

Kapitel 6

Psychoanalytische und psychodynamische Therapien bei Depression: Die Evidenzbasis¹

David Taylor

Stichworte Psychische Störungen • Depression und depressive Störungen • Placeboeffekt • Psychoanalytisch • Psychodynamisch • Publikationsbias • Forscherengagement • Kurz- und langfristige Therapieergebnisse

Einleitung

Im Jahre 1825 veröffentlichte der große englische Essayist William Hazlitt „*The Spirit of the Age*“ (Hazlitt, 1825). Es gelang ihm, anhand seiner Berichte über fünfundzwanzig zeitgenössische Persönlichkeiten und über einige der von ihnen geführten Debatten die geistigen Strömungen seiner Epoche einzufangen. Unter den Persönlichkeiten befinden sich die großen Dichter Wordsworth und Coleridge, die dafür verantwortlich waren, die Ideen der deutschen Literatur und Philosophie in den englischsprachigen Raum einzuführen (vgl. Ashton, 1980). Diese Einsichten basierten auf der Art und Weise, wie die menschliche Vorstellungskraft kontinuierlich auf die Wahrnehmung der uns umgebenden natürlichen Welt einwirkt und diese verändert. Ideengeschichtlich gesehen gehörten sie damit zu den Vorläufern der Psychoanalyse. Die persönlichen Nachteile und die Enttäuschung im Zusammenhang mit der Entwicklung der Französischen Revolution führten, Wordsworth später zu seiner berühmten Abkehr von seinen früheren Hoffnungen auf einen revolutionären Fortschritt. Für ihn war die Glückseligkeit der Jugend einer Mitgliedschaft im Establishment gewichen: „Bliss was it in that dawn to be alive but to be young was

¹ Deutsche Übersetzung von Taylor D (2012) Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. In: Levy R, Ablon JS, Kächele H (Hrsg): Psychodynamic Psychotherapy Research. Humana-Springer, New York, S 95-116; übersetzt von N. Pauly (International Psychoanalytic University Berlin).

very heaven“. Hazlitt, der ein streitbarer Zeitgenosse gewesen ist, übte scharfe Kritik an einer anderen untersuchten Persönlichkeit: Er kritisierte Malthus aufgrund dessen wissenschaftlicher und logischer Argumentation, dass ein geometrisches Wachstum zu einem Bevölkerungsüberschuss führt und dass dieser „Überschuss“ eine Knappheit der Nahrungsmittel zur Folge hat, da diese lediglich arithmetisch zunehmen könnten. Dieser Überschuss würde dann durch Hungersnot, Seuchen oder durch einen der anderen apokalyptischen Reiter dezimiert werden. Im Gegensatz zu einer progressiven oder humanistischen Auffassung verwendeten die Sozialkonservativen diese malthusische Vorhersage, um kriegerische Auseinandersetzungen zu begrüßen und um die Vorenthaltung von Nahrung, Wärme und Obdach gegenüber den Armen und Unterernährten zu legitimieren.

Leben wir heutzutage in völlig anderen Zeiten? Radikale Brüche trennen damals von heute, aber es lassen sich schemenhafte Regelmäßigkeiten wahrnehmen. Es liegt jenseits meiner Kompetenz, die Wahrscheinlichkeit von zyklischen und epochalen Schwankungen zu bearbeiten und eine Ideengeschichte ist nicht das Thema dieses Kapitels. Trotzdem ist für uns die Idee von Bedeutung, die schon im Titel von Hazlitts Schrift mitklingt: Die fest verwurzelten und die diffus verbreiteten Einstellungen, Vorlieben und Vorurteile, die einen Zeitgeist ausmachen, haben starke und nachhaltige Auswirkungen auf die Entscheidungen und Methoden in Wissenschaft und Sozialpolitik. Dies trifft wohl auf alle Tätigkeiten einer menschlichen Kultur zu.

Wenn wir uns den wesentlich eingeschränkteren und begrenzteren Bereich der evidenzbasierten Medizin genauer anschauen, kann man ihre wachsende Bedeutung eindeutig der steigenden Wirksamkeit von Medikamenten und anderen Behandlungsarten zuschreiben. Ihre Wirksamkeit bedeutet, dass die Behandlungsentscheidungen ausdrücklich auf der Evidenzbewertung basieren müssen. Ansonsten wird die Wahrscheinlichkeit, ernsthafte Schäden zu verursachen, größer sein als die Wahrscheinlichkeit, Gutes zu tun. Es scheint auch richtig zu sein, das malthusisch klingende Argument zu übernehmen, welches besagt, dass eine Zunahme bei den Kosten für medizinische Forschung bedeutet, dass Regierungen und andere Geldgeber der Gesundheitsversorgung, wie z.B. soziale oder private Krankenkversicherer in den entwickelten Ländern, sich der evidenzbasierten Medizin als eines notwendigen und sinnvollen Instruments zur Eingrenzung einer andernfalls unbegrenzten Nachfrage, zuwenden müssen.

Aber sind nicht in gewisser Hinsicht beide Aussagen Plattitüden? Unter anderem erklären sie beispielsweise nicht, warum es eine solch starke Tendenz in Richtung Managed Care gibt. Oder warum das National Institute for Health and Clinical Excellence (NIHCE oder NICE) in England oder entsprechende Organisationen in anderen Ländern verlangt haben, dass ihre Arbeitsgruppen zur Entwicklung von Leitlinien für psychische Störungen einen medizinischen Modellansatz zur Überprüfung der verschiedenen psychologischen Behandlungen verwenden, die bei bestimmten psychischen Störungen angewendet werden, obwohl viele Gründe dafür sprechen, dass es bessere Methoden dafür gibt.

Auf diesem Gebiet scheint der Gebrauch eines traditionellen, konservativen medizinischen Modells zu bedeuten, dass verschiedene Annahmen über Kurzzeitbehandlungen und über die Existenz von einzelnen Krankheitsbildern in Verbindung gebracht werden, die durch wissenschaftliche Belege nicht gestützt werden können. Die meisten Patienten mit einer psychischen Störung leiden unter Dysfunktionen, die sich nicht auf eine Einzeldiagnose beschränken. Stattdessen erfüllen sie die Kriterien für mehrere unterschiedliche symptombasierte Diagnosen. Zudem müssen sie mit zahlreichen langfristigen suboptimalen Persönlichkeitsfunktionen zurechtkommen, die nicht von der Nosologie erfasst werden (Luyten, Blatt, Van Houdenhove & Corvelyn, 2006; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Die Patienten klagen zudem über emotionale Unsicherheit, über vergangene und gegenwärtige Probleme in Bezug auf persönliche Leistungen und Arbeit, so wie auch über existentielle und intime Identitäts- und Lebensprobleme, die nicht gemessen wurden und tatsächlich nicht messbar sind. Wenn die Auffassung aufrechterhalten werden soll, dass die randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, *RCT*) in Bezug auf psychologische Behandlungsergebnisse den „Goldstandard“ setzen, dann sind bestimmte andere Versuchsbedingungen notwendig, die im Allgemeinen ebenso unbefriedigend sind. Zum Beispiel verlaufen die bedeutsamsten Formen der depressiven Störungen schubförmig, rezidivierend und chronisch, aber aus theoretischen und praktischen Gründen haben die meisten *RCTs* im Bereich der Psychotherapie kurze Laufzeiten und testen Kurzzeittherapien. Die Methodologie dieser Studien ermöglicht es, viele von den wichtigsten Merkmalen von depressiven Störungen zu umgehen, also etwas, das Therapeuten nicht tun sollten und Patienten nicht können.

Natürlich werden solche methodologischen Entscheidungen durch Faktoren bestimmt, die überaus komplex sind, aber sie beinhalten den Zeitgeist - und das ist wohl oder übel etwas, was relativ resistent gegenüber unstimmgigen Ergebnissen oder Beweisen ist. Es reicht jedoch nicht aus, sich nur darüber zu beschweren. Wir müssen gewissermaßen damit leben, dass sich der Zeitgeist, gleich der Masse einer tektonischen Platte, zum Positivismus und Instrumentalismus hin verschoben hat. Wir stellen fest, dass die Psychologie zu ihrem eigenen Nachteil an einem naturwissenschaftlichen Referenzmodell festhält (Bruner, 1986). Zudem bemerken wir, dass ein für gewöhnlich enger Horizont in Bezug auf das, „was funktioniert“ eine Abwehr gegen die reale und verstörende Natur einer psychischen Störung darstellt: Wir neigen dazu, dass uns diese Zustände von menschlichen Erkrankungen, die zuerst erkannt und verstanden werden müssen, bevor sie verändert werden können, zutiefst unangenehm sind.

Lange Zeit haben sich die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologie hauptsächlich damit beschäftigt, welche potentiellen Störungen einer psychischen Erkrankung zugrunde liegen. Wir stoßen auf eine vermeintliche Irrelevanz der Psychoanalyse, ähnlich wie zu Hazlitts Zeit, als nach dem Scheitern der revolutionären Hoffnungen und Ideale Ernüchterung und Misstrauen eingetreten sind. Selbstverständlich wurden, wie auf jedem anderen Gebiet der wissenschaftlichen Forschung, neue Verfahren und Erklärungen entwickelt. Die Psychoanalyse und die psychoanalytischen Verfahren bleiben jedoch, trotz des unbestrittenem Stellenwerts dieser Fortschritte, eine funktionierende Werkstatt und ein Steinbruch für Erfahrungen und Einsichten mit einer hohen Leistungsfähigkeit für neue Hypothesen, für das Allgemeinwohl ebenso wie für das Wohl des Einzelnen.

Wenn wir vor diesem Hintergrund die Effektivität der psychoanalytischen und psychodynamischen Verfahren bei depressiven Störungen betrachten, führt die von mir erwähnte begrenzte Festlegung der evidenzbasierten Medizin auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit zu einer übermäßig negativen Auffassung der vorliegenden empirischen Erkenntnisse, die ihren Nutzen fördern würden. Wenn die Verfügbarkeit von ausreichend vielen, qualitativ hochwertigen und randomisierten Doppelblind-Versuchen und Metaanalysen durch die Beschränkung auf das „Sanduhr-Modell“ von Salkovskis (1995) bestimmt wird, ist die Schlussfolgerung denkbar, dass die Evidenzbasis hinsichtlich der meist verwendeten Behandlungen bei Depressionen bei allen Vorgehensweisen schwach ist. Durch eine solche Haltung

wird der Gewinn von neuen Erkenntnissen und die Entwicklung von Verfahren jedoch im Keim erstickt. Ich versuche darzustellen, wie dies darüber hinaus irreführend ist, da die Vorgehensweise, aus der sich diese Art von Urteil ableitet, unvermeidlich zu Ergebnissen von durchschnittlicher Qualität führt, während die klinischen Sachverhalte, auf welche sich die Ergebnisse beziehen, es zweifellos nicht sind.

In diesem Rahmen stiftet zunächst der linguistische und logische Trugschluss große Verwirrung, dass Angaben über eine „aussagekräftige“ oder „schwache“ Evidenzbasis eher etwas über ein Behandlungsverfahren aussagen als über die Forschungsmethode, die hinsichtlich des Behandlungsverfahrens verwendet wurde. Wie wir noch sehen werden ist der natürliche Verlauf der Depression meist langwierig, schubförmig oder rezidivierend und obwohl es Ausnahmen gibt, können die Probleme bei den meisten depressiven Patienten nicht durch kurze Interventionen gelöst werden. Während den Patienten mit jeder gut fundierten und responsiven professionellen Intervention und gutem klinischem Management maßgeblich geholfen werden kann, so bleibt es eine Tatsache, dass jede schwere Psychopathologie einen resistenten inneren Kern hat.

Wie jeder seriöse Kliniker weiß, benötigt ein psychosozialer Dienst für Patienten mit einer starken Prädisposition für eine depressive Erkrankung eine langfristige Perspektive mit Betreuung und Unterstützung und die Möglichkeit für spezifische Behandlungen; einige dieser Interventionen sollten langfristig angelegt sein. Dieses Vorgehen unterscheidet sich nicht wesentlich von dem, was bei chronischen Krankheiten wie dem juvenilen Diabetes geleistet wird. Auf dem Gebiet der RCT-Forschung wurden diese Merkmale bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt. Die mangelhafte Forschung oder die mangelhaften Leitlinien, welche diese Lücke kompensieren sollen, genießen deshalb einen Stellenwert, den sie nicht verdienen.

Ein weiteres Teil des Problems scheint zu sein, dass die unterschiedlichen theoretischen Ansätze, wie der kognitive, der pharmakologische, der psychiatrische, der psychoanalytische, der klinische oder der wissenschaftliche Ansatz sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, auf welche Grundsätze sich die Methodik der Ergebnisforschung und der evidenzbasierten Richtlinien stützen sollten. Hier gibt es schwerwiegende Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die qualitative Anerkennung von Fakten und Ergebnissen als Evidenzen und in Bezug auf den Stellenwert der klinischen Erkenntnisse im Diskurs. Diese unterschiedlichen

Positionen haben Einfluss darauf, anhand welcher Kriterien und Maßstäbe die Frage nach der Wirksamkeit und der Effektivität einer Behandlung bemessen werden soll. Zudem rufen sie gravierende Probleme bezüglich der Inkommensurabilität hervor. Wenn wir uns Fragen über komplexe Sachverhalte stellen, müssen wir notgedrungen aus mehreren Ansätzen einen auswählen, um unsere Fragestellungen zu entwickeln und um die Konzepte und die Terminologien zu bestimmen, die sich unserer Meinung nach für das Definieren, Erfassen, Beobachten und zum Interpretieren der empirischen Daten am besten eignen. Empirische Daten sind in diesem Sinne nur bis zu einem gewissen Grade empirisch. Davon abgesehen bleiben sie stark methodenabhängig. Wir können die Daten, die mit einer bestimmten Methode gewonnen wurden nicht mit dem Konzept einer zweiten, anderen Methode überprüfen.

In der Fortsetzung dieser Argumentationslinie ist dieses Kapitel in drei Abschnitte unterteilt. Im ersten Abschnitt werden eine Reihe von notwendigen Vorbereitungen getroffen, um einen Bezugsrahmen für eine Evidenzüberprüfung zu schaffen, die auf Grundsätzen basiert, welche sich von denen unterscheiden, die normalerweise in Studien verwendet werden. In Bezug auf die Evidenzbasis hat sich gezeigt, dass sie größtenteils aus zweifelhaften und meist widersprüchlichen Ergebnissen besteht, welche aus Studien zu Behandlungsergebnissen stammen, die nur eine begrenzte Perspektive auf das Krankheitsbild Depression haben. Die Beweisführung ähnelt eher der Bodenlosigkeit eines Sumpfes als einer soliden Basis. Meinen Schwerpunkt setze ich dementsprechend auf die Problematik der Beweislage in Bezug auf die psychoanalytischen/psychodynamischen Ansätze. Ich hoffe, dass es möglich sein wird zu zeigen, inwiefern die Evidenz der psychodynamischen Ansätze zur Behandlung von Depression aussagekräftig ist und weiter zunimmt, wenn sie mit anderen Maßstäben gemessen wird, als mit denjenigen der bisherigen Methode. In diesem Zusammenhang gibt es ein umfassendes Netz von unterstützenden Belegen aus so vielen Bereichen, dass es die Aufgabe einer eigenständigen Arbeit wäre, diese umfassend zu überprüfen. Diese Evaluation und einige ihrer Auswirkungen sollen im letzten Abschnitt diskutiert werden.

Ein gemeinsamer Rahmen für die entwicklungs- psychologische/psychoanalytische Auffassung von depressiven Störungen

In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Fakten zur Prävalenz, zum Verlauf und zum Wesen der Depression dargestellt. Es hat sich herausgestellt, dass im Laufe eines Jahres ca. 6% der erwachsenen Bevölkerung unter einer Depression (major depression disorder, *MDD*) leiden und 6% eine Dysthymie erleiden werden, bei einer Lebenszeitprävalenz von etwa 17% (Robins & Regier, 1991). Zwischen 20% und 30% der unbehandelten Personen mit einer Depression werden nach einem Jahr immer noch unter einer Depression leiden (Sargeant, Bruce, Florio & Weissman, 1990). Im Verlauf eines Jahres werden sich 70% der depressiven Personen ohne Behandlung wieder von der Krankheit erholen. 10 bis 15 Jahre nach einer Index Episode, liegt das Risiko für weitere depressive Episoden bei 85% (Mueller et al., 1999). Dreißig Prozent derer, die zunächst auf die Medikation angesprochen haben, erleiden innerhalb eines Jahres einen Rückfall. Nach 5 Jahren steigt die Anzahl der Personen, die einen Rückfall erleiden werden auf 75% an (Hirschfeld, 1991). Jeder Patient mit einer Depression (*MDD*) erleidet im Durchschnitt vier depressive Episoden, wobei jede dieser Episoden durchschnittlich 20 Wochen andauert. Während der Remissionsphasen leiden die Patienten außerdem an anhaltenden Symptomen und Beeinträchtigungen (Judd, 1997; Judd, Akiskal & Paulus, 1997). Diese Werte deuten daraufhin, dass die Depression für einige Menschen eine persönliche Beeinträchtigung sein kann. Allerdings ist diese Erkrankung für einen großen Teil gekennzeichnet durch ein Muster von Remission und Rückfall und zeigt im Laufe der Zeit eine Tendenz zu einer verschlechterten Prognose (Paykel, 1994). Wie bereits festgestellt wurde, beinhalten die meisten RCTs über Psychotherapie und Pharmakotherapie, Kurzzeitbehandlungen von akuter Depression mit Follow-ups, die entweder nicht vorhanden oder nur sehr kurz sind. Diese Studien liefern daher keine zuverlässigen Erkenntnisse über die mittel- oder langfristigen Wirksamkeit, vor allem nicht in Bezug auf Personen, die an chronischen oder schweren Formen der Depression leiden.

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass der normale Verlauf einer Depression unterschiedliche Richtungen annehmen kann: Aus der Bevölkerung wird

bei 50% der Personen, die eine Depression (MDD) entwickeln, die Dauer der Erkrankung vermutlich 3 Monate betragen, nach diesen 3 Monaten sinkt die Remissionswahrscheinlichkeit rapide; 60% der Personen, die mit Antidepressiva behandelt wurden, werden nach einem Jahr, und 20% werden auch noch nach zwei Jahren die diagnostischen Kriterien einer Depression (MDD) erfüllen; bis zu 90% aller Patienten werden auch nach der Genesung noch neue depressive Episoden erleben und nur 20% der Patienten, die unter Depressionen leiden, die so schwer sind, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen, bleiben über eine Nachbeobachtungszeit von 15 Jahren stabil (vgl. Coryell et al., 1994; Goldberg, Privett, Ustun, Simon & Linden, 1998; Lee, & Murray, 1988; Spijker et al., 2002).

Wenn wir die zuvor zitierten Daten genauer betrachten, zeigt sich dass die Daten durch die Verwendung von Diagnosesystemen zustande kamen, die auf der Vorstellung basieren, dass die Depression, die generalisierte Angststörung, die Panikstörung und die Zwangsstörung getrennte Einheiten sind. Wenn sie es wirklich wären, würde man erwarten, dass sie unabhängig voneinander auftreten, dass jede Erkrankung ihre eigene spezielle Ätiologie hat und dass jede dieser Störungen gemäß der erkrankungsspezifischen, pathologischen Prozesse auf ihre eigene spezifische Behandlung ansprechen würde. Unsere Ergebnisse können diese Prognosen nicht bestätigen.

Die Studien über Einzelerkrankungen und die Behandlungsrichtlinien für psychische Erkrankungen, die auf dieser Analysemethode basieren, können eine ganze Reihe an wichtigen Diskonfirmationen nicht darstellen. Erstens handelt es sich bei den genauen Diagnoseraten um Konstrukte, welche die klassische Taxonomie durch einen Anschein an Objektivität und Genauigkeit steigern, der trügerisch ist. Die Werte unterscheiden sich, je nachdem welches Diagnose-System verwendet wird, während gleichzeitig keines dieser Systeme zuverlässiger ist als ein anderes (Goldberg, D. & Goodyer, 2005). Es wurde wiederholt festgestellt, dass nur eine Minderheit der Patienten die Kriterien von nur einer Diagnose erfüllen. Bei den Patienten, welche die Kriterien für eine Depression (MDD) erfüllen, ist die Wahrscheinlichkeit neunmal höher, die Kriterien einer anderen Störung zu erfüllen, als zu erwarten wäre (Angst & Dobler-Mikola, 1984, 1985). Die Komorbidität bei Depressionen und Angststörungen liegt bei $\geq 57\%$ (Kessler, R. et al., 2003; Kessler, R. C., Chiu, Demler & Walters, 2005).

Bei 50% bis 90% der Patienten mit einer Achse-I-Störung liegt eine Komorbidität zu einer anderen Achse-I-Störung oder zu einer Achse-II-Störung vor (Ashton, 1980). Die Ersterscheinungen verändern sich häufig im Laufe der Zeit und die Eigenschaften der Depression, Angst, Phobie oder der Zwangsstörung sind teils unauffällig und teils stark ausgeprägt (Vollebergh et al., 2008). Darüber hinaus sind die kategorialen Diagnosen abhängig von Symptommessungen, die nur einen kleinen, ausgewählten Teil der Schwierigkeiten erfassen, unter denen die Patienten leiden. Zu den Schwierigkeiten, unter denen die Patienten leiden, gehören unter anderem die Probleme der interpersonalen und intrapsychischen Funktionalität und Probleme bei der Alltagsbewältigung.

Die Argumente, die für eine gemischten Gruppe, bestehend aus Angst/Depression und häufigen psychischen Störungen sprechen, werden durch die Erkenntnisse gestärkt, dass es bezüglich der Charaktereigenschaften, die bei den unterschiedlichen psychischen Störungen gefunden wurden (Neurotizismus oder negative Affekte), keinen Unterschied zwischen den Diagnosen gibt. Es gibt deutliche Ähnlichkeiten bei der Entwicklungs- und Umweltvorgeschichte, sowie beim normalen Krankheitsverlauf und bei der Art und Weise, wie auf eine Behandlung angesprochen wird. Die Gene für die generalisierte Angststörung sind die gleichen wie die für die Depression (MDD) und es gibt wesentliche Überschneidungen zu den Angststörungen.

Ergebnisse wie diese erfordern eine Vereinheitlichung der Klassifikation der Gruppe der affektiven Störungen bei der Überarbeitung des DSM-IV. (Andrews, Anderson, Slade & Sunderland, 2008; Goldberg, 2010). Man kann sich nur schwer dem Ergebnis entziehen, dass sich die meisten Metaanalysen und Evidenzüberprüfungen der letzten Jahrzehnte auf einem Kriterienkatalog ausgeruht haben, der einen diagnostischen Forschungsrahmen von eindeutig zweifelhafter Validität verwendet hat (Blatt & Zuroff, 2005; Luyten & Blatt, 2007).

Die zuvor beschriebenen Daten geben kaum Hinweise darauf, inwiefern die vermeintlich empirischen Beobachtungen aus dem Bereich der Depressionsforschung die unverwechselbare Handschrift der methodischen Voraussetzungen in sich tragen, unter denen sie hervorgebracht wurden. Die Behauptungen, dass ein bestimmter Beobachtungs- oder Wirklichkeitsbereich neutral oder theoriefrei sei, sind im Grunde genommen falsch. Anstatt wie der Vogel Strauß so zu tun, als ob eine Theorie im Hintergrund wie eine Theorie wäre, die nicht

existiert, könnte eine transparente Darstellung der verwendeten Theorie es ermöglichen, die jeweiligen Annahmen zu überprüfen und die Reihenfolge von Ergebnissen abzuschätzen, die ansonsten unerklärlich wären und nicht miteinander in Verbindung stehen würden. Außerdem ist es vorteilhaft, wenn eine Theorie die derzeitigen Erkenntnisse erklären kann, indem sie deutlich macht, welche Behandlungsbestimmungen und Regelungen der psychosozialen Dienste notwendig sind, damit diese wirksam sind.

Wissenschaftliche Erklärungen als Ganzes basieren auf allgemeinen Gesetzen oder Theorien, die aus den Ergebnissen von Beobachtungen oder Experimenten abgeleitet werden. Die daraus entstandenen Erklärungsansätze werden nicht nur für Prognosen verwendet, sondern werden auch als Modelle benötigt, um die Richtung von zukünftigen Recherchen anzugeben. Es allgemein anerkannt, dass Theorie und Beobachtung voneinander abhängig sind, und dass dies zur Folge hat, dass die Art und Weise wie sich der wissenschaftliche Kenntnisstand weiterentwickelt, enorm erschwert wird (vgl. Braithwaite, 1955).

Aufgrund dieser Umstände werde ich einen Überblick über die entwicklungspsychologische/psychoanalytische Theorie der Depression und vergleichbarer Erkrankungen geben. Dies ermöglicht es uns, die Daten unter diesem besonderen Blickwinkel zu beleuchten. Der von mir beschriebene Zugang zu einem entwicklungspsychologischen/psychoanalytischen Modell ist nicht der einzig mögliche. So wurden z.B. ähnliche Modelle mit etwas anderen Schwerpunkten von Bleichmar (1996) und Blatt (2004) aufgestellt.

In der psychoanalytischen Theorie werden Trauer und Depression als zwei verschiedene biopsychologische Reaktionsarten auf Verlust angesehen. Man geht davon aus, dass jeder Verlust oder sogar ein drohender Verlust Furcht, Angst und Wut auslösen kann. Die Affektsysteme, die mit Kampf/Flucht und mit dem Fürsorge-/Pflegeverhalten zusammenhängen, werden unmittelbar aktiviert und gleichzeitig gestört. Der Organismus bemüht sich, Bewältigungsmöglichkeiten für diese potentiell starken Reaktionen zu finden. Es war Freud (1917), der die mentalen Prozesse der Trauer mit den Prozessen der Depression verglichen hat. Die Tatsache, dass diese beiden wesentlichen emotionalen Zustände einen gemeinsamen Ursprung im Verlust haben, erklärt warum sie nebeneinander existieren können und in bedeutsamen Maße mit einander interagieren können. In Bezug auf die

psychologische Bedeutung von Verlust unterscheidet man deutlich zwischen unfallbedingten Todesfällen, wie dem vorzeitigen Tod eines geliebten Objektes, und natürlichen Todesfällen. Beispielsweise ist der Verlust der infantilen Allmachtsphantasien unvermeidlich, denn dieser entspringt aus dem Erleben der ödipalen Niederlage aufgrund der Beobachtung des gemeinsamen Agierens der Eltern als Ehepaar. Sowohl die Erfahrung als auch die Akzeptanz dieser Erfahrung sind notwendig für die weitere normale Entwicklung.

Im Grunde genommen handelt es sich bei der Fähigkeit zu trauern um eine adaptive Fähigkeit, die einen Verzicht beinhaltet. Die entsprechenden psychologischen Prozesse werden als Notwendigkeit für ein geistiges Wachstum angesehen und führen auf einer anderen Ebene dazu, dass die Fähigkeit, Liebe zu fühlen, wiedererlangt wird. Die Trauer um ein verlorenes und geliebtes Objekt oder um einen verlorenen Zustand ist eine Möglichkeit, um sich von einer Depression zu erholen und wieder gesund zu werden. Dies geschieht im Verlauf von selbstbegrenzenden Depressionen, die häufig an einem Wendepunkt im Leben auftreten. Bei Personen, die anfällig sind für weniger stark ausgeprägte Formen von Depression sind — Dysthymie, langfristige „unterschwellige“ Symptome, wiederkehrende, chronische oder „behandlungsresistente“ Depression — wird vom psychoanalytischen Modell die Existenz von langfristigen Schwierigkeiten bei der Toleranz und Anpassung an die fundamentale Trennung von Liebesobjekten postuliert.

Man geht davon aus, dass sich die depressive Diathese im Verlauf der infantilen, kindlichen und jugendlichen Entwicklung bildet. An diesem Prozess sind komplexe Wechselwirkungen zwischen genetischen und suboptimalen Umwelteinflüssen beteiligt, die vor allem durch frühe Beziehungen vermittelt wurden. Dies hat zur Folge, dass diese Personen nicht in der Lage sind, die gegensätzlichen Affekte von Liebe und Hass zu bewältigen, die zwangsläufig im Zusammenhang mit Abwesenheit und Verlust entstehen und sich gleichzeitig weiterhin bis zu einem gewissen Grad sicher zu fühlen. Unter diesen Umständen ist wesentlich schwieriger, Verlust und Verzicht akzeptieren zu können. Die verzweifelten Anstrengungen, das geliebte Objekt von den Aggressionen zu verschonen, haben bei einer depressiven Person einen intensiven und schmerz erfüllten inneren Kampf zur Folge. Bei diesem „Verschonen“ handelt es sich um die „Conditio-qua-non“-Formel einer Depression, die ihre ethische Dimension darstellt.

Während eine trauernde Person bewusst mit dem Verlust beschäftigt bleibt, weiß die zutiefst deprimierte Person oft nicht mehr, warum sie eigentlich depressiv ist. In der Trauer fühlt es sich, an als hätte die Welt etwas oder jemanden von wesentlicher Bedeutung verloren. In der Depression wird dagegen das Selbst sehr deutlich als schlecht oder als herabgesetzt erlebt. Diese Veränderung beim Selbst entsteht durch die Identifizierung mit dem verlorenen Objekt. Die Identifizierung wird als ein hauptsächlich unbewusster Mechanismus gesehen, der „das Gleiche werden wie“ beinhaltet. Bei einer Depression erfolgt die Identifikation auf der Grundlage der Sympathie mit dem Objekt, manchmal aufgrund von Schuldgefühlen oder mitunter als Möglichkeit, um die Beziehung mit der verlorenen Person aufrecht zu erhalten – besser gegenwärtig/innerhalb als abwesend/außerhalb. Der Versuch, das Objekt von den Aggressionen zu verschonen, bedeutet zwangsläufig, dass die Aggressionen nach innen gerichtet werden, da Aggressionen nicht einfach verdrängt werden können. Menschen mit einer Depression haben die Überzeugung, dass sie schlecht oder hasserfüllt sind, dass sie nicht gemocht beziehungsweise gehasst werden, weil sie ihre unbefriedigten oder kritischen Gefühle nach innen richten. Viele der somatischen und vegetativen Symptome einer Depression ergeben sich aus den Gefühlen der Erregung, Feindseligkeit und Angst. Diese Gefühle wurden teilweise auf psychischer Ebene gehemmt und bleiben auf somatischer Ebene und auf der vertrauteren symbolischen und repräsentativen Gefühls- und Gedankenebene aktiv.

Eine verinnerlichte Struktur vermittelt, dass die Aggressionen und Ängste gegen das Selbst gerichtet werden. Bei dieser Struktur handelt es sich um die kritische Instanz, die als Über-Ich bekannt ist. Wegen des dualen Charakters dieser kritischen Instanz zeigt sich bei der jeweiligen Person sowohl eine Verfolgungsangst vor Kritik oder Vorwürfen, als auch eine Sympathie gegenüber dem Objekt. Im Rahmen einer depressiven Erkrankung steigt der Schweregrad der Über-Ich-Störung teilweise so weit, dass eine wahnhafte Ebene erreicht wird. Das Über-Ich wird von den stärker gewordenen, feindlichen und neidischen Gefühlen des Individuums so beeinflusst, dass dies für eine Person, die bei ansonsten unveränderten Bedingungen seine Aggressionen mehr gegenüber anderen immer stärker kontrolliert, die als abwesend und enttäuschend erlebt werden, dies zur Folge hat, dass seine Über-Ich-Störung umso schwerer wird. Die größte Gefahr für das Selbst ist der Verlust von Anerkennung und Liebe beim Über-Ich. Ohne dieses Gefühl der

inneren Wertschätzung gibt es viel weniger Gründe, um am Leben zu bleiben und auch die Überlebensfähigkeit nimmt ab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die entwicklungspsychologische/psychoanalytische Depressionstheorie auf der Vorstellung basiert, dass die dafür anfälligen Personen eine übermäßige Bedürftigkeit, Abhängigkeit und Ambivalenz in ihren Liebesbeziehungen erleben, und dass diese Eigenschaften ihren Ursprung in der Kindheit und Jugend haben. Nach einem Objektverlust prädisponieren diese Eigenschaften für eine Depression und für eine gesteigerte Vulnerabilität, die ein Leben lang bestehen bleibt. Diese Vulnerabilität zeigt sich nach außen in der Neigung zu einer depressiven Verstimmung bzw. getrübtten Stimmung, zu einer übermäßigen Angst und zu verschiedenen Problemen bei stabilen Liebesbeziehungen. Auch die frühen Fütterungserfahrungen und affektiven Bindungserfahrungen sind zentral für die Entwicklung dieser Vulnerabilität und spielen eine wesentliche Rolle bei der optimalen Entwicklung der Pflege- und Schutzsysteme und bei der Entwicklung von Kampf/Flucht-Systemen. Zudem ist eine suboptimale Funktionsweise dieser Systeme bei der späteren Vulnerabilität für depressive Störungen im Erwachsenenalter von Bedeutung. Die früheren Entwicklungsprobleme beim Objektverlust werden im Verlauf der späteren Arbeits- und Liebesbeziehungen wieder heraufbeschworen. Dies bedeutet, dass „jede Objektsuche ein erneutes Suchen ist“ (Freud, 1917) und dass jeder Verlust einen früheren Verlust wieder aufleben lässt (Klein, 1940). Eine Mischung aus genetischen und umweltbedingten Faktoren nimmt Einfluss auf die verschiedenen Ebenen der Schwere, Chronizität und Therapieresistenz der Depression. Einige dieser Faktoren werden vermittelt durch die Entwicklung eines schwer gestörten oder neidischen Über-Ichs. Die Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren (einschließlich intergenerationaler Faktoren) und anlagebedingten (genetischen) Faktoren bleiben lebenslang bestehen.

Aus Platzgründen beschränke ich mich auf einen Überblick über die beträchtliche Menge an objektiven, empirischen Belegen aus entwicklungspsychologischen, bindungstheoretischen, genetischen, neurowissenschaftlichen und psychoanalytischen Studien, auf die sich das hier vorgestellte Modell stützt. Einen Überblick über das Thema bieten Goldberg, D. (2009), Hill (2009), Murray (2009), Taylor (2009), Fonagy (2009) und mehrere Kapitel in diesem Band .

Die Outcome-Evidenz der psychoanalytischen/psychodynamischen Ansätze zur Behandlung von Depression

Die bisherigen Überlegungen vertreten die Meinung vieler Forscher und Kliniker, dass die derzeitige Art und Weise, wie Daten klassifiziert und analysiert werden zur Folge hat, dass aufschlussreiche Zusammenhänge zergliedert werden, die zwischen den verschiedenen Symptomarten bestehen, welche bei Patienten mit einer breiteren Gruppe von „psychischen Störungen“ vorliegen. Seit den letzten 25 Jahren dominiert in der Forschung und bei der Entwicklung von Leitlinien (einschließlich derjenigen des NIHCE) die Vorstellung von verschiedenen homogenen geistigen „Krankheiten“. Sie hat einen großen Einfluss darauf, welche Art von Studie durchgeführt wird und welche Arten von Ergebnissen zur Verfügung stehen. Der folgende Abschnitt richtet sich gegen diese Vorstellung und führt eine sorgfältige Betrachtung der Ergebnisse einiger Metaanalysen und Studien durch, die das Konzept der psychischen Störungen als eine Methode verwendetet haben, um die Studienpopulationen zu beschreiben und deren Maßstäbe für depressive Symptomen häufig verwendet wurden.

Psychodynamische Kurzzeittherapie (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy, STPP)

Entsprechend der allgemeinen Verwendung werden die verschiedenen kurzzeitigen Formate, ob strukturiert oder non-direktiv, gemeinsam als psychodynamische Kurzzeittherapie (STPP) bezeichnet. Die meisten RCTs, welche die Effektivität der psychoanalytischen oder psychodynamischen Ansätze untersuchen, haben auch Formen von STPP untersucht. Diese bestehen im Allgemeinen aus nicht mehr als 20 Sitzungen. Diese Adaptionen der psychodynamischen oder psychoanalytischen Psychotherapie beziehen sich in der Regel einen bestimmten Fokus oder eine relativ strukturierte Interpretationsweise bezüglich der Art und Weise, wie sich die Patienten darstellen. Kürzere Therapien neigen dazu, das psychoanalytische Verständnis über die Übertragung und die Herkunft der vorbewussten und unbewussten Konflikte der Depression zu verwenden, jedoch wird dieses Verständnis nicht in der gleichen Tiefe

wie bei den psychoanalytischen Langzeittherapien (LTTP) verwendet. Auf die Evidenz bezüglich dieser längeren Verfahren wird an späterer Stelle in diesem Kapitel eingegangen.

Die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung von psychischen Störungen

Bei der „Mutter aller Metaanalysen“, eine Metaanalyse über 45 Metaanalysen über die Ergebnisse aus einer Vielzahl von kurzen psychologischen, pädagogischen und behavioralen Behandlungsstudien mit einem ebenso breiten Spektrum an nicht-psychotischen Störungen, haben Lipsey und Wilson (1993) mit einem „generischen“ Modell gearbeitet, um die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen einschätzen zu können. Im Vergleich zu den Wartelisten-Kontrollgruppen oder den Kontrollgruppen mit minimaler Behandlung betrug die Effektstärke bei allen psychologischen Therapieformen +0.76. Dies deutet darauf hin, dass die Nachbehandlungsbedingungen bei denjenigen, die irgendeine Form von psychologischer Kurzzeittherapie erhalten, um etwa drei Viertel der Standardabweichung (eines sehr heterogen zusammengesetzten Datensatzes) besser sein werden, als die Bedingungen derjenigen, die keine Behandlung erhalten. Dies stellt wahrscheinlich einen erstrebenswerten Nutzen dar, jedoch ist es wegen der begrenzten Möglichkeiten der Kurzzeittherapieforschung schwierig gewesen, einen klaren Ordnungsunterschied zwischen dieser Effektgröße und der Effektgröße aufzuzeigen, die mit dem Placebo oder der sogenannten „regulären Behandlung“ assoziiert ist, vor allem da die Behandlung von guter Qualität sein sollte.

Trotz zahlreicher Widerlegungsversuche wird der Leser sehen, wie sich unspezifische Studienergebnisse anhaltend durch die Psychotherapieforschung ziehen. Dies ist das sogenannte „Äquivalenzparadoxon“: Es bezieht sich darauf, dass es für die Kurzzeittherapie-Ergebnisforschung schwierig war, spezifische Unterschiede in Bezug auf den Wirkungsgrad, den Zustand oder die Art der Psychotherapie aufzuzeigen. Aus diesem Grund werden die vergangenen Jahrzehnte der Psychotherapieforschung von erfahrenen Forschern wie Lambert (1992) wie folgt zusammengefasst: “the generic efficacy of psychotherapy compared to no-treatment has been established for a long time [...] from mildly disturbed persons with specific limited symptoms as well as from severely impaired patients [...]

study after study, meta-analysis after meta-analysis, have empirically validated psychotherapy as a treatment“ (p.97). Dieselben Ergebnisse prägten den Begriff „Dodo-Bird-Verdikt“, der von Luborsky, Singer und Luborsky (1972) eingeführt wurde. Dieser Begriff beschreibt die Art und Weise, wie sämtliche Forschungsfelder der Psychotherapie Ergebnisse aufzeigen können, die nachweisen, dass die jeweilige Therapieform wirksam ist. Dieser Begriff stammt ursprünglich aus „Alice im Wunderland“ von Lewis Carroll, wo der Dodo bekannt gibt, dass „everybody has won and all must have prizes“, um zu vermeiden, dass es nach einem Wettlauf zu Streitereien kommt. Jedoch kann dieser „Dodo-Bird-Verdikt“ zu falschen Schlussfolgerungen führen. Es geht nicht um die Absicht, dass alle einen Preis bekommen sollen. Es gibt Sieger und Verlierer.

Die Wirksamkeit von „generischen“ psychologischen Therapien zur Behandlung von Depression

Robinson, Berma und Neimeyer (1990) fanden in ihrer erstaunlich klaren Rezension über 58 kontrollierte Studien über die Anwendung von Psychotherapien bei Patienten mit Depressionen Effektstärken von 0.73 nach der Behandlung und 0.68 beim Follow-up. Diese Effektstärken liegen in derselben Größenordnung wie die zuvor zitierten Ergebnisse bei einer wesentlich breiteren Störungsgruppe. Die Zahlen deuten darauf hin, dass diese verschiedenen Arten von Psychotherapie insgesamt einen eher „mäßigen Nutzen“ bei der Behandlung von Depression darstellen im Vergleich zu einer Behandlung ohne Psychotherapie. Bei den anfänglichen Auswertungen der Autoren konnte festgestellt werden, dass die Effektstärken der kognitiven, der Verhaltens-, und der kognitiven Verhaltenstherapie ungefähr doppelt so hoch waren als die der „gängigen Gesprächstherapien“ (zu dieser Kategorie gehört auch die STPP). Wenn das Behandlungsengagement der Forscher und die Versuchsqualität mit berücksichtigt wurde, verschwand dieser Unterschied. Das endgültige Ergebnis war, dass es „keinen erwiesenen Unterschied“ zwischen der Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen bei der Behandlung von Depression gab. Jede Therapieform hat zum abschließendem Gesamteffekt ungefähr gleich viel beigetragen.

Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon und Andersson (2010) und Cuijpers, van Straten, Bohlmeijer, Hollon und Andersson (2010) haben den Zusammenhang

zwischen der Qualität und der angegebenen Effektstärke von Outcome- und Metastudien über Psychotherapie bei erwachsenen Patienten mit Depressionen untersucht. Die Autoren haben festgestellt, dass nur 11 der 115 RCT's aus ihrer Stichprobe sämtliche Qualitätskriterien erfüllten. Die Effektstärke von qualitativ hochwertigen Studien ($d=0,22$) war wesentlich geringer als die der anderen Studien ($d=0,74$; $p<0,001$). Mit anderen Worten: Diese Effektstärken wurden in Bezug auf die Anzahl der notwendigen Behandlungen (number needed to treat, *NNT*) auf 8 in den qualitativ hochwertigen Studien, und auf 2 in Studien von geringerer Qualität umgerechnet. Das bedeutet, dass die Ergebnisse aus den qualitativ hochwertigen Studien darauf hindeuten, dass acht Einzelpersonen behandelt werden müssen, damit in der einen Gruppe eine Person mehr als in der Kontrollgruppe wieder gesund wird. Diese Ergebnisse weisen zudem stark darauf hin, dass die Wirksamkeit von allen Psychotherapieformen zur Behandlung von erwachsenen Personen mit einer Depression überschätzt wurde aufgrund der geringen methodologischen Qualität vieler RCT's. Zusätzlich deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Wirkung aller möglichen Kurzzeittherapien erheblich geringer ist als meist angenommen.

Die spezifische Wirksamkeit von STPP im Vergleich zu den Kontrollgruppen „ohne oder mit minimaler Behandlung“ bei Patienten mit Depression

In der Cochrane-Review von Abbass, Hancock, Henderson und Kisley (2006) konnten nur zwei RCT's mit hinreichender Qualität gefunden werden in Bezug auf die vorliegenden Daten zu der spezifischen Fragestellung über die Wirkung von STPP im Vergleich zu den Gruppen ohne Behandlung oder zu TAU-(=Treatment as usual) Patienten mit einer Depression. Insgesamt waren es 23 RCT's, welche die STPP zur Behandlung von psychischen Störungen untersucht haben. In einer früheren Rezension hatten Leichsenring, Rabung und Leibling (2004) noch eine dritte Studie gefunden. Bei diesen drei Studien handelt es sich um folgende:

1. De Jonghe et al. (2004) haben zur Behandlung von Erwachsenen mit einer leichten bis mittelschweren Depression (bei 75% betrug die Dauer der Erkrankung weniger als 2 Jahre) eine einzelne Form von STPP (max. 16 Sitzungen) mit STPP in Zusammenarbeit mit Antidepressiva verglichen. Die Wirksamkeit der zwei Behandlungsweisen ist in Bezug auf die Effektstärke,

basierend auf dem Unterschied zwischen der Referenzmessungen und der Messungen nach 24 Wochen bei beiden Gruppen, stark (d.h. $\geq 0,8$) und mehr oder weniger äquivalent gewesen, obwohl es deutliche Unterschiede in ihrer Akzeptanz bei den Patienten gab. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Lipsey und Wilson (1993). Diese Studie wird an späterer Stelle in diesem Kapitel noch genauer betrachtet.

2. In Bezug auf die Behandlung von Depressionen (major depressive disorder, MDD) bei älteren Menschen haben Thompson, Gallagher und Breckenridge (1987) 16-20 STPP-Sitzungen mit der gleichen Anzahl an kognitiver Verhaltenstherapie- (KVT), Verhaltenstherapie-Sitzungen (VT) und einer "Wartelisten"-Kontrollgruppe verglichen. Nach 6 Wochen zeigte sich bei den Patienten, die eine Behandlung erhielten, eine Verbesserung des Zustandes, die sich in der Kontrollgruppe nicht zeigte. Zudem beziehen sich die Ergebnisse dieser Studie auf die relative Wirksamkeit der unterschiedlichen Psychotherapieformen. Diese wird an späterer Stelle in diesem Kapitel noch genauer betrachtet.
3. Bezüglich der Behandlung von postnataler Depression verglichen Cooper, Murray, Wilson und Romaniuk (2003) die Wirksamkeit von drei kurzen Interventionsformen, von denen eine aus 10 psychodynamischen Therapiesitzungen bestand, mit der Wirksamkeit der Grundversorgung für Frauen in der postpartum-Phase, welche die Kriterien für eine Depression (MDD) erfüllten. Nach 4½ Monaten wurden 70% der Frauen aus der psychodynamischen Gruppe als gesund angesehen im Vergleich zu 40% aus der Kontrollgruppe (R.R. 1.89). Allerdings war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen nach dem 9-monatigen Follow-up nicht mehr so deutlich. Zudem war es mithilfe dieser drei Interventionsformen nicht möglich, das Auftreten von weiteren depressiven Episoden zu verhindern. Die psychodynamische Psychotherapie scheint jedoch den Genesungsprozess zu beschleunigen. Letzendlich kam es bei der Mehrheit der Fälle zu einer Genesung, allerdings dauerte dieser Genesungsprozess länger als bei der psychodynamischen Psychotherapie. Im Gegensatz zu den meisten RCT's, hatte diese Studie einen 5-Jahres-Follow-up. Da die postnatale Depression bei der intergenerationalen Weitergabe eine Rolle spielt, sind ein langer

Follow-up und die damit gewonnenen Erkenntnisse von besonderer Bedeutung (Murray, 2009).

4. In einer vierten RCT-Studie, die nicht in die Rezension von Abbass et al. (2006) einbezogen wurde, hat man die STPP mit einer "Wartelisten"-Kontrollgruppe und mit einer unterstützenden Kurzzeittherapie bei Patienten mit einer Dysthymie, mit einer nicht näher bezeichneten depressiven Störung oder mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Stimmung nach DSM-IV, verglichen (Cooper et al., 2003).

Die Wirksamkeit von STPP bei der Behandlung von psychischen Störungen im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne oder mit minimaler Behandlung

Gemäß der zuvor beschriebenen psychoanalytischen Theorie sind Depression, Angst, zwanghafte Merkmale, Persönlichkeitsprobleme und eine Vielzahl an subtileren Erscheinungsformen auf psychodynamische Weise miteinander verbunden. Eine steigende Anzahl an Psychiatern, psychoanalytisch geschulten Klinikern und Forschern zweifelt schon lange an der Validität für den Gebrauch eines einzelnen Diagnosekonzeptes über Depressionen in Outcomestudien. Viele gehen davon aus, dass es wesentlich mehr Sinn macht, wenn die Behandlungseffekte bei Patientenstichproben mit gemischten oder kombinierten Störungen untersucht werden. Wie bereits erwähnt haben die Suchkriterien aus den Leitlinien für einzelne Störungen, wie die des NIHCE, folgende Studienarten ausgeschlossen:

1. Leichsenring et al. (2004) konnten sieben RCT's mit ausreichender Qualität finden, welche die STPP im Vergleich zu Gruppen „ohne Behandlung“ oder TAU bei verschiedenen psychischen Störungen untersucht haben. Die Autoren fanden heraus, dass die STPP den „Placebo-“ Gruppen „deutlich überlegen“ war. In Abhängigkeit vom gemessenen Bereich (Zielproblem, allgemeine psychiatrische Symptome und soziales Verhalten) und vom Maßstab lagen die Effektstärken zwischen 0.59 und 1.17. Zudem fand man heraus, dass bei der Gruppe „ohne Behandlung“ die „vorher“- und „nachher“-Effektstärken zwischen 0.12 und 0.27 lagen. Mit TAU konnten höhere

Effektstärken erzielt werden, die je nach Intensität, Angemessenheit und Qualität der TAU, zwischen 0.22 und 0.95 lagen.

2. In der Rezension von Abbass et al. (2006) über 23 RTC's wurde die Wirksamkeit von STPP im Vergleich zur Wirksamkeit bei Gruppen „ohne Behandlung“ oder TAU bei psychischen Störungen untersucht. Die Patientenstichproben, die ursprünglich nach spezifischen Störungen ausgewählt wurden, wurden vermischt. Zu diesen gehörten somatoforme Störungen (Reizdarmsyndrom, chronische Schmerzen, usw. ...), Angst- und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen und psychiatrische Patienten in ambulanter Behandlung. Bei einigen dieser Studien bestanden die Stichproben aus chronisch erkrankten, schwer behandelbaren Patientengruppen mit komorbiden Störungen. Nur acht von ihnen überschritten sich mit der Rezension von Leichsenring et al. (2004). Zusammengefasst bestanden die 23 Studien aus insgesamt 1.431 Patienten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die STPP (durchschnittliche Anzahl an Sitzungen =15) zu geringen bis mäßigen Verbesserungen in vielen Symptomkategorien bei einer Vielzahl an Patienten erzielt. Darüber hinaus konnten diese Verbesserungen meist aufrecht erhalten werden oder durch eine langfristige Nachsorge gesteigert werden.
3. Bei Mischformen von Störungsbildern zeigte sich in den Metaanalysen von Svartberg und Stiles (1991), Crits-Christoph (1992) und Anderson und Lambert (1995), dass mit der STPP sowohl bei kurz- als auch bei längerfristigen Follow-ups eine bessere Wirkung erzielt werden konnte im Vergleich zu keiner oder minimaler Behandlung.

Die Wirksamkeit von STPP verglichen mit keiner oder geringer Behandlung bei psychisch gestörten Patienten mit depressiver Symptomatik

Bei der zusammengesetzten Gruppe mit psychischen Störungen aus den Berichten von Leichsenring et al. (2004) und Abbass et al. (2006) wurden viele Patienten mit einer deutlichen depressiven Symptomatik einbezogen. Bei Abbass et al. (2006) wurden bei 14 von 23 Studien Messinstrumente für Depressionen verwendet. Bei den Kontrollgruppen zeigte sich hinsichtlich der depressiven Symptome eine

kurzfristige standardisierte Mittelwertsdifferenz (Standardized Mean Difference, *SMD*) von 0.59 (≤ 3 Monate, 11 Studien), mittelfristig lag die *SMD* bei 0.41 (3-9 Monate, 5 Studien), und „langfristig“ betrug die *SMD* 0.98 (≥ 9 Monate, 6 Studien). Die Ergebnisse deuten auf mäßige Behandlungseffekte hin, das Ergebniss des Lanzeit-Follow-ups ist wesentlich bedeutsamer.

Die Wirksamkeit von STPP verglichen mit anderen Psychotherapieformen

In den Metaanalysen von Anderson und Lambert (1995), Crits-Christoph (1992) und in der Studie von Leichsenring et al. (2004) zeigte sich, dass die STPP genauso wirksam ist wie die anderen Psychotherapieformen. Nur in der Metaanalyse von Svartberg und Stiles (1991) deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die STPP weniger wirksam ist als andere Kurzzeittherapien, wie z.B. die KVT. Als Qualitätskontrollen eingeführt wurden zeigte sich, dass die vermeintlich bessere Wirksamkeit wesentlich geringer ausfiel.

Die Wirksamkeit von STPP verglichen mit kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltenstherapie für die Behandlung von Depression

Churchill et al. (2001) führte eine systematische Überprüfung von kontrollierten Studien über Kurzzeitherapien bei Depression durch, die alle Teil des Gesundheitstechnologiebewertungs-Programms (Health Technologie Assessment) des National Health Service (NHS) in Großbritannien waren. Er konnte sechs Studien (fünf RCT's und eine CCT) ausmachen, bei denen die STPP mit der KVT (beide weniger als 20 Sitzungen) verglichen wurde. Die dichotome Datensammlung deutet darauf hin, dass am Ende der Behandlung die Heilungschancen der Patienten, die KVT erhielten, doppelt so hoch waren wie bei den Patienten, die STPP erhielten.

Die Autoren berücksichtigten bei diesen Studien die Wahrscheinlichkeit für eine Vorliebe gegenüber einer KVT-Behandlung. Deutlich mehr als die Hälfte der Studien wurde von Forschern mit einer Vorliebe für die KVT durchgeführt, die Psychodynamische Therapie wurde bei den Studien nur als eine sekundäre

Vergleichsbehandlung verwendet. Der Unterschied zwischen KVT und STPP verschwand, wenn die Bewertung der Studien- und Behandlungsqualität berücksichtigt wurde. Zudem konnte bei den Studien, die Follow-up-Daten angaben, keine Unterschiede zwischen der KVT und der psychodynamischen Kurzzeittherapie festgestellt werden. Bei zwei Studien fand nach drei Monaten ein Follow-up statt und bei der dritten Studie nach einem Jahr. Die restlichen Studien stellten keine Follow-up-Daten zur Verfügung.

Leichsenring et al. (2004) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie konnten bestätigen, dass mit einer STPP die depressiven Symptome vor und nach der Therapie signifikant verringert werden konnten. Die Autoren konnten bei 58 aus insgesamt 60 möglichen Gegenüberstellungen zwischen STPP und KVT keine Unterschiede feststellen, während bei zwei Studien die Wirksamkeit von der KVT minimal besser war. Der Mittelwert wurde vor und nach den Erfolgsquoten ermittelt und lag für die STPP bei 46% und für die KVT bei 54%, womit die Effektstärke bei der KVT geringfügig höher war. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Wampold, Minami, Baskin und Callen Tierney (2002).

Es zeigte sich durchweg, dass das Engagement des Forschers einen merklichen Einfluss auf die Stärke und Richtung der angegebenen Wirkung hatte (der Forscher-Effekt!). Cuijipers, Smit, et al. (2010) und Cuijipers, van Straten, et al. (2010) untersuchten die Effektstärken aus Studien, die psychologische Behandlungen mit einer Kontrollbehandlung einschließlich anderer Psychotherapieformen und Medikation verglichen haben. Die mittlere Effektstärke der 177 randomisierten Studien betrug insgesamt 0.67. Jedoch wies die Asymmetrie des Funnel plots darauf hin, dass 26 Studien fehlten, die vermutlich nicht angegeben wurden, und dass unter Berücksichtigung dieser fehlenden Studien die wahre Effektstärke bei 0.49 lag. 89 von insgesamt 1754 Gegenüberstellungen waren nicht überzeugt von der Wirksamkeit der KVT. Jedoch konnten auch für andere Psychotherapieformen (einschließlich der STPP) mögliche Befangenheitsgründe gefunden werden. Die Psychotherapieforschung über Frauen mit einer postnatalen Depression (vor allem die zuvor zitierte Studie von Cooper et al.) und über interpersonelle Psychotherapie (IPT) bilden die große Ausnahme. Bei keiner dieser Studien konnte ein Publikationsbias - die bevorzugte Berichterstattung von Studien, bei denen sich ein positiver Effekt abbildet - nachgewiesen werden, obschon die Anzahl solcher Studien gering war.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie verglichen mit Antidepressiva

Wenn die Psychotherapie oder eine medikamentöse Behandlung alleine verwendet werden, scheinen beide Behandlungsweisen nach Roth und Fonagy (2004) ungefähr gleich wirksam zu sein. Nicht alle, aber die meisten dieser Vergleichsdaten betreffen IPT- und KVT-Studien. Robinson et al. (1990) konnten in einem früheren Forschungsbericht 15 Studien ausmachen, die sich mit dieser Fragestellung beschäftigt haben. Bei einigen dieser Studien wurden auch die Effekte bei einer Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie untersucht. Bei acht der 15 Studien wurde die KVT untersucht, bei drei Studien die Verhaltenstherapie und vier Studien untersuchten eine Therapieform, die von den Autoren als „allgemeine Gesprächstherapie“ bezeichnet wird und psychodynamische Ansätze beinhaltet. Bei diesen Studien ergab sich eine geringe Effektstärke zugunsten der Psychotherapie, die jedoch künstlich entstanden sein kann.

Im Allgemeinen ist die Interpretation dieser und ähnlicher Ergebnisse relativ kompliziert und nicht eindeutig. In den meisten Vergleichsstudien werden keine Medikamentenplacebo-Kontrollen mit eingeschlossen. Es ist extrem schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, eine effektive Verschleierung oder blinde Bedingungen bei einer Psychotherapie zu erzeugen. Je mehr man die Effekte des Forscherengagements berücksichtigt, um so schwieriger wird es, in Bezug auf die Unterschiede zwischen Psychotherapie und Pharmakotherapie die Existenz von zuverlässigen und stabilen Mustern nachzuweisen. Zudem gab es in den Metaanalysen, welche die Ergebnisse der Studien über Antidepressiva überprüft haben, starke Hinweise auf einen Publikationsbias, was umgangssprachlich als „file-drawer-effect“ („Schubladenproblem“) bezeichnet wird (siehe Kirsch et al., 2008; Turner, Matthews, Lindardatos, Tell & Rosenthal, 2008). Das Schubladenproblem war dafür verantwortlich, dass es zu einer künstlichen Steigerung der Wirksamkeit von Antidepressiva kam. Wie bereits zuvor beschrieben hat sich herausgestellt, dass auch bei Studien zur Psychotherapie ähnliche Hinweise auf einen Publikationsbias und selektive Berichterstattung eine Rolle spielen.

Im Rahmen einer Primärversorgung haben Salminen et al. (2008) in ihrer Studie die Wirksamkeit von STPP (16 wöchentliche Sitzungen) und von Fluoxetin bei leichter und mittelschwerer Depression (MDD) miteinander verglichen. Beide

Behandlungsformen waren hoch effektiv zur Verringerung der Messwerte bei der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ($p < 0.0001$) und beim Behavior Description Interview (BDI) ($p < 0.0001$) und konnten zudem die Funktionsfähigkeit ($p < 0.0001$) verbessern. Es gab keine statistisch relevanten Unterschiede zwischen den Behandlungsformen (SMD 0.03; 95% Confidence Intervals (CI) $-0.52, 0.58$). 40 von 51 Patienten haben einen 4-monatigen Follow-up beendet. Hier trat bei 57% der STPP-Gruppe und bei 68% der Fluoxetin-Gruppe eine Besserung ($=\text{HDRS} \leq 7$) ein. Wegen der nicht vorhandenen Placebobindungen, der kurzen oder unvollständigen Nachuntersuchung und wegen der breiten Konfidenzintervalle können die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretiert werden, obwohl die Versuchsergebnisse darauf hindeuten, dass sowohl die STPP als auch Fluoxetin zur Reduktion der Symptome und zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit wirksam sind.

De Maat et al. (2008) haben die Datensätze von drei früheren RCT's (de Jonghe et al., 2004; de Jonghe, Kool, van Aalst, Dekker & Peen, 2001) miteinander verknüpft, um die Wirksamkeit von Antidepressiva mit der Wirksamkeit einer unterstützenden psychodynamischen Kurzzeittherapie (short psychodynamic supportive psychotherapy, *SPSP*), die aus 16 Sitzungen besteht, miteinander zu vergleichen. Auf diese Studien wird später noch näher eingegangen. Es wurden folgende Vergleiche angestellt: Die Wirksamkeit der SPSP zusammen mit Antidepressiva im Vergleich zur reinen Medikation von Antidepressiva bei Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Depression (MDD) (de Jonghe et al., 2001), die Wirksamkeit der SPSP in Kombination mit Antidepressiva im Vergleich zur SPSP allein (de Jonghe et al., 2004) und schließlich die Wirksamkeit von zwei unterschiedlich intensiven kombinierten Therapien (Medikation plus acht oder 16 SPSP-Sitzungen). Auf der Hamilton-Skala (*HRSD*) konnte kein Unterschied zwischen der psychodynamisch unterstützenden Kurzzeittherapie (SPSP) und der Pharmakotherapie gezieht werden. Allerdings scheint die Psychotherapie in Bezug auf die Symptomreduktion, paradoxerweise jedoch nicht in Bezug auf die Verbesserung der Lebensqualität, von den Patienten und Therapeuten besser bewertet zu werden als die medikamentöse Therapie.

Es gibt einige Hinweise darauf, dass Antidepressiva bei schwer depressiven Patienten wirksamer sind als bei Patienten mit einer leichten oder mittelschweren Depression oder bei Patienten, bei denen die komplexen psychosozialen Faktoren

der Krankengeschichte und der Persönlichkeit eine wesentliche Rolle bei der Symptomdarbietung spielen (Thase et al., 1997).

Die Wirksamkeit von Kombinationstherapien

Augmentation der STPP mit Antidepressiva (im Vergleich mit STPP ohne Medikation)

In der Studie von de Jonghe et al. (2004) wurde untersucht, ob bei Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Depression, die allein mit STPP behandelt wurden, die Beigabe von Antidepressiva bei insgesamt 16 STPP-Sitzungen zu einer Ergebnisverbesserung führt. Eine Stichprobe aus 200 ambulanten psychiatrischen Patienten mit einer Depression (MDD) wurde 6 Monate lang behandelt und verfolgt.

Mit beiden Varianten konnten ähnlich positive Effekte erzielt werden. Die Erfolgsquote der STPP-Gruppe betrug 73% während die Erfolgsquote der kombinierten Therapie bei 81% lag, die prä- und post-HRSD-Effektstärken lagen bei 1.22 und 1.53. Nach 24 Wochen sanken die durchschnittlichen Anfangswerte der Hamilton-Skala von 18 auf 10. Die Vergleichsergebnisse deuten auf einen kleinen Nutzen bei der Kombination von Antidepressiva mit STPP hin, allerdings konnte hier nur eine Signifikanz bei den Selbstberichten der Patienten (mit einer mittleren Effektstärke von 0.49) erreicht werden. Da es in der Studie keine Placebokontrollen gab, kann dieser Effekt nicht auf den pharmakologischen Wirkstoff zurückgeführt werden.

Weitere relevante Ergebnisse betrafen die Haltung der Patienten gegenüber beiden Behandlungsformen. Die Psychotherapie schien allgemein eher akzeptiert zu werden als das Medikament, obwohl 25% der Patienten die Psychotherapie abbrachen. Bereits von Anfang an wurde die Pharmakologie-Gruppe von mehr Patienten abgelehnt und nach 6 Monaten hatten weitere 35% der Patienten die Behandlung abgebrochen.

Augmentation der Antidepressiva mit STPP (im Vergleich zur reinen Medikation mit Antidepressiva)

Wie bereits dargestellt wurde, haben de Jonghe et al. (2001) die Frage nach den Kombinationstherapien auch aus der entgegengesetzten Richtung untersucht: Bei Patienten mit einer leichten oder mittelschweren Depression haben sie die Augmentation der Antidepressiva mit SPSP (short psychodynamic supportive psychotherapy) untersucht und diese Kombination mit der alleinigen Medikation von Antidepressiva verglichen. Es stellte sich heraus, dass die SPSP plus Medikation zur Symptomreduktion und zur Steigerung der Lebensqualität wirksamer war als die Medikation als alleinige Therapieform.

In der Studie von Burnand, Andreoli, Kolatte, Venturini und Rosset (2002) untersucht man die Wirkung einer Augmentation von Antidepressiva mit einer Form von STPP, bestehend aus 10 Sitzungen, die in diesem Fall von gut ausgebildeten Krankenschwestern durchgeführt wurde, um eine Ergebnissteigerung bei Patienten in einer akuten depressiven Episode zu erzielen. Die Patienten litten an einer mittelschweren oder schweren Depression und wurden an einen ambulanten psychiatrischen Dienst verwiesen. Bei der Hälfte der Patienten traten bereits frühere depressive Episoden auf, die andere Hälfte litt unter einer Form von Persönlichkeitsstörung. Sie waren insgesamt etwas schwerer erkrankt als die von de Jonghe untersuchte Gruppe. Bei der letzten Stichprobe handelt es sich um eine randomisierte Stichprobe, bei der 74 Patienten entweder mit einer Kombination aus Antidepressiva (hauptsächlich Clomopramin) und einer unterstützenden Betreuung von einem ausgewählten leitendem Mitarbeiter, oder mit Antidepressiva und mit 10 STPP-Sitzungen mit einer ausgebildeten Krankenschwester behandelt wurden.

Nach einer Behandlungsdauer von 10 Wochen hatte sich in beiden Gruppen der durchschnittliche Punktwert der Hamilton-Skala von ≈ 24 auf ≈ 9 ($p > 0.001$) verringert. Es gab jedoch nur geringe Unterschiede zwischen den Behandlungsformen. Die Kombination aus STPP und Antidepressiva war in Bezug auf mehrere wichtige Indikatoren wirksamer als Antidepressiva als alleinige Behandlungsmethode: Bei den Patienten, die mit STPP behandelt wurden, war nach 10 Wochen die Wahrscheinlichkeit, die Kriterien einer Depression (MDD) zu erfüllen, signifikant geringer (9%) als bei den Patienten, die keine derartige Behandlung erhielten (28%). Die Kombinations-Gruppe benötigte wesentlich weniger freie Arbeitstage (46 vs. 57) und die Krankenhausaufenthalte waren kürzer. Kosten-Nutzen-Vergleiche konnten zeigen, dass mit einer Kombination aus STPP und Antidepressiva rund 2.311 \$ über einen Zeitraum von 10 Wochen eingespart werden

konnten. Bei den Patienten, die vor ihrer Erkrankung in Vollzeit gearbeitet haben, waren die Einsparungen noch größer (3.394 \$).

Die Evidenz bezüglich der Behandlung von komplexer, chronischer oder „therapieresistenter“ Depression

Viele der Patienten aus den zuvor dargestellten Studienstichproben wurden ausgewählt, um eine Komorbidität auszuschließen (Barkham & Mellor-Clark, 2000). Man geht heutzutage davon aus, dass die Komorbidität ein kennzeichnendes Merkmal von Störungen ist, die zu einem chronischen Verlauf tendieren, langfristige Erkrankungen sind, schwierig zu behandeln sind und die erneut auftreten können. Aus diesem Grund kann nicht davon ausgegangen werden, dass die bisherige Evidenz zur Wirksamkeit auf viele Patienten aus der klinischen Praxis angewendet werden können.

Mit Bezug auf diese Komplexität untersuchten Kool, Dekker, Duijsens, de Jonghe und Puite (2003) die Möglichkeit einer differentialen Wirksamkeit der Anwendung von Antidepressiva mit oder ohne STPP (16 Sitzungen) bei einer RCT-Stichprobe von 128 ambulanten depressiven Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung (PS). Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass die STPP bei depressiven Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung wirksamer ist als bei den Patienten ohne PS (SMD – 1.15 bzw. SMD 1.50). Bei einem Follow-up (40 Wochen) zeigte sich bei den Patienten, die mit der Kombinationstherapie behandelt wurden, eine signifikante Besserung der komorbiden Persönlichkeitsstörung (sowohl bei den Patienten, deren Depression geheilt wurde, als auch bei den andern). Bei der Gruppe, die eine Medikation als alleinige Behandlungsform erhielt, konnte nur bei den Patienten eine Besserung der Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden, deren Depression geheilt wurde. Bei den Patienten mit Cluster-C-Psychopathologien („ängstlich gehemmt“) waren die Ergebnisse am deutlichsten, während sich bei denjenigen, die unter einer Cluster-B-Pathologie („dramatisch“) litten, nur wenig veränderte.

Der Leser wird sich daran erinnern, dass es allgemein anerkannt ist, dass mindestens 10% der depressiven Patienten (abhängig von der Referenzprobe) an einer ernsten, langfristigen und rezidivierenden Erkrankung leiden werden. Dies wird manchmal noch als „therapieresistente“ oder „therapierefraktäre Depression“

bezeichnet. Bei solchen Patienten tritt zwischen den Episoden nur eine Teilerholung ein, sie sprechen nur eingeschränkt auf Behandlungen an, egal welcher Art, und in manchen Fällen scheint es so, als würde eine aktive Behandlung zu einer Verschlechterung des Zustandes führen. Während allgemein die Annahme gilt, dass es sich hier um einen deskriptiven Begriff handelt, der eine heterogene Gruppe kennzeichnet, so können diese Störungen das Leben dieser Patienten doch erheblich einschränken. Die meisten Behandlungen scheinen nur einen begrenzten Nutzen für diese Patienten zu haben.

Stimpson, Agrawal und Lewis (2002) untersuchten verschiedene pharmakologische Ansätze bei der Behandlung von Patienten mit einer unipolaren Depression, die zuvor auf eine mindestens 4-wöchige Behandlung mit Antidepressiva nicht angesprochen haben. Die Autoren fanden insgesamt 17 RCT's. Sie kamen zu dem Schluss, dass es kaum Hinweise darauf gibt, wie mit Patienten weiterverfahren werden sollte, bei denen eine erste Runde an Antidepressiva nicht angeschlagen hat. Es gab keine zufriedenstellenden Studien über Psychotherapie bei chronischer oder therapieresistenter Depression, die den Kriterien entsprechen haben. Unter der Verwendung von umfassenderen Kriterien fanden McPherson et al. (2005) einige Studien zu psychologischen Behandlungen, einschließlich Einzelfallstudien. Bei diesen Studien wurde hauptsächlich die KVT verwendet. Obwohl in den meisten Studien eine Symptomreduktion nachgewiesen werden konnte, wurden nur kurze Follow-ups durchgeführt und eine relativ kleine Stichprobengröße verwendet. Interessanterweise schienen die KVT-Behandlungen die Tendenz zu einer längeren Behandlungsdauer als den üblichen 10 oder 20 Sitzungen zu haben. Der Grund hierfür war wahrscheinlich der Schweregrad der Psychopathologie. Bei einer einzelnen Studie ging die Behandlung über insgesamt 39 Sitzungen und dauerte ungefähr 8 Monate, also ebenso lang wie eine mittelfrequente psychodynamische Behandlung!

Abbass (2006) hat in einer Pilotstudie von einer kleinen Patientengruppe (10) berichtet, bei der alle Patienten unter einer therapieresistenten Depression (*TRD*) litten und über 20 Wochen mit einer intensiven psychodynamischen Kurzzeittherapie nach Davanloo (1980) behandelt wurden. Bei dieser Studie ging man davon aus, dass es sich bei der TRD um eine unzulängliche Reaktion auf eine angemessene Dauer und Dosierung von mindestens zwei verschiedenen Arten von Antidepressiva handelt. Acht Patienten wurden abgewiesen ($\text{Hamilton-D} > 22$ @ < 8). Gleichzeitig kam

es zu positiven Veränderungen bei den Selbsteinschätzungen der Patienten zu interpersonellen Problemen, zum Medikamentengebrauch, zum beruflichen Status, und zu den Kosten der Gesundheitsdienste und der sozialen Unterstützung. Die Werte der anderen beiden Patienten bewegten sich von 31 @ 12 bzw. von 27 @ 14. Mit Ausnahme dieser zwei Patienten (beide hatten kurze Therapieverläufe von sechs und acht Sitzungen), konnten die Veränderungen über einen Zeitraum von 6 Monaten aufrecht erhalten werden.

Zwei RCT-Studien mit therapieresistenten oder chronisch depressiven Patientengruppen befinden sich zurzeit noch in Bearbeitung. In Tavistocks Depressionsstudie bei Erwachsenen (Publikations-ID M0001169680 <http://www.nihr.ac.uk>) wird die Wirksamkeit einer „mittelfristigen“² Behandlung untersucht – 60 Sitzungen einer wöchentlich stattfindenden Psychoanalyse im Vergleich zu TAU bei einer Stichprobe von 127 Patienten, die unter einer therapieresistenten Depression leiden, bei denen also mindestens zwei fehlgeschlagene Behandlungen vorliegen und die Kriterien für eine Depression (MDD) erfüllt sind. In der Stichprobe beträgt die durchschnittliche Erkrankungsdauer 10-15 Jahre und die meisten Patienten erfüllen die Kriterien von mindestens einer Achse II-Störung aus dem DSM. Die Studie soll 2012/2013 veröffentlicht werden. 2007 startete eine ähnliche multizentrische deutsche RCT-Studie mit einer naturalistischen Herangehensweise und einer KVT-Vergleichsgruppe. Die Studie über Langzeittherapie von chronischen Depressionen (LAC), die von Professor M. Leuzinger-Bohleber aus dem Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt am Main geleitet wird, untersucht die psychoanalytische Langzeittherapie. Sie hat eine Stichprobengröße von 240.

(Siehe

<http://www.sfi-frankfurt.de/forschung/forschungsfeld-2/depressionsstudie.html>).

2

Glücklicherweise gibt es keine allgemein anerkannte Übereinkunft darüber, welche Terminologie für die Behandlungsdauer oder Intensität verwendet wird. Abbass et al. (2006) kategorisieren alle Behandlungen, die kürzer als 40 Wochen dauern, als kurzzeitig (STPP), während andere diesen Begriff nur für Behandlungen verwenden, die kürzer als 20 Sitzungen sind. Es gibt ebenfalls verschiedene Verwendungsmöglichkeiten der Begriffe in Bezug auf die tatsächliche Länge der Behandlung. Hierfür sollten die Bezeichnungen „mittel-“ und „langfristig“ verwendet werden. Es besteht auch Unklarheit darüber, was als „intensiv“ bezeichnet wird.

Psychoanalytische Langzeitbehandlungen (Longer-Term Psychoanalytic Treatments, *LTPP*)

In Kapitel 3 wird die psychoanalytische Langzeittherapie von den Autoren Rabung und Leichsenring detailliert beschrieben. Es gibt zwei neue wichtige Studien über die Wirksamkeit von LTPP bei verschiedenen Pathologien [(de Maat, de Jonghe, Schoevers & Dekker, 2009; Leichsenring & Rabung, 2008), und Kapitel 3 in diesem Buch]. Ich werde hier nur auf die Ergebnisse eingehen, die einem direkten Bezug zum Nutzen von psychoanalytischen Langzeittherapien bei der Behandlung von Depression und depressiven Symptomen haben. Im Kontext der allgemeinen Äquivalenz bei allen Behandlungsformen, die durch die Ergebnisse aus der kurzzeitigen RCT-Depressionsforschung entstanden ist, sollte man beachten, dass die Erforschung von Langzeitbehandlungen die Möglichkeit dafür bietet, Befunde zu finden über die Wahrscheinlichkeit von grundlegenden und tiefgreifenden Änderungen bei der Depressionsanfälligkeit einer Person und über Art der Veränderungen, die einen Einfluss darauf haben können, die Vulnerabilität zu verringern. Solche Veränderungen könnten auf den psychoanalytischen Ansatz bei der Behandlung von Depression zurückzuführen sein.

Es gibt jedoch nur wenige vollständige Studien über Langzeit-Psychotherapie oder Psychoanalyse mit Stichproben, bei denen die Patienten nur eine Einzeldiagnose hatten, wie z.B. Depression (MDD). Das psychoanalytische Konzept über die psychische Störung unterscheidet sich grundlegend von einer Krankheitslehre, die mit den diagnostischen Kriterien aus der Forschung verbunden ist. Zudem gibt es nur wenige abgeschlossene Studien, die ein Kontrollstudiendesign mit einer randomisierten Verteilung verwenden, um mittel- oder langfristige Therapien zu evaluieren. Bei diesen Therapien muss die Teilnahme eine persönliche Entscheidung des Patienten gewesen sein, außerdem erfordern sie geistige Arbeit und ein tiefgehendes Engagement. Auf mittel- oder langfristige Sicht gesehen, lassen sich diese Anforderungen mit der nicht beeinflussbaren Qualitätsgrundlage des Prinzips der Randomisierung nur schwer vereinbaren. Aus ethischer und praktischer Sicht und in Bezug auf ihre Akzeptanz kann man eine randomisierte Verteilung bei psychologischen Langzeitbehandlungen nicht durchführen, ausgenommen unter außergewöhnlichen Bedingungen und Umständen. In den meisten klinischen Kontexten hat man mit naturalistischen Fallkontroll- und Kohortenstudien eine

bessere Aussicht auf solide Ergebnisse, die neue Erkenntnisse liefern können. Von Vandenbroucke (2004) wurden die erforderlichen Voraussetzungen untersucht, unter denen eine Beobachtungsstudie wesentlich verlässlicher wird als randomisierte Studien. Wenn solche Studien jemals dazu in der Lage sein sollen, den Herausforderungen der skeptischen und kritischen Überprüfungen stand zu halten, muss sehr gewissenhaft auf die Detailgenauigkeit geachtet werden.

Die Wirksamkeit von psychodynamischen/psychoanalytischen Langzeit- vs. Kurzzeitbehandlungen von Depression

In der Helsinki-Studie [(Knekt, Lindfors, Härkänen, et al., 2008; Knekt, Lindfors, Laaksonen, et al., 2008) und Kapitel 5 in diesem Buch] wurde die Wirksamkeit von zwei Formen der Kurzzeittherapie und einer psychodynamischen Langzeit-Psychotherapie (LTPP) verglichen. Bisher liegen Follow-up Daten von mehr als drei Jahren vor. Zudem gab es bei dieser Studie noch eine Psychoanalyse-Gruppe mit zusätzlichen Follow-up-Daten. Die zwei Kurzzeittherapien verfolgten einen problem-löseorientierten Ansatz (problem-solving solution, *SFT*) [≈10 Sitzungen einschließlich 8-monatiger Familienarbeit (Lambert, Okiishi, Finch & Johnson, 1998)] und eine Form von STPP, die auf dem Malan-Modell basiert [20 Sitzungen über sechs Monate (Marlan, 1976)]. Bei der Langzeittherapie handelte es sich um eine psychodynamische Therapie mit 2-3 wöchentlichen Sitzungen in einem Zeitraum von drei Jahren (durchschnittliche Anzahl an Sitzungen = 232). Die Stichprobe bestand aus 326 Patienten mit einer leichten bis mittelschweren Störung, die zwischen 20 und 45 Jahren alt waren. Die Patienten wurden mindestens ein Jahr lang wegen einer affektiven Störung oder Angststörung nach DSM-IV behandelt. 68% erfüllten die Kriterien einer Depression (MDD), 44% erfüllten die Kriterien einer generalisierten Angststörung, 18% erfüllten die einer Persönlichkeitsstörung und ≈9% hatten bereits einen Selbstmordversuch unternommen.

Bei allen drei Interventionsformen konnten die Symptome signifikant verringert werden (Depression, Angst und allgemeine Symptome). Über einen Zeitraum von drei Jahren lag die durchschnittliche Verringerung beim BDI bei 51% (mit Effektstärken zwischen 0.87 und 1.52). Zu Beginn lag der durchschnittliche BDI-Wert bei 18; bei denen, die mit beiden Kurzzeittherapien behandelt wurden, sank der Wert auf ≈10; bei denjenigen, die mit der Langzeittherapie behandelt wurden, sank er auf

≈7. Diese Ergebnisse können mit den Ergebnissen aus den Studien verglichen werden, bei denen die KVT mit einbezogen wurde. Bei den Patienten, die mit den Kurzzeittherapien behandelt wurden, zeigte sich typischerweise ein frühes Ansprechen auf die Behandlung, das nach 12 Monaten die Höchstgrenze erreichte. Diese Verbesserung konnte dauerhaft über einen gesamten Follow-up von drei Jahren beibehalten werden.

Im Gegensatz dazu zeigten sich bei der LTPP-Gruppe im ersten Jahr bedeutend weniger Verbesserungen. Allerdings stiegen die Verbesserungen in dieser Gruppe graduell an, so dass die Gruppe nach drei Jahren insgesamt unter weniger Symptomen litt als die Kurzzeittherapie-Gruppen; in Bezug auf Angststörungen war die Heilungswahrscheinlichkeit vier mal höher; in Bezug auf Depressionen war der Unterschied nicht so stark. Bei etwa 20% der Patienten, bei denen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt wurden, war dies nach sieben Monaten nicht mehr der Fall. In der STPP-Gruppe stieg nach 12 Monaten dieser Anteil auf 46% an. Ein solcher Anstieg konnte in der SFT-Gruppe nicht nachgewiesen werden.

Die Wirksamkeit von psychoanalytischer Langzeittherapie/Psychoanalyse (LTPP) bei Depression

Leichsenring und Rabung (2008) behandeln fünf Studien, bei denen die Mehrheit der Patienten unter einer komplexen, meist komorbiden depressiven Störung litt. Bei den Studien handelt es sich um Høglend et al. (2006), Huber, Klug und von Rad (2001), Grande et al. (2006), Leichsenring, Biskup, Kreische und Staats (2005) und Rudolf, Manz und Öri (1994). Bei 71% der 274 Patienten aus diesen fünf Studien handelte es sich um eine chronische Form von Depression.

Den Schweregrad und die klinische Repräsentativität der Patienten aus der Stichprobe (N=36) von Leichsenring et al. (2005) kann man daran erkennen, dass fast neun zehntel der Patienten mit einer depressiven Störung unter einer weiteren komorbiden Störung wie einer somatoformen Störung, einer Angst- oder Zwangsstörung leiden. Bezogen auf das Gesamtergebnis, auf die allgemeinen psychiatrischen Symptome und auf das soziale Funktionsniveau/Sozialverhalten wurden mit der LTPP signifikant hohe Effektstärken (alle > 0.80) erreicht. Nach einem Jahr lag die Effektstärke bezüglich der depressiven Symptome bei 1.38. Ebenso wie

bereits mit anderen Studien aus diesem Bereich konnte hier nachgewiesen werden, dass die Symptome als Erste nachlassen (die Veränderungen beim sozialen Funktionsniveau verlaufen langsamer).

Die Evidenz von retrospektiven Kohortenstudien zur Wirksamkeit

In Deutschland konnte eine sorgfältig gestaltete, naturalistische Langzeitstudie mit 402 Patienten (von denen 128 eine affektive Störung hatten), die Psychoanalyse und psychoanalytische Langzeittherapie erhielten, zeigen dass eine klinisch repräsentative Patientengruppe mit einer depressiven Symptomatik wieder in einen normalen Wertebereich gelangen konnte (Leuzinger-Bohleber & Target, 2002). Bei einem Langzeit-Follow-up zeigte sich in dieser Patientengruppe, dass sie weniger Ausfalltage bei ihrer Arbeit hatten als die Bevölkerungsdurchschnitt. In die Studie wurden eingehende qualitative Interviews mit einbezogen, die es möglich machten, dass man deutlich unterschiedene Änderungsmuster dafür ausmachen konnte, wie verschiedene Persönlichkeitstypen ihre Gedanken und Gefühle bewältigten. Die Muster beinhalten das Auftreten von reflexiven Funktionen (Beutelm & Rasting, 2002).

Mehrere Studien konnten den klinischen Eindruck bestätigen, dass die Verbesserungen anhalten oder zunehmen, nachdem die psychodynamische oder psychoanalytische Psychotherapie beendet wurde (der „Sleeper-Effekt“). Sandell et al. (2000) und Blomberg, Lazar und Sandell (2001) konnten beweisen, dass die Patienten aus der Psychoanalysekohorte noch weiter an Kraft und Stärke gewonnen haben, nachdem die Behandlung abgeschlossen war. Dieses Muster zeigte sich auch in der Studie von Kopta, Howard, Lowry und Beutler (1994).

Blatt und Shahar (2004) haben die Frage nach der besonderen Wirkungsform der Psychoanalyse untersucht. Ihren Ergebnissen zufolge führte die Psychoanalyse vor allem bei selbstreflektiven Patienten zur Entwicklung von adaptiven interpersonellen Fähigkeiten und zur Reduktion von unangemessenem interpersonalem Verhalten. Eine unterstützend-expressive Therapie konnte dagegen nur bei abhängigen und unreflektierten Patienten eine Reduzierung von unangemessenem interpersonalem Verhalten erreichen.

Diskussion und Schlussfolgerung

Kann eine Depression mithilfe von Kurzzeittherapien geheilt werden?

Bisher wurden die Wirksamkeitseinschätzungen in diesem Kapitel hauptsächlich hinsichtlich der Effektstärken angegeben, so wie es im Allgemeinen in der Literatur zu Psychotherapieergebnissen der Fall ist. Bei einer Effektstärke handelt es sich um das Verhältnis von der Differenz zwischen dem Mittelwert einer Gruppe und dem einer anderen Gruppe in Bezug auf die Standardabweichung des gewählten Maßes in der Initialstichprobe. Im Allgemeinen wird eine Effektstärke von 0.3 als niedrig, von 0.5 als mittel und eine von ≥ 0.8 als hoch bezeichnet. Jacobson et al. (1984) haben jedoch darauf hingewiesen, dass diese statistischen Werte in Bezug auf Veränderungen für einen einzelnen Patienten vollkommen undurchschaubar sind. Hierfür wurde eine Vielzahl an noch strengeren Tests entwickelt, die anzeigen ob eine gegebene Veränderung dazu geführt hat, dass jemand aus dem dysfunktionalen Bereich in den funktionalen Bereich gekommen ist (Jacobson & Truax, 1991). Leider sind in diesem Bereich die Daten meist nicht verfügbar, die zur Berechnung der statistischen Maße über die klinische Signifikanz verwendet werden. Zudem stützen wir uns immer noch auf die Annahme, dass man mit den verwendeten Maßeinheiten den Ursprung und das Ausmaß einer Störung oder Behinderung eines Patienten erfassen kann.

Robinson et al. (1990) gehen diesbezüglich der Fragestellung nach, ob die klinischen Effekte von psychologischen oder pharmakologischen Kurzzeitbehandlungen eine Heilungsmöglichkeit für eine Depression darstellen. In ihrer Studienstichprobe lag der durchschnittliche BDI-Wert vor der Behandlung bei 21.8 (0-13 gilt als minimal, 14-19 als leicht, 20-28 als mittelgradig und 29-63 als schwer). Nach der Behandlung sank der Wert um 10 Punkte auf 11.8. Die entsprechenden Werte für die unbehandelten Kontrollgruppen lagen bei 20.7 und 18.1. Der BDI-Mittelwert der unselektierten Stichproben aus der allgemeinen Bevölkerung lag bei

7.0. Bei der Teilgruppe der allgemeinen Bevölkerung, die als zufrieden angesehen wird, liegt der Wert bei 4.9. Die Patienten, die sich leicht außerhalb des Normalbereiches befinden, können durch diese Behandlungseffekte Werte erreichen, die innerhalb einer Standardabweichung zum allgemeinen Bevölkerungsdurchschnitt und innerhalb von 1.5 SDs (Standardabweichung) zur normal zufriedenen Gruppe liegen. Hierbei handelt es sich um bedeutsame Effekte, allerdings weisen sie trotz der eingeschränkten Sensibilität des BDI darauf hin, dass die Patienten, die zuvor mittelschwer erkrankt waren und durchschnittlich stark auf die Kurzzeitbehandlungen angesprochen haben, selbst an einem „guten Tag“ noch depressiver sind als ein nicht erkrankter an einem „schlechten Tag“ und dass sie immer noch weit entfernt sind von einer idealen normativen Funktionsfähigkeit. Die Konsistenz dieser Einschätzungen deutet darauf hin, dass es eine Grenze zu geben scheint bezüglich dessen, was mit Kurzzeitbehandlungen erreicht werden kann. Darüber hinaus liegen bei depressiven Störungen mehr Variablen vor, als beim BDI gemessen werden.

Soll sich diese Evidenzbasis weiterhin nur durch kleine Unterschiede auszeichnen?

Mit der folgenden pauschalen Schlussfolgerung lässt sich der gegenwärtige Beweisstand zusammenfassen: Antidepressiva und die verschiedenen Formen an psychologischen Kurzzeittherapien sind dazu in der Lage, eine kurzfristige Verbesserung von etwa 12-13 Punkten beim BDI zu erzielen. Allerdings gibt es hier keine große Auswahl zwischen den Behandlungen und es liegen nur geringe Nachweise zur Nachhaltigkeit dieser Verbesserungen vor. Zudem weisen die Ergebnisse der NIMH-Studie deutlich darauf hin, dass in Versuchsreihen über die Behandlung von Depression ein starker Placeboeffekt zu verzeichnen ist, der eine durchschnittliche Verbesserung von 10 Punkten ausmachen kann.

Demnach ist es verständlich, dass viele Kliniker an der Forschungsgrundlage zweifeln. Hinsichtlich der Therapieforschung zur Depression (und anderen psychischen Erkrankungen) scheint es so, als würde das „Dodo-Bird-Verdikt“ fortbestehen. Es besteht in Form einer evolutionären Rückständigkeit weiter, die durch drei Faktoren aufrechterhalten wird: Die hartnäckige Überzeugung, dass Kurzzeit-RCT-Versuche die Hüter der Wahrheit beziehungsweise unanfechtbar sind, die fortwährende Verwendung von Verfahren, die gegenüber vielen Aspekten der

Dysfunktionalität bei Patienten unempfindlich sind, da diese außerhalb der Bezugsrahmen von Symptomen liegen, und der Wunsch nach kurzen, hoch effektiven psychologischen Behandlungen, die an Homöopathie grenzen. Wenn diese menschlichen Faktoren so bleiben, wie sie sind, wird die Schwierigkeit, aufschlussreiche Unterschiede zwischen den Therapien aufzeigen zu können, wahrscheinlich so lange bestehen bleiben, bis schließlich eine Seite die andere aufgrund der schier Menge von Daten überwältigt hat.

In diesem Kapitel konnte die Evidenz von Ergebnis-Studien nur unvollständig und zusammenfassend dargestellt werden. Als wir die Einschluss- und Ausschlusskriterien der Leitlinien und die Auswirkungen der kontinuierlichen Verwendung von spezifischen psychiatrischen Diagnosen in Form eines Ordnungsprinzips in Frage gestellt haben, stellten wir fest, dass relevante Belege ausgelassen wurden. Darüber hinaus ergeben sich noch weitere Punkte, wenn die klinische Erfahrung die Möglichkeit erhält, mehr Einfluss auf die Forschungsstudien über kurzfristige Ergebnisse zu nehmen. Eine noch interessantere Reihe an Schlussfolgerungen wird möglich, wenn wir darüber hinaus die Evidenz von naturalistischen Studien und von anderen Wissenschaftsarten zulassen. Die Epidemiologie, Beobachtungen zum natürlichen Verlauf, Entwicklungspsychopathologie, sowie Studien über psychosoziale Faktoren, biografische Ereignisse und psychoanalytische Befunde zeigen, dass wir sehr viel über die Natur und den Ursprung der Depression wissen. Die Forschungslage der verschiedenen Fachrichtungen unterstützt die psychoanalytische Theorie zur Depression.

Diese differenzierte Vorstellung über die Evidenzbasis kann keine direkte Antwort darauf geben, welche Behandlungen sich als wirksam erweisen werden, aber sie ermöglicht es, die Parameter einer Störung und die Grenzen der Formbarkeit von Patienten in Erfahrung zu bringen. Hierbei handelt es sich um unentbehrliche Leitfäden für die Möglichkeiten, die verschiedene Behandlungen bieten. Sie sind auch der Maßstab, mit dem einige der etwas abenteuerlicheren Behauptungen gemessen werden. Die Psychiatrie könnte einen Schritt weiter gehen und Begriffe wie „profund“ und „banal“ wieder einführen, um der Begrenztheit des manchmal pseudo-statistischen Dualismus von Signifikanz und Nicht-Signifikanz entgegenzuwirken.

Schlussfolgerungen

Diese umfangreiche Betrachtung der Evidenz stimmt mit folgendem überein:

1. Die Effektstärken der STPP sind ähnlich wie bei den anderen Behandlungen und es sind alle wirksamer als die Kontrollgruppen mit minimaler Behandlung.
2. Es gibt möglicherweise die Tendenz, dass sich die Wirkung der KVT schneller zeigt als die von der STPP, allerdings verschwindet diese Wirklatenz wieder durch ein längeres Follow-up.
3. Psychodynamische und psychoanalytische Langzeitbehandlungen können durch das Ansprechen der Funktionsstörungen einer Person das Potential dafür haben, die Obergrenze der Wirksamkeit von Kurzzeitbehandlungen zu übersteigen. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass Patienten mithilfe des Ansatzes einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung anfangen, qualitativ unterschiedliche Formen von Veränderungen zu zeigen, wodurch sie sich dem Normalbereich annähern.
4. Studien zur medikamentösen/psychologischen Kombinationstherapie können gemischte Ergebnisse zeigen, aber es gibt Belege für einen „Zusatznutzen“ wenn eine medikamentöse Behandlung mit einer STPP ergänzt wird. Zudem scheint die Ergänzung von einer STPP mit Medikation sinnvoll zu sein, vor allem dann, wenn die vegetativen Symptome ausgeprägt sind. Es scheint keine Studien über den Nutzen der Reihenfolge KVT ® STPP oder STPP ® KVT zu geben.
5. Die Gründe der Patienten, warum sie eine bestimmte Behandlung einschließlich einer Psychotherapieform bevorzugen, sind nicht ausreichend beachtet worden.
6. Die Bedeutung von ausführlichen qualitativen Studien über Einzelfälle oder von Studien mit einer kleinen Fallzahl und mit einem eher naturalistischen Versuchsplan ist unterschätzt worden.
7. Man sollte sich stärker mit dem Placeboeffekt und mit der Debatte über wertvolle, aber begrenzte Gewinne beschäftigen. Ebenso wie bei der positiven Übertragung spielen die psychologischen Mechanismen, die an der Placebo-Wirkung bei einer Depression beteiligt sind, auch beim normalen Gefühlsleben eine Rolle. Das Vertrauen in eine gute Medizin, die von guten Leuten verabreicht wird, kann unterstützend wirken und ist das Merkmal eines normalen mentalen Lebens, welches bei einer Depression nicht funktioniert.

Die Wiederherstellung dieser Vertrauensfunktion kann möglicherweise eine bedeutende Rolle bei der Heilung von Depression spielen.

Diese Überlegungen sollen den Weg zu optimalen oder verbesserten Diensten für Patienten ebnen, die an einer komplexen Reihe an Störungen leiden, die unter die allgemeine Kategorie der Depression fallen.

Interessenserklärung: Der Autor ist klinischer Leiter der „Tavistock Adult Depression Study“, einer RTC, die eine 18-monatige wöchentliche psychoanalytische Psychotherapie zur Behandlung von chronisch „therapie-resistenten“ Depressionen untersucht.

Literatur

- Abbass, A. A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment resistant depression: a pilot study. *Journal of Depression and Anxiety*, 23, 449-452.
- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. & Kisley, S. R. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 18(4).
- Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Andrews, G., Anderson, T. M., Slade, T. & Sunderland, M. (2008). Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depress Anxiety*, 25, 274-281.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1984). The Zurich study II. The continuum from depressive to pathological mood swings. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 234, 21-29.
- Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1985). The Zurich study VI. A continuum from depression to anxiety disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 235, 179-186.
- Ashton, R. (1980). *The German Idea*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance: the role of practice-based evidence in the psychological therapies. In *Evidence-based counselling and psychological therapies: research and applications* (S. 127-144). New York: Routledge.
- Beutelm, M. & Rasting, M. (2002). The outcomes of psychoanalytic treatment. In M. Leuzinger-Bohleber & M. Target (Hrsg.), *The outcomes of psychoanalytic treatment*. London: Whurr.

- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis—with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 52*(2), 393-447.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review, 25*, 459-486.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis, 77*, 935-962.
- Blomberg, J., Lazar, A. & Sandell, R. (2001). Outcome of patients in long-term psychoanalytic treatments. First findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis (STOPP) study. *Psychotherapy Research, 11*, 361-382.
- Braithwaite, R. B. (1955). *Scientific explanation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. & Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services, 53*(5), 585-590.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. et al. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment, 5*(35), 1-173.
- Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A. & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1: Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry, 182*(5), 412-419.
- Coryell, W., Akiskal, H. S., Leon, A. C., Winokur, G., Maser, J. D., Mueller, T. I. et al. (1994). The time course of nonchronic major depression: uniformity across episodes and samples. *American Journal of Psychiatry, 51*, 405-410.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 159*, 325-333.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioral therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry, 196*, 173-178.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 40*(2), 211-223.

- Davanloo, H. (1980). *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spektrum.
- de Jonghe, F., Hendriksen, M., van Aalst, G., Kool, S., Peen, V., Van, R. et al. (2004). Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *British Journal of Psychiatry*, 185(1), 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 Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R. & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1-23.
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijsbers-van Wijk, G., Hendriksen, M. et al. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Journal of Depression and Anxiety*, 25, 565-574.
- Fonagy, P. (2009). Postscript. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(3), 276-280.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In *Reprinted (1953-1974) in the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (S. 237). London: Hogarth Press.
- Goldberg, D. (2009). The interplay between biological and psychological factors in determining vulnerability to mental disorders. *Psychoanalytic Psychotherapie*, 23(3), 326-247.
- Goldberg, D. & Goodyer, I. (2005). *The origins and course of common mental disorders*. London: Routledge.
- Goldberg, D., Privett, M., Ustun, B., Simon, G. & Linden, M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48, 1840-1844.
- Goldberg, D. G. (2010). Should our major classifications of mental disorders be revised? *British Journal of Psychiatry*, 196, 255-256.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M. et al. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470-485.
- Hazlitt, W. (1825). *The spirit of the age: or contemporary portraits – various publishers/editions*.
- Hill, J. (2009). Developmental perspectives on adult depression. *Psychoanalytic Psychotherapie*, 23(3), 200-212.
- Hirschfeld, R. M. (1991). Depressive illness: diagnostic issues. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 144-155.

- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Sørbye, Ø., Sjaastad, M. C. et al. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739-1746.
- Huber, D., Klug, G. & von Rad, M. (2001). Die Münchner-Prozess-Outcome Studie, 2001: Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In B. M. Stuhr (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 260-270). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jacobson, N., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K. & Margolin, G. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S. & Paulus, M. P. (1997). The role and clinical significance of subsyndromal depressive symptoms (SSD) in unipolar major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 45, 5-17.
- Kessler, R., Bergland, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. F. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*(62), 617-627.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huendo-Medina, T. B., Scobaria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a metaanalysis of data submitted to the food and drug administration. *PLOS Medicine*, 5(2).
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. Reprinted (1975). In *The writings of Melanie Klein* (Bd. 1: Love, guilt and reparation and other works 1921-1945). London: Hogarth Press.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T. q., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A. et al. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38(5), 689-703.

- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P. & Järvikoski, A. (2008). Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity: a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 95-106.
- Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I., de Jonghe, F. & Puite, B. (2003). Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 60-72.
- Kopta, S., Howard, K., Lowry, J. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5).
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for interactive and eclectic theories. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. & Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: from conceptualization to implementation. *Professional Psychology Research and Practice*, 29(1), 63-70.
- Lee, A. S. & Murray, R. M. (1988). The long-term outcome of Maudsley depressives. *British Journal of Psychiatry*, 153, 741-751.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The effectiveness of psychoanalytic therapy: first results of the Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 433-455.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). The effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta analysis. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 300, 1551-1564.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Target, M. (2002). *The outcomes of psychoanalytic treatment*. London: Whurr.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, education, and behavioral treatment: confirmation from meta-anaysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1972). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everybody has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. (2007). Looking back towards the future: is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry*, 70, 85-99.

- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B. & Corvelyn, J. (2006). Depression research and treatment: are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985-999.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- McPherson, S., Cairns, P., Carlyle, J., Shapiro, D. A., Richardson, P. & Taylor, D. (2005). The effectiveness of psychological treatments for treatment resistant depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 331-340.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Murray, R. M. (2009). The development of children of postnatally depressed mothers: evidence from the Cambridge longitudinal study. *Psychoanalytic Psychotherapie*, 23(3), 185-199.
- Paykel, E. S. (1994). Historical overview of outcome of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165(26), 6-8.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press.
- Robinson, L. A., Berma, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2. Aufl.). New York: Guilford.
- Rudolf, G., Manz, R. & Öri, C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40(1), 25-40.
- Salkovskis, P. M. (1995). Demonstrating specific effects in cognitive and behavioural therapy. In M. Aveline & D. A. Shapiro (Hrsg.), *Research foundations for psychotherapy research*. Chichester: Wiley.
- Salminen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J. et al. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(6), 351-357.
- Sandell, R., J., B., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921-942.

- Sargeant, J. K., Bruce, M. L., Florio, L. P. & Weissman, M. M. (1990). Factors associated with 1-year outcome of major depression in the community. *Archives of General Psychiatry*, 74(6), 519-526.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T., Ormel, J. & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181, 208-213.
- Stimpson, N., Agrawal, N. & Lewis, G. (2002). Randomised controlled trials investigating pharmacological and psychological interventions for treatment-refractory depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 284-294.
- Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 704-714.
- Taylor, D. (2009). Consenting to be robbed so as not to be murdered. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23(3), 263-275.
- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F. r., Pilkonis, P. A., Hurley, K. et al. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy oder psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009-1015.
- Thompson, W. L., Gallagher, D. & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Turner, E. H., Matthews, A. A., Lindardatos, E., Tell, R. A. & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials an its influence upon apparant efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Vandenbroucke, J. P. (2004). When are observational studies as credible as randomised trials? *Lancet*, 363(9422), 1728-1731.
- Vollebergh, W. A. M., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F. & Ormel, J. (2008). The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597-603.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W. & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive Therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 159-165.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.