (1994). *Guideline for scoring the Hamilton Depression Rating Scale*. Amsterdam, The Netherlands: Benecke Consultants.
- De Jonghe, F., de Maat, S., Van, R., Hendriksen, M., Kool, S., van Aalst, G., & Dekker, J. (2013). Short-term psychoanalytic supportive psychotherapy for depressed patients. *Psychoanalytic Inquiry, 33*, 614–625.
- De Jonghe, F., Hendriksen, M., van Aalst, G., Kool, S., Peen, J., Van, R., . . . Dekker, J. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry, 185*, 37–45.
- De Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J., & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders, 64*, 217–229.
- De Jonghe, F., Rijnierse, P., & Janssen, R. (1994). Psychoanalytical supportive psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 42*, 533–558.
- Keller, M. B. (2001). Long-term treatment of recurrent and chronic depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 62* (Suppl. 24), 3–5.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., . . . Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8–19.
- Kool, S. (2005). *Comorbidity of major depression and personality disorders* (Unpublished master's thesis). University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands.

- Kupka, R. W., De Jonghe, F., Koeter, M., & Vermeulen, H. D. B. (1996). Betrouwbaarheid van een semi-gestructureerd interview voor de Hamiltondepressieschaal [Reliability of a semi-structured interview for the Hamilton Depression Rating Scale]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *38*, 759–765.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. (1994). *Richtlijn depressie bij volwassenen*. Utrecht, The Netherlands: Author.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, *21*, 401–419.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 15–22.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Linden, M., Gothe, H., Dittmann, R. W., & Schaaf, B. (2000). Early termination of antidepressant drug treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *20*, 523–530.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment*. New York, NY: Basic Books.
- Malan, D. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London, UK: Tavistock.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Misch, D. A. (2000). Basic strategies of dynamic supportive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *9*(4), 173–189.
- NICE. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults (update)*. NICE clinical guideline 90. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/CG90>
- Pollack, J., & Horner, A. (1985). Brief adaptation-oriented psychotherapy. In A. Winston (Ed.), *Clinical and research issues in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 41–60). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sifneos, P. E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York, NY: Plenum.
- Strupp, H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Thase, M. E. (2013). Editorial. *American Journal of Psychiatry*, *9*, 953–955.
- Van, H. L., Dekker, J., Koelen, J. A., Kool, S., van Aalst, G., Hendriksen, M., . . . Schoevers, R. A. (2009). Patient preference compared with random allocation in short-term psychodynamic supportive psychotherapy with indicated addition of pharmacotherapy for depression. *Psychotherapy Research*, *19*, 205–212.
- Van, H. L., Hendriksen, M., Schoevers, R. A., Peen, J., Abraham, R. A., & Dekker, J. (2009). Predictive value of object relations for working alliance and outcome in psychotherapy for depression: An exploratory study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *196*, 655–663.
- Van, H. L., Schoevers, R. A., & Dekker, J. (2008). Predicting outcome of antidepressants and psychotherapy for depression: A systematic qualitative review. *Harvard Review of Psychiatry*, *16*, 225–234.
- Van, H. L., Schoevers, R. A., Kool, S., Hendriksen, M., Peen, J., & Dekker, J. (2008). Does early response predict outcome in psychotherapy and combined therapy? *Journal of Affective Disorders*, *105*, 261–265.
- Van, H. L., Schoevers, R. A., Peen, J., van Aalst, G., & Dekker, J. (2008). Identifying patients at risk for complete non response in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *77*, 358–364.
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *57*, 19–205.

Jack J. M. Dekker, Ph.D., ist der Leiter der Forschungsabteilung des Arkin Mental Health Instituts in Amsterdam und Professor für klinische Psychologie an der VU Universität Amsterdam

Mariëlle Hendriksen, M.Sc., ist Psychologin, psychoanalytische Psychotherapeutin und Forscherin am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam und *Head of treatment affairs* am *Dutch Psychoanalytic Institute for personality disorders*.

Simone Kool, M.D., Ph.D., ist Psychiaterin und Forscherin am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam.

Laura Bakker, M.Sc., ist *junior researcher* am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam.

Ellen Driessen, Ph.D., ist eine postdoktorale Forscherin an der VU Universität Amsterdam und Psychologin am GGZinGeest in Amsterdam.

Frans De Jonghe, Ph.D., ist emeritierter Professor der Psychiatrie an der Universität Amsterdam und psychoanalytischer Psychotherapeut in einer Privatpraxis in Amsterdam.

Saskia de Maat, Ph.D., ist Psychologin am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam und Forscherin an der VU Universität Amsterdam.

Jaap Peen, Ph.D., ist Forscher am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam.

Henricus L. Van, M.D., Ph.D., ist Psychiater und *Residency Program Director* am Arkin Mental Health Institut in Amsterdam und *board member* des NPI, *Dutch Psychoanalytic Institute for personality disorders*.