

Dorothea Huber^{1,2} und Günther Klug³

Psychoanalytische Therapie der Depression: oldie but goody

Psychoanalytic Therapy for depression

Zusammenfassung

Die Behandlung der Depression war schon immer ein Schwerpunkt der psychoanalytischen Therapie. Fragen der psychoanalytischen Diagnostik und Indikationsstellung werden nur kurz dargestellt, um Besonderheiten der Behandlung depressiver Störungen ausführlicher wiederzugeben.

Zunächst werden allgemeine Grundsätze der Theorie und der Technik bei der Behandlung depressiver Patienten vorgestellt und ihre Modifikationen bei der Akutbehandlung und bei der stationären Therapie. Hervorgehoben werden die Typologie von Blatt und ihre Bedeutung für die differentielle Indikationsstellung, die psychodynamische Depressionstherapie nach Rudolf, der Behandlungsansatz von Bush et al., das Tavistock-Manual zur Behandlung chronischer Depressionen nach Taylor. Ein Überblick über die empirische Ergebnisforschung der Depression rundet das Kapitel ab.

Schlüsselwörter

psychoanalytische Therapie – wiederkehrende depressive Störung – Dysthymia

Summary

Psychoanalytic psychotherapy has always focussed on the treatment of depression. In this article, issues of diagnostics and indication will only be touched on in order to discuss in more detail what characterizes the treatment of depressed patients. At first, both general principles of the theory of technique and modifications necessary for the treatment of acutely depressed patients and inpatients will be presented. Blatt's typology and its meaning for therapy indication, Rudolf's psychodynamic therapy of depression, the approach by Busch et al. and the Tavistock manual for the treatment of chronic depression are elaborated on as recent therapeutic trends. The chapter is finished by a survey of the empirical research on the effectiveness of psychodynamic treatment.

Keywords

psychoanalytic therapy – recurrent depression – dysthymia

■ Einleitung

Die Depression gilt heute als eine Volkskrankheit. Nach Schätzungen der WHO wird die Depression 2020 weltweit die zweithäufigste Erkrankung sein. Ergebnisse epidemiologischer Forschung zeigen, dass die Depression eine wiederkehrende Störung ist und für eine beträchtliche Anzahl von Patienten (10 - 30%) chronisch wird. Außerdem finden wir oft Depression mit Persönlichkeitsstörungen verbunden. Auch sind die Rückfallquoten auf jede Form von Kurzpsychotherapie erschreckend hoch (Roth & Fonagy, 2005), was zu einem neuen Interesse an psychoanalytischen Langzeitbehandlungen geführt hat. Depressionen bilden heute die größte Patienten-Gruppe in der psychoanalytischen Praxis.

Da die Behandlung der Depression auch gesundheitspolitisch ein sehr wichtiges Thema geworden ist, liegt seit 2009 nunmehr eine S3-Leitlinie bzw. die nationale Versorgungsleitlinie zur Behandlung der unipolaren Depression Erwachsener vor (DGPPN et al., 2009). Sie wurde in einem mehrjährigen Prozess von über 30 ärztlichen und psychologischen Fach-

gesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet. Der Psychotherapie kommt in diesen Leitlinien eine wichtige Bedeutung zu. Diskutiert wird diese nationale Versorgungsleitlinie unter anderem bei Schauenburg, Leiendecker, Simon, Küchenhoff und Franz (2009) sowie Härter et al. (2010).

■ Differentialindikation der Depression

Die Domäne der Psychoanalyse im Feld der depressiven Störungen war über Jahrzehnte die neurotische Depression, die nach heutiger ICD-10-Klassifikation mit der Dysthymia

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Harlaching, Städt. Klinikum München

² Internationale Psychoanalytische Universität, Berlin

³ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

(ICD-10 F34.1) gleichgesetzt wird. Die Dysthymia ist durch leichtere Symptome als die depressive Episode gekennzeichnet, aber auch durch lang dauernde depressive Verstimmung (mindestens 2 Jahre), d.h. durch einen chronischen Verlauf. Während in der psychiatrischen Literatur die Dysthymia als die leichtere Form der Depression gilt, wird sie aufgrund neuerer Forschungsergebnisse therapeutisch als schwerer zugänglich gesehen, stellt also besondere Anforderungen an Intensität und Dauer der Behandlung (Roth & Fonagy, 2005). Wenn die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt sind, muss nach ICD-10 diese Diagnose gestellt werden, auch wenn gleichzeitig eine Dysthymia vorliegt. In der Praxis sehen wir aber sehr häufig Patienten mit Dysthymia, die über viele Jahre besteht und dann so exazerbiert, dass die strengeren Kriterien einer depressiven Episode erfüllt sind. Nach DSM-IV kann man in diesen Fällen eine „Double Depression“ diagnostizieren – dies hat insofern Bedeutung, als diese Form der Depression als die am schwersten zu behandelnde gilt (Roth & Fonagy, 2005). Da in den heutigen Diagnoseschemata wie ICD-10 und DSM-IV nicht mehr nach ätiologischen Gesichtspunkten, sondern nur noch nach der Phänomenologie der Erkrankung diagnostiziert wird, hat sich auch die Psychoanalyse in ihrer Indikationsstellung der neuen Terminologie angepasst und behandelt auch depressive Episoden, wiederkehrende depressive Störungen und „Double Depression“. Nach Leuzinger-Bohleber et al. (2010) sind es die besonders schweren, chronifizierten und behandlungsresistenten Depressionen, an denen sich die Psychoanalyse beweisen sollte.

Die Depressiven, die in die psychotherapeutischen Ambulanzen oder Praxen kommen, haben in aller Regel eine jahrelange Vorgeschichte von depressivem Leiden und verschiedenen Behandlungsversuchen hinter sich. Oft ist ihnen durch antidepressive Medikation oder kürzer dauernde Psychotherapien vorübergehend geholfen worden. Doch die Beschwerden sind wiedergekehrt. Die typische Klientel in der Psychoanalyse leidet an chronifizierten Krankheitsbildern.

Die Überlegungen zur Psychotherapieindikation und Prognose bei diesen Patienten sind vielschichtig. Es gibt eine recht brauchbare klinische Literatur darüber (z. B. König, 1994; Hohage, 1996; Will et al., 1998), jedoch wenig aussagekräftige empirische Daten. Die Indikation sollte positiv und nicht nach Ausschlusskriterien gestellt werden. Folgende Kriterien sollten in die Entscheidung eingehen:

- typische intrapsychische Konflikte (häufig bezogen auf erlebte oder phantasierte Trennung),
- depressionsspezifische Beziehungsmuster und Handlungsmodelle,
- charakteristische Erlebens- und Denkweisen,
- das Strukturniveau,
- die Inszenierung dieser Muster in der Übertragung in den Vorgesprächen,
- es lässt sich eine Verbindung mit der Biographie des Patienten herstellen: durch den positiven Nachweis aktueller und biographischer Belastungserlebnisse, die akut und chronisch fehlverarbeitet wurden und werden.

Als Faustregel zur Unterscheidung der tiefenpsychologischen von der analytischen Psychotherapie gilt, dass der Schwerpunkt der tiefenpsychologischen Behandlung, mit meist einer Wochenstunde und im Sitzen durchgeführt, auf der Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen Leben liegt: Es handelt sich um den auslösenden Konflikt und die aktuellen beruflichen, sozialen, familiären und Beziehungsprobleme. Ausgehend von ihnen werden die depressiogenen Eigenarten und Verhaltensweisen des Patienten in der Außenübertragung bearbeitet. Die psychoanalytische Behandlung, mit in der Regel drei Wochenstunden und meist im Liegen durchgeführt, verwendet ebenfalls dieses Material, hat jedoch noch zwei weitere Schwerpunkte: die Auseinandersetzung mit der Biographie und den Erfahrungen des Patienten mit seinen primären Bezugspersonen von der frühen Kindheit an und die Bearbeitung seiner typischen Beziehungsmuster und Charakterstrukturen, wie sie sich in der therapeutischen Beziehung entfalten (Arbeit mit der Innenübertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Regression). Je chronischer die Erkrankung, je konfliktreicher das Leben, je mehr die Symptomatik mit der gesamten Persönlichkeit verwoben ist und je differenzierter die Innenwelt des Depressiven, desto klarer ist die Indikation für eine analytische Psychotherapie. Gemäß den Psychotherapie-Richtlinien übernehmen die Krankenkassen bei nachgewiesener Indikation und ausreichend guter Prognose die Kosten dieser Psychoanalysen, derzeit noch bis 240 Behandlungsstunden.

Ein weiterer Indikationsbereich besteht unseres Erachtens in der psychoanalytischen Behandlung der Depression älterer Menschen, die in der psychoanalytischen Forschung erst langsam Beachtung finden. Dabei liegen auch für das fortgeschrittene Lebensalter (bis zum 75. oder 80. Lebensjahr) psychoanalytische Behandlungserfahrungen vor. Depressionen haben in diesem Alter durchaus eine positive Behandlungsprognose. Psychoanalytische Therapie kann in ähnlicher Weise durchgeführt werden wie bei jüngeren Menschen, jedoch sollte bei älteren Patienten besonders auf die narzisstische Beziehungsproblematik geachtet werden (Kipp, Buck & Gross, 2005; Kipp, 2007).

■ Blatt und die Frage der differentiellen Therapieindikation

Blatt, Psychoanalytiker und Wissenschaftler, hat wesentliche psychoanalytische Hypothesen zur Psychodynamik Depressiver empirisch überprüft, hat eigene Therapiestudien durchgeführt und hat empirisches Material (unter anderem die bekannte Menninger-Studie und die große Studie zur Kurzzeitpsychotherapie der Depression der NIMH, National Institute of Mental Health) unter psychoanalytischen Gesichtspunkten reanalysiert. Seine Arbeit soll hier etwas ausführlicher dargestellt werden, da er einer der wenigen psychoanalytischen Empiriker ist, dessen Vielzahl von Untersuchungen auf große Resonanz gestoßen ist, und weil er wichtige Aussagen zur psychotherapeutischen Indikation beigetragen hat (zusammenfassend dargestellt in Blatt, 2004; Blatt, Luyten & Corveleyn, 2005).

Blatt unterscheidet konzeptionell zwei Typen von depressivem Grundkonflikt: eine anaklitische und eine introjektive Depression. Mit anaklitischer Depression bezeichnet Blatt die Gruppe der Depressiven, die weniger mit intrapsychischen als vielmehr mit interpersonellen Problemen zu kämpfen haben, zum Beispiel mit Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Gefühlen von Verlust und Alleingelassenheit. Die anaklitisch Depressiven zeigen sich offen anhänglich und abhängig von anderen Menschen und klammern sich an diese. Sie fühlen sich verlassen, hilflos und schwach. Trennung und Objektverlust verursachen erhebliche Ängste, die oft mit primitiven Mitteln abgewehrt werden wie mit Verleugnung oder einer unmittelbaren Suche nach Ersatzobjekten. Die anaklitischen Patienten zeigen eine offen abhängige Depression.

Bei der introjektiven Depression geht es um Patienten, deren depressive Wahrnehmung vor allem um Fragen der Selbstkritik und des Selbstwertes und um Gefühle von Versagen und Schuld kreist. Introjektion ist ein basaler psychischer Mechanismus, in dem ein zwischenmenschlicher Konflikt nicht zwischenmenschlich ausgetragen, sondern in das Intrapsychische zurückgenommen wird. Bei diesen Depressiven gehen wir davon aus, dass der Mechanismus der Introjektion durch frühkindliche Entwicklungseinflüsse zu einem wesentlichen Charaktermerkmal geworden ist. Er ist mit einem harten, strafenden Über-Ich und mit einem hohen Ich-Ideal verbunden, dem gegenüber der Depressive sich minderwertig, schlecht und ungenügend vorkommen muss. Diese Menschen sind intensiv beschäftigt mit Selbstzweifeln und haben eine chronische Angst, kritisiert zu werden und die Anerkennung signifikanter anderer zu verlieren. Kurz zusammengefasst zeigen die introjektiv Depressiven eine selbstkritische Depression.

Forschungsergebnisse zeigen, dass sich zwischen diesen beiden primären Konfigurationen unterscheiden lässt; sie zeigen auch, dass die entsprechenden Patientengruppen auf unterschiedliche Behandlungsformen unterschiedlich ansprechen und ihre therapeutischen Fortschritte auf je unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen.

Die anaklitisch Depressiven sprechen am besten auf Psychotherapieverfahren an, bei denen aktive und strukturierende Maßnahmen sowie intensive Interaktionen im Vordergrund stehen. Dies gilt für psychodynamisch-interaktionelle, interpersonelle Ansätze und kognitiv-behaviorale Behandlung. Diese Patienten schneiden dagegen in einer intensiven analytischen Psychotherapie viel schlechter ab.

Die introjektiv Depressiven sprechen schlecht auf psychologische Kurzzeittherapien aller Art an. Dafür können die selbstkritischen Patienten von längerfristig angelegten psychoanalytischen Behandlungen gut profitieren. Alles weist nach Blatts Ansicht darauf hin, dass die selbstkritisch Depressiven in der Psychotherapie viel Zeit brauchen und von einer psychoanalytischen Behandlung am besten profitieren können. Diese Ergebnisse Blatts zur differentiellen Indikation unterschiedlicher Psychotherapieverfahren halten wir für recht bemerkenswert. Es gibt noch zu viele Glaubenskämpfe in der Psychotherapie und zu wenige Überlegungen darüber, welche Verfahren für welche Patientengruppen die optimalen sind. Blatts Ergebnisse tragen zur Versachlichung der Indikationsfrage bei. Als Alternative zu einem atheoretischen

DSM-IV- oder ICD-10-Verständnis der Depression zeigt Blatt, dass eine ätiologiegestützte psychodynamische Typologie der Depression einen essentiellen Beitrag zu einer differentiellen Indikationsstellung, vielleicht auch zu der Frage der Patient-Therapeut-Passung liefern kann.

Neben Blatt gibt es aber auch von anderen Autoren Typisierungsversuche zur Persönlichkeit Depressiver, sowohl von Psychiatern (z. B. Tellenbach, 1974), Psychoanalytikern (z. B. Rudolf, 2005: regressive versus narzisstische Verarbeitungsform des depressiven Grundkonflikts) als auch kognitiven Verhaltenstherapeuten (z. B. Beck, 1987: soziotrope (d. h. beziehungsorientierte) versus betont autonome). Allen Typologien ist eine Bipolarität von Objektnähe versus Objektferne als Grundprinzip der Regulation des inneren Gleichgewichts gemeinsam (Schauenburg, 2007; Mentzos, 2010).

■ Strukturniveau und Depression

Ein wichtiger Gesichtspunkt für die Therapieplanung und die einzusetzende Behandlungstechnik ist die Persönlichkeitsstruktur/das Strukturniveau des Depressiven. Aus psychoanalytischer Sicht finden wir kaum einen Depressiven, der nicht typische Persönlichkeitszüge und Charaktereigenarten zeigte. Es hat sich in der psychoanalytischen Diagnostik durchgesetzt, neben einer Symptomdiagnose auch eine Strukturdiagnose (also zum Niveau der Persönlichkeitsorganisation) zu stellen. In einer bundesweiten Standardisierung von psychodynamischen Diagnosen mit dem Operationalisierten Psychodynamischen Diagnosesystem OPD-2 wurde auch die Strukturdiagnose als Achse IV, Struktur, mit einbezogen (Arbeitskreis OPD, 2006). Da sich die OPD-Formulierungen gut für die diagnostische Einordnung, die differentielle Indikationsstellung und die Therapieplanung verwenden lassen, soll die OPD-Achse Struktur hier kurz vorgestellt werden. Es wird eine Systematik vorgelegt, die vier grundlegende strukturelle Beurteilungsdimensionen benennt, wobei in jeder Dimension eine Ausrichtung auf das Selbst und auf die Objekte unterschieden wird:

1. Kognitive Fähigkeit: Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung
2. Steuerungsfähigkeit: Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs
3. Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen und außen
4. Fähigkeit zur Bindung: innere Objekte und äußere Objekte

Bei der Strukturdiagnose werden vier Stufen zur Graduierung unterschieden:

- gutes strukturelles Integrationsniveau
- mäßiges strukturelles Integrationsniveau
- geringes strukturelles Integrationsniveau
- desintegriertes Strukturniveau
-

Die Definitionen der OPD-Strukturachse erlauben im klinisch-psychotherapeutischen Bereich eine sorgfältigere diagnostische Erfassung struktureller Probleme und lenken die Aufmerksamkeit auf eine gezielte therapeutische Bearbeitung dieser Themen, so dass dem Schwerpunkt der konfliktaufdeckenden

psychodynamischen Therapien der Bereich der strukturbezogenen dynamischen Psychotherapie zur Seite gestellt werden kann (Rudolf, 2006).

■ Therapie der akuten Depression

Obwohl der Umgang mit der akuten Depression von vielen psychotherapeutischen und psychiatrischen Schulen ähnlich gesehen wird, wird hier dem empfohlenen Vorgehen ein eigener Abschnitt gewidmet, da es häufig äußerst krisenhaft und dramatisch abläuft. Die Ausführungen sind angelehnt an Schauenburg (2007).

Das unaufdringliche Zuhören und die Bereitstellung von Zeit und Raum stellt eine erste Beruhigung dar. Da depressive Patienten mit ihrer kaptativen Hemmung im bewussten Erleben davon ausgehen, dass ihnen Aufmerksamkeit nicht zusteht, empfiehlt es sich, sie darin zu bestärken, dass sie sich Hilfe gesucht haben. Eine genaue Erhebung des Ausmaßes der depressiven Symptomatik ist nicht nur zu diagnostischen, sondern auch zu therapeutischen Zwecken gut, da sie Verständnis signalisiert. Das Suizidrisiko muss als unabdingbarer Bestandteil der initialen Diagnostik auf jeden Fall aktiv erfragt werden. Die diagnostische Klärung dient nicht nur der eigenen Orientierung, sondern ist oft ein direkter Weg, den Betroffenen Akzeptanz und Verständnis zu vermitteln. Selbst wenn nach klinischer Einschätzung eine langfristige Therapie angezeigt zu sein scheint, kann es anfangs sinnvoll sein, zunächst nur einen kürzeren Behandlungsabschnitt (ca. 20 Stunden) zu vereinbaren, um eventuelle Abhängigkeitsängste nicht zu sehr zu stimulieren. Es empfiehlt sich, eine eventuell nötige Begleitmedikation und deren Nebenwirkungen schon am Anfang zu besprechen, damit der Patient nicht unter der Therapie den Eindruck erhält, der Therapeut wisse mit psychotherapeutischen Methoden nicht mehr weiter. Es ist empfehlenswert, dem Patienten möglichst viel Information über Symptomatik und Erkrankung zu vermitteln. Dabei sollte möglichst am Anfang auch nach den Therapieerwartungen des Patienten gefragt werden. Klare Absprachen am Beginn einer Behandlung sind unbedingt erforderlich. Es kann sehr hilfreich sein, mit dem Patienten gemeinsam sogenannte antidepressive Strategien zu erarbeiten, wie Sport oder Aufnahme sozialer Kontakte. Insgesamt hat der Therapeut im Umgang mit akut Depressiven keine leichte Aufgabe. Er muss eine betreuende und schützende Funktion ausüben, andererseits die erlebte Hilflosigkeit, Distanz zum inneren Erleben, insbesondere Gefühle der Unabänderlichkeit aushalten und damit dem Patienten erleichtern. Der Therapeut kann durchaus seine eigene Wahrnehmung zur Verfügung stellen. Er sollte einen Behandlungsfokus aufzeigen, beispielsweise problematische Beziehungsmuster, wie altruistische Versorgung anderer, oder strukturelle Einschränkungen, wie verzerrte Wahrnehmung anderer. Den ausgewählten Fokus kann man sowohl als innere Richtschnur des Therapeuten im Verlaufe der Psychotherapie benennen als auch als eine Hypothese zum Erklärungsmodell dem Patienten mitteilen – beides kann sehr entlastend wirken.

Behandlungsfehler bei einer akuten Depression: Insgesamt gilt es, sowohl Überengagement als auch Distanzierung zu vermeiden. Durch die Hilflosigkeit, die Therapeuten häufig im Kontakt mit depressiven Patienten erleben, kann es leicht geschehen, dass sie auf Besserung drängen, manchmal unausgesprochen, was aber einen erhöhten Gewissensdruck bei den Patienten zur Folge haben und damit beispielsweise zum Verschweigen von Symptomen führen kann. Auch die suggestive Aufforderung zu positiven Sichtweisen stellt eine Überforderung des Patienten dar. Spiegelung von Aggressivität kann dazu führen, dass sich der Patient noch hilfloser fühlt und auf diesem Weg Schuldgefühle und Autoaggression verstärkt werden. Besonders vorsichtig muss man bei der Suche nach auslösenden Ereignissen und problematischen biographischen Konstellationen vorgehen, da auch hier ein zu konfrontatives Vorgehen, ohne Anpassung an Befinden und Möglichkeiten des Patienten, zu erheblichen Schuldgefühlen führen kann.

Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden. Dies empfiehlt auch die Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression.

■ Die analytische Psychotherapie der Depression

Die analytische Psychotherapie Depressiver ist auf mehrere Jahre angelegt und findet in der Regel mit zwei bis drei Stunden pro Woche im Liegen auf der Couch statt. Bei Depressiven mit gering oder mäßig integriertem Strukturniveau nach OPD-2 empfiehlt es sich, mit zwei Wochenstunden im Sitzen zu arbeiten. Durch die Dauer und Intensität der analytischen Arbeit können Effekte erzielt werden, die weit über eine symptomatische Veränderung hinausgehen und zu einer strukturellen Veränderung führen, die als therapiespezifisches Ergebnis von Psychoanalysen angesehen wird. Die pathogenen Beziehungsmuster und Charaktereigenarten der Depressiven werden in der Übertragung auf den Therapeuten aktiviert und können dadurch im Hier und Jetzt verstanden und durchgearbeitet werden.

In niederfrequenten Psychotherapien ist die Gefahr größer, dass intellektuelle Einsichten gewonnen werden, deren Umsetzung in Veränderungen des Selbsterlebens und Verhaltens nur unzureichend gelingt und nicht stabil ist, da die Emotionalität, das Erleben und das Durcharbeiten zu kurz gekommen sind. Die wirkliche Prüfung der Stabilität der erreichten Effekte findet erst statt, wenn der Patient mit seinen zentralen Konflikten konfrontiert wird und dennoch nicht mit einer Depression reagiert. Bei Depressiven, deren Symptomatik eng mit chronischen Konflikten und Persönlichkeitsfaktoren zusammenhängt, eröffnen erst folgende psychoanalytische Maßnahmen ausreichende Veränderungsmöglichkeiten:

- die durch das Setting geförderten regressiven Prozesse,
- die Inszenierung der pathologischen Beziehungsmuster in der Übertragung,
- die Umwandlung der Charakterabwehr in aktuelle und zu bearbeitende Widerstände,

- die Aktualisierung frühkindlicher, präverbaler Traumata und damit zusammenhängender Handlungsmodelle und ihre Veränderung in der „neuen Erfahrung“ mit dem Analytiker,
- die psychoanalytische Behandlungstechnik, bei der auf der Basis des empathischen Zuhörens die Analyse der aktuellen Beziehung zwischen Analytiker und Patient, das Wissen um die Übertragung, die Verwendung der Gegenübertragung und die deutende Tätigkeit (inklusive der Übertragungsdeutung) im Vordergrund stehen.

Der zentrale unbewusste Konflikt wird dabei allmählich aktiviert, bestimmt eine Zeit lang die Übertragung – für beide Beteiligte oft schwer erträglich – und wird dadurch einer therapeutischen Durcharbeitung zugänglich. Das wesentliche Material, anhand dessen sich die Übertragung konkretisiert, können Fragen der äußeren Realität, der Beziehungen zum Partner, Familie und Arbeitsplatz, des Selbsterlebens, der Hindernisse und Hemmungen, der verdrängten Wünsche in Träumen und Tagträumen usw. sein. Als veränderungsrelevanter Faktor in der analytischen Behandlung wirkt nicht nur die kognitive Einsicht in die unbewusst motivierte und automatisierte Verhaltenspathologie und ihre lebensgeschichtliche Entwicklung. Heute wissen wir, mindestens so wichtig ist das Erleben und die affektiv geladene Erinnerung an die schmerzlichen Ursprungssituationen. Schließlich folgt das Durcharbeiten, d.h. das immer wieder neue „Durchkauen“ der zentralen Konflikte in ihren verschiedensten Erscheinungsformen, bis eine stabile Veränderung des Erlebens und Verhaltens des Depressiven erreicht ist. In aller Regel kommt es im Zusammenhang damit zu einer durchgreifenden Verbesserung der Symptomatik.

■ Die Veränderung depressiver Konfliktmuster und Beziehungsmodi

Drei bei Depressiven besonders häufige Beziehungsmuster und daraus resultierende Übertragungs- und Gegenübertragungsaspekte wollen wir im Folgenden beschreiben (nach Deserno, 2005):

1. Ein typisches Beziehungsmuster, mit dem depressive Patienten ihre Gefühlsambivalenz in Schach zu halten versuchen, bezieht sich auf ihre Idealisierungsneigung. Hier wirken Idealisierung und ihr Gegenstück, die Entwertung, so zusammen, dass ein spezifisches Gefälle vom erhöhten Objekt zum erniedrigten Subjekt entsteht. Unbewusst investiert ein Depressiver viel psychische Energie, um dieses charakteristische Gefälle in seinen Beziehungen und natürlich auch in der Übertragung zu etablieren. Eine entscheidende Veränderung dieses Beziehungsmusters wird in den meisten Fällen erst dann möglich, wenn sowohl Liebe als auch Hass in der Übertragung erlebt und die mit ihnen verbundenen Gefahren verstanden werden können. Dabei geraten depressive Patienten oft in eine schwere Krise und es ist eine Herausforderung für den Therapeuten, diese Wiederbelebung früherer Krisen für eine Veränderung zu nutzen.
2. Ein Charakteristikum in der psychoanalytischen Behandlung Depressiver liegt in den aversiven Gegenübertra-

gungen, die depressive Patienten induzieren: Der Analytiker versucht, den Patienten zu verstehen, zeigt aber ein subtil ablehnendes Verhalten, das er zunächst selbst nicht bemerkt. An diesem Widerspruch aus verbalem Verstehen und nonverbaler Ablehnung kann der Therapeut durch Identifizierung mit dem Patienten an sich selbst merken, wie es dem Patienten gehen muss. Indem der Therapeut seine Gegenübertragungsgefühle erkennen und reflektieren kann, wird ihm deutlich, dass er unbewusst mit in die typisch depressive Beziehungsregulation hineingeraten ist. Diese über die Gegenübertragungsanalyse entstandene Erkenntnis kann er seinem Patienten dann in adäquater Form und zum richtigen Zeitpunkt zu Verfügung stellen.

3. Ein eher unangenehmes Charakteristikum der psychoanalytischen Behandlung von Depressiven besteht in der Verkehrung von Aktivität in Passivität. Dies zeigt sich in der Gegenübertragung in der wiederholt beschriebenen Müdigkeitsreaktion des Analytikers, vor allem in der Anfangsphase der Behandlung. Auch hier ist es der Analytiker, der sich durch Gegenübertragungsanalyse vergegenwärtigt, dass er die vom Patienten gefürchtete Aggressivität mit Passivität abwehrt; indem er diesen Zusammenhang bemerkt, kann er zu seiner Aktivität zurückfinden.

Insgesamt sollen durch die psychoanalytische Arbeit an und in der Übertragung mit depressiven Patienten deren typische Konflikt- und Beziehungsmuster erkannt und „verflüssigt“ werden. Wichtige psychoanalytische Ziele sind: die negativen Beziehungserwartungen in der Übertragungsbeziehung zu aktualisieren (Analyse der „negativen Übertragung“); die destruktiven Phantasien erlebbar zu machen und dadurch die in ihnen liegenden potentiell positiven Kräfte freizulegen; die Vermeidung bzw. altruistische Abtretung eigener Bedürfnisse in wahrnehmbare Triebwünsche zu verändern; aus der chronischen Enttäuschung die Enttäuschungswut zu befreien; die Hoffnungslosigkeit in eine offen zugelassene Hilfesuche zu transformieren; aus den nie erfüllbaren regressiven Versorgungswünschen die Fähigkeit zur Regression freizulegen; die destruktiven Schuldgefühle in eine zunehmende Fähigkeit zur aktiven Beziehungsgestaltung umzuwandeln.

Fallbeispiele finden sich bei Huber und Will (2007) und eine ausführliche Kasuistik mit Vignetten aus dem Verlauf einer psychoanalytischen stationären Psychotherapie stellt Klug in Krämer und Huber (2002) dar.

■ Psychodynamische Depressionstherapie nach Rudolf

Nach Rudolf (2003) leistet die psychodynamische Therapie der Depression seit jeher, was in Leitlinien immer wieder gefordert wird: Sie ist „aus dem Erklärungsmodell abgeleitet“, sie bezieht sich nämlich störungsspezifisch auf bestimmte basale Grundkonflikte der Persönlichkeit und auf die Vulnerabilität für bestimmte belastende Ereignisse. Die Zusammenhänge zwischen den spezifischen depressiven Vulnerabilitäten des Patienten und den spezifischen psycho-

dynamischen Vorgehensweisen des Therapeuten herauszuarbeiten, hat sich Rudolf zum Ziel gemacht. Konzeptuell stellt er in der depressiven Persönlichkeitsentwicklung (bzw. beim depressiven Grundkonflikt) erstens die Internalisierung von konflikthaften Beziehungsmustern (Beziehungskonflikte, Bindungsprobleme), zweitens die Entwicklung struktureller und emotionaler Vulnerabilität und drittens die Ausbildung spezifischer dysfunktionaler Bewältigungsmuster in den Mittelpunkt. Der depressive Grundkonflikt und seine Verarbeitung als Disposition einer späteren depressiven Erkrankung ist durch folgende psychodynamische Konstellation charakterisiert: Die zentrale Beziehungserfahrung des Verlassenwerdens und des Verlustes ist aufgrund struktureller Unreife des Bedürftigen emotional unerträglich. Ein Gemisch von Objektbedürftigkeit einerseits und Objektenttäuschung andererseits ist die Folge. Starke Bemühungen, sich dem Objekt anzutragen und es zurückzugewinnen, werden angestrebt. Alles, was eine erreichte Beziehung zum Objekt gefährden könnte, wird vermieden. Es wird versucht, ein ideales Bild des Objekts aufrechtzuerhalten, und die Wahrnehmung der emotional heftigen Objektenttäuschung wird vermieden. Diese Vorgänge sind verbunden mit einer extremen Anstrengung und bedeuten psycho-physiologisch permanenten Stress durch die ständigen Bindungsbemühungen, Verlustängste, Anpassungsbereitschaften und ständig andrängende Enttäuschungswut. Neu ist, dass Rudolf am Beispiel der depressiven Störungen verdeutlicht, wie Konflikt und Struktur beide Aspekte einer früheren Bindungserfahrung darstellen. Auf der Grundlage der frühen Verluste bzw. Defiziterfahrung besteht ein ausgeprägtes Bedürfnis nach nur guter Beziehung. Bei der Sehnsucht nach dem idealisierten Objekt einerseits und der Unfähigkeit, Aggression direkt gegen das enttäuschende Objekt zu richten, andererseits, wird die Aggression gegen das eigene Selbst gewendet. So versteht Rudolf das Geschehen einerseits als konflikthaften Beziehungsmodus und zugleich als strukturelle Vulnerabilität. Bei den Konflikten geht es nach Rudolf im Sinne von OPD-2 um Individuation vs. Abhängigkeit oder Autarkie vs. Versorgung. Die strukturelle Vulnerabilität betrifft Schwierigkeiten der Selbst-Objekt-Differenzierung und ganzheitlichen Objektwahrnehmung sowie der Loslösung von Objekten, der Selbstwertregulierung, der Affektsteuerung und Affektdifferenzierung.

Es ist nach Rudolf aber weniger der depressive Grundkonflikt als die Entwicklung der Verarbeitungsmuster, die den Patienten zunehmend vulnerabel werden lassen: So mündet die altruistische Aufopferung in Selbstüberforderung und Erschöpfung. Die narzisstische Selbststabilisierung lässt sich bei zunehmendem Alter, nachlassenden Kräften, Verringerung der körperlichen Aktivität nicht mehr aufrechterhalten. Wenn eine schizoide Gefühlsvermeidung vorliegt, sieht Rudolf die Gefahr einer weitreichenden Isolierung. Dazu kommen Veränderungen in der Lebenssituation des Patienten, die es ihm oft unmöglich machen, seine Bewältigungsmuster länger aufrechtzuerhalten.

Das beschriebene psychodynamische Modell hat den großen Vorteil, dass es die Entstehung unterschiedlicher Psychodynamiken zu verstehen hilft. Im Kontrast zu den kategorialen

Systemen von ICD und DSM verfügen wir hier eher über ein dimensionales Modell, das ein Grundmotiv hat (die unerfüllte Objektbedürftigkeit und die Objektenttäuschung) und viele Varianten seiner Bewältigung, woraus wiederum viele unterschiedliche Symptommuster entspringen. Ein weiterer Vorteil dieses Modells ist es, dass es schon Ansatzpunkte für die Behandlung vermittelt.

Rudolf betont, dass es sich bei seinen Ausführungen nicht um ein Manual im engeren Sinne handelt, dass er aber einen Rahmen für therapeutische Interventionen und Haltungen geben will, die auf die depressive Struktur zugeschnitten sind. Dabei ist wichtig, sich klarzumachen, dass nicht das depressive Symptom behandelt wird, sondern die Psychodynamik des interpersonellen Verhaltens, d. h. die dysfunktionalen Beziehungen bzw. unsicheren Bindungen, die das Erleben des Patienten in spezifischer Weise konflikthaft belasten. Dieser stets mitzudenkende, unbewusste psychodynamische Hintergrund ist überdeckt von den lebenslang ausgebildeten Bewältigungsstrategien, die für den Patienten bewusstseinsnah sind. Hier ist es wichtig, diesen Bereich therapeutisch nicht als Abwehr in Frage zu stellen, sondern als Ausdruck der Bemühungen und Lebensleistung des Patienten anzuerkennen. Die Verarbeitungs-/Bewältigungsmuster dienen dazu, sich selbst und die Beziehung so zu modifizieren, dass die depressiven Affektspannungen erträglich werden. Diese verschiedenen Ebenen immer mitzudenken (d. h. die unbewusste konflikthafte Objektbedürftigkeit und strukturelle Vulnerabilität einerseits und die bewusstseinsnahen Bewältigungsstile andererseits) ist durchaus ein hoher Anspruch an den Therapeuten.

Rudolf beschreibt die therapeutische Haltung, die als Hintergrund für die therapeutischen Interventionen dienen soll, folgendermaßen: Der Therapeut sollte als ausreichend gutes Objekt, d. h. als zuverlässiges Gegenüber zur Verfügung stehen. Der Therapeut sollte als Hilfs-Ich dienen, das bei der Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierung unterstützt, zur Affekttoleranz anleitet und im Ertragen der nicht erfüllten Bedürftigkeit begleitet (Frustrationstoleranz). Der Therapeut dient auch als Hilfs-Über-Ich, das sich gegen die Selbstentwertung stellt und bei der adäquaten Selbstbewertung unterstützt. Der Therapeut verhält sich als antwortendes Gegenüber, das sich getrennt vom Patienten verhält und erlebt (Selbst-Objekt-Differenzierung). Der Therapeut zeigt sich interessiert an den Mitteilungen des Patienten, an seiner Weiterentwicklung und an der Unterbindung von Selbstschädigungstendenzen. Er ist interessiert an einer gemeinsamen therapeutischen Zielsetzung.

Was ist nach Rudolf an seinem Vorgehen depressionsspezifisch? Es ist die Ausrichtung auf die psychodynamische Thematik der Grundpersönlichkeit, also die beschriebene Beziehungsproblematik. Individuell variiert der Umgang mit den unterschiedlichen Bewältigungsstilen, auch die Ausrichtung auf die jeweilige strukturelle Vulnerabilität sowie die Ausrichtung auf die jeweilige Symptomkonstellation. Die therapeutische Bandbreite reicht dabei von verstehendem über strukturierendes Vorgehen bis zu medikamentösen Maßnahmen. Insgesamt sieht Rudolf die psychodynamische Depressionsbehandlung im Kern störungsbezogen und auf

die individuelle Ausgestaltung des jeweiligen depressiven Prozessgeschehens ausgerichtet.

Zusammenfassend lässt sich zur Behandlungstechnik nach Rudolf sagen, dass die depressionsspezifischen therapeutischen Interventionen die aktuelle Vulnerabilität und Selbstüberforderungstendenz, die aus der depressiven Persönlichkeitsentwicklung resultieren, bearbeiten und beim Aufbau neuartiger Beziehungserfahrungen unterstützen. Die spezifische therapeutische Haltung erlaubt es, speziell den interpersonellen Bereich spiegelnd, stützend und konfrontierend zu bearbeiten. Die psychodynamische Depressionsbehandlung nach Rudolf ist insofern störungsspezifisch, als sie auf spezielle konflikt-hafte Formen der Beziehungserwartung und Beziehungsproblematik und damit zusammenhängende Selbstwertprobleme zugeschnitten ist. Unsere Kritik bezieht sich darauf, dass sich jede psychoanalytische Therapie auf die spezifischen Konflikte und strukturellen Defizite des Patienten bezieht und dass das spezielle Eingehen darauf noch kein modifiziertes oder gar störungsspezifisches Vorgehen darstellt; es sei denn, man dehnt den Begriff entsprechend aus, aber dann wäre jede psychoanalytische Therapie, die sich auf die spezifischen Konflikte und Defizite bezieht, störungsspezifisch.

■ Der Behandlungsansatz von Busch et al.

Busch, Rudden und Shapiro haben 2004 einen sehr strukturierten Behandlungsansatz, den sie als „Schritt zur Manualisierung“ bezeichnen, herausgegeben. Die Behandlung basiert auf dem Modell zweier „Teufelkreise“, die zur Depression führen und die auch miteinander verbunden werden können. Beide Modelle gehen von einer narzisstischen Verletzbarkeit und einem niedrigen Selbstwertgefühl aus. Das eine postuliert, dass es dadurch zu einer Empfindlichkeit für Enttäuschung und Ablehnung kommt, die ihrerseits zu Wut führt, die aber dann nach innen gerichtet werden muss und als Schuld- und Insuffizienzgefühle erlebt wird. Diese wiederum bewirken narzisstische Verletzbarkeit und niedriges Selbstwertgefühl und verstärken den Teufelskreis, bis daraus die manifeste Depression resultiert. Das andere Modell geht von einem niedrigen Selbstwertgefühl aus, das durch die Idealisierung des Selbst und/oder des Anderen kompensiert wird. Das prädisponiert für Enttäuschungen, die wiederum zur Entwertung des Selbst und/oder des Anderen führen und dann wieder zu einem erniedrigten Selbstwertgefühl. Ein anderer Ausgang ist die Entwertung des Anderen, auf die das Über-Ich mit Schuldgefühlen reagiert, beide Wege führen aber letztlich zur Depression.

Von diesen beiden Modellen ausgehend sind für die Autoren die Bearbeitung der narzisstischen Verletzbarkeit, von Wut und Ärger als Reaktionen auf narzisstische Kränkungen, der Strenge des Über-Ich und das Erleben von Schuld, von Idealisierung und Entwertung zentrale Themen. Behandlungstechnisch werden sie mit der Theorie der Technik und den Interventionen einer psychoanalytisch orientierten Therapie angegangen, wobei auf die Besonderheiten der Abwehrmechanismen der Depressiven, auf typische therapeutische Sackgassen wie die negative therapeutische Reaktion und auf die Suizidalität anhand von vielen Beispielen eingegangen wird.

■ Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter Berücksichtigung der chronischen Depression

Ähnlich wie andere Manuale psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren wurde auch das Tavistock-Manual (Taylor, 2010) in Reaktion auf die Erfordernisse der modernen Psychotherapieforschung für Patienten mit chronischer, so genannter behandlungsresistenter Depression entwickelt. Um für psychoanalytische Behandler akzeptabel zu sein, erlaubt es eine gewisse Flexibilität, d.h., obwohl es sich als Manual versteht, werden Analytiker in ihrer gewohnten Praxis bestärkt, dem Patienten und seinem Material zu folgen. Das Manual wurde speziell für die „Tavistock Adult Depression Study“ (TADS) entwickelt. In dieser randomisierten, kontrollierten Studie geht es um die Evaluation der Effektivität von 60 Sitzungen einer mit einer Wochenstunde durchgeführten psychoanalytischen Therapie der chronischen, therapieresistenten Depression. Die Therapie dauert 18 Monate. Die vorliegende Version von psychoanalytischer Therapie geht davon aus, dass die Patienten trotz dieses begrenzten Rahmens von der Behandlung maßgeblich profitieren können. Das Manual selbst ist noch nicht veröffentlicht, sondern versteht sich als „work in progress“. Da es für bereits qualifizierte und erfahrene Therapeuten bestimmt ist, wird ausdrücklich anerkannt, dass kompetente Analytiker über ihre eigene psychoanalytische Methode verfügen. Die im Manual angestellten Überlegungen sollen dem Analytiker als hilfreiche, allgemeine psychoanalytische Orientierungspunkte dienen. Als Behandlungselemente dienen dem Therapeuten Zuhören, Nachhelfen, Kommentieren, Explorieren, Erkennen, Lenken der Aufmerksamkeit, Erschließen neuen Materials und das Deuten. Dem Patienten wird geholfen, indem der Therapeut die relevanten Konflikte so formuliert, dass der Patient sie besser kennen lernen kann. Die Regelmäßigkeit, Beständigkeit und Neutralität des Therapeuten und des Settings erschließen einen hinreichend sicheren und stabilen, Einsicht fördernden therapeutischen Raum, in dem Aspekte der Persönlichkeit des Patienten freier geäußert und anerkannt werden können. Veränderung wird auch durch das Lernen in Gang gesetzt, das den Erfahrungsprozess der Identifizierung, Modifizierung und Integration von zuvor unzugänglichen oder beschädigten Selbstanteilen und Bereichen des psychischen Funktionierens begleitet. Dem Therapeuten ist es nicht grundsätzlich untersagt, den Patienten zu beruhigen, ihm etwas zu erklären, ihm Mut zuzusprechen oder sich gelegentlich zu praktischen Dingen zu äußern. Solche Interventionen können angebracht oder sogar notwendig sein. Es muss aber vermieden werden, dass wichtige Bereiche der inneren Realität unterdrückt, Angst beschwichtigt oder die basalen Regeln der psychoanalytischen Therapie kompromittiert werden.

Als zentrale Elemente der Tavistock-Therapie sieht Taylor sechs Bestandteile der therapeutischen Aufgabe an. Diese werden im Manual in ihren einzelnen Bestandteilen beschrieben. Es geht um

1. Herstellung eines emotionalen Kontaktes: Dies wird als zentrale Aufgabe der Psychotherapie betrachtet, wobei ihr in der Anfangsphase eine besondere Bedeutung zukommt.

2. **Rezeptivität und Offenheit des Therapeuten:** Der Therapeut sollte sensibel wahrnehmen, wie die Entbehrungs-, Verlust- und Schmerzerfahrungen, von denen der Patient in seinem Leben betroffen war, sein psychisches Funktionieren beeinflussen. Die Rezeptivität des Therapeuten wird dem Patienten indirekt vermittelt, indem der Behandler die Folgen, die bestimmte Erfahrungen für den Patienten hatten, anerkennt. Explizite Mitleidsbekundungen seitens des Therapeuten oder auch Äußerungen, die den Therapeuten oder den Patienten entlasten und auf subtile Weise dessen Kindheit, spezifische Umstände oder eine bestimmte Person verantwortlich machen, sind langfristig nicht hilfreich; sie untergraben das Potential der Therapie, gründliches Verständnis des Patienten zu ermöglichen und ihm dadurch zu helfen.
3. **Identifizierung von Ängsten und Angstsituationen:** Der Therapeut sollte die notwendige Sachkenntnis und die Befähigung besitzen, die Art der inneren Objektbeziehungen des Patienten und ihre Auswirkungen auf seine Stimmung und auf seine psychische Verfassung in Worte zu fassen.
4. **Aktivität und Effektivität des Therapeuten:** Der Therapeut sollte nicht nur in der Lage sein, zuzuhören und das Erleben des Patienten in sich aufzunehmen, sondern etwas psychoanalytisch Sinnvolles darüber zu sagen.
5. **„Dem Kaiser geben, was des Kaisers, und Gott, was Gottes ist“:** Dieses Zitat soll die Notwendigkeit herausstreichen, dass der Therapeut gegenüber dem Patienten anerkennt, welche Art von Lebenserfahrung dieser gemacht hat. Das Zitat bezieht sich auch auf die universale Aufgabe der wechselseitigen Infragestellung von Allmachts- oder Allwissensphantasien und der Fähigkeit, die normale menschliche Schwäche anzuerkennen.
6. **Aufmerksamkeit des Therapeuten für das Hier und Jetzt und die Arbeit mit der Übertragung:** Wie auch sonst in der analytischen Psychotherapie versucht der Therapeut das wechselseitige Hin und Her der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zu verstehen, aufzudecken und zu nutzen, um den Patienten zu verstehen. Es ist Aufgabe des Therapeuten zu erkennen, was reinszeniert wird, und dieses Verständnis in Deutungen zum Ausdruck zu bringen.

Das Manual formuliert eine Version des analytischen Modells der Depression. Sie wird als universale Konstellation verstanden und die Fähigkeit, depressiv zu reagieren, als wesentlicher Aspekt des psychischen Entwicklungspotentials der Persönlichkeit. Die wesentlichen Merkmale dieser Konfiguration betonen die emotionale Reaktion auf einen Verlust; den Versuch, das äußere Objekt von Wut- und Ambivalenzgefühlen zu verschonen; das Scheitern, diese Aggression loszuwerden oder das Objekt vor inneren Angriffen zu bewahren; eine komplexe Identifizierung mit dem Objekt; Schuldgefühle, Schmerz und Leid durch einen beobachtenden Ich-Anteil (dem Über-Ich).

Wir haben dieses Tavistock-Manual etwas ausführlicher dargestellt, da es beansprucht, das einzige Manual zur psychoanalytischen Behandlung chronisch depressiver Patienten

zu sein. Unsere Kritik bezieht sich allerdings darauf, dass die beschriebenen Techniken ganz überwiegend sehr unspezifisch sind und, wie der Autor auch betont, generell für eine psychoanalytische Behandlung, also auch andere Störungsbilder Gültigkeit haben.

Das Manual selbst ist bisher noch unveröffentlicht und daher nicht zu beziehen, wird aber außer in der TADS in der LAC-Studie (Leuzinger-Bohleber et al., 2010) eingesetzt.

■ Stationäre psychoanalytisch orientierte Therapie der Depression

Schwere und chronische, insbesondere therapierefraktäre Depressionen sind oft nicht mehr ambulant zu behandeln und bedürfen einer stationären psychotherapeutischen Betreuung. Wir wollen die stationäre psychoanalytisch orientierte Therapie der Depression am Beispiel der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Städtischen Klinikum München-Harlaching darstellen, da beide Autoren die Klinik sehr gut kennen und das Vorgehen vergleichbar ist mit anderen psychoanalytisch-orientierten Kliniken. Dort sind die depressiven Patienten mit etwa 40% die deutlich größte Patientengruppe. Dennoch behandeln wir sie nicht auf eigenen Depressionsstationen, d. h. nicht störungsspezifisch, da sich bei uns nie aus der Behandlungspraxis heraus die Notwendigkeit eines modifizierten Vorgehens darstellte. Zudem ergab eine Umfrage an 220 deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatik und Psychotherapie, dass es keinen eindeutigen wissenschaftlichen Beleg gibt, dass die Behandlung auf Depressionsstationen der auf gemischten Stationen überlegen ist (Wolfersdorf, Adler & Hauth, 2006). Wir halten die Depression für das Paradebeispiel der Störungsgruppe, an der die psychoanalytische Technik maßgeblich entwickelt wurde (zusammen mit den anderen „Psychoneurosen“) und die sich damit einer störungsspezifischen Einengung und Festlegung entzieht. Selbstverständlich wird auf die für Depressive typischen Konflikte und Probleme (wie z. B. der Individuations-/Abhängigkeitskonflikt, Trennungs- und Aggressionsprobleme) in der Behandlung fokussiert, aber nicht im Rahmen einer Depressionsstation bzw. eines spezifischen Settings, so wie wir es für andere Störungsgruppen (z. B. Spezialsetting für Borderline-Persönlichkeitsstörung, für Essstörung, für Traumafolgestörung, vgl. Huber & v. Rad, 2011) tun.

Da bei einer stationären Aufnahme die Depression meistens besonders schwer und akut ist, bewähren sich hier zunächst die Behandlungsprinzipien, wie sie unter Behandlung der akuten Depression dargestellt wurden. Formal handelt es sich um ein Behandlungssetting mit folgenden Behandlungselementen: zweimal in der Woche psychoanalytisch orientierte Einzelgespräche, zwei bis vier psychoanalytisch orientierte Gruppensitzungen pro Woche (darunter eine halbgeschlossene Gesprächsgruppe), Milieuthérapie in der Gruppe, Bezugspflegegespräche, körperärztliche Betreuung, Visiten, Gestaltungstherapie in Gruppen- und Einzelsitzungen, konzentrierte Bewegungstherapie in Gruppen- und Einzelsitzungen, Kreativwerkstatt, Training der sozialen Kompetenz

in der Gruppe, Sport- und Kreativangebote, verhaltenstherapeutische und übende Techniken wie Entspannungstherapie, Fertigkeitentraining, Beratung bei sozialen und beruflichen Problemen. Bei einem Großteil der Patienten werden auch Paar-/Familiengespräche durchgeführt. Für jeden Patienten wird ein persönlicher Therapieplan erstellt. Stationäre Psychotherapie wird sehr von Aspekten der Gruppendynamik mitbestimmt, da die Patienten einen großen Teil der Zeit mit Mitpatienten verbringen. Der therapeutische Prozess auf der Station wird daher immer von der Gesamtgruppe, also den Mitpatienten und dem therapeutischen Team, mitgetragen. Daraus ergibt sich, dass neben der zentralen Bedeutung der Beziehung zum Einzeltherapeuten der Gruppenaspekt eine wichtige Rolle im therapeutischen Setting spielt.

Das Pflegepersonal ist ein sehr wichtiger Teil des therapeutischen Teams; der pflegerische Ansatz liegt im Symptomanagement, in der Förderung der kommunikativen Kompetenz, der Aktivierung von Ressourcen und in der Hilfestellung bei Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Jedem Patienten wird für die Dauer seines Aufenthaltes eine Bezugsperson aus der Pflege zugeteilt. In täglichen Teamsitzungen wird der fachliche Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen gewährleistet.

Die Aufenthaltsdauer liegt bei Patienten mit mittelschweren oder schweren Depressionen bei acht bis zwölf Wochen. Damit sind 16 bis 24 Einzelpsychotherapiesitzungen möglich, die mit einer mindestens gleichen Anzahl von Gruppentherapiesitzungen kombiniert werden. Bei gut 80% der Patienten ist es unbedingt erforderlich, die Psychotherapie, ggf. auch eine antidepressive Begleitmedikation mit dem Ziel der Rezidivprophylaxe ambulant fortzuführen. Die ambulante Begleitung sollte sich noch mindestens über ein Jahr erstrecken.

Die Patienten werden zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthalts zu ihren psychischen Symptomen und ihren interpersonellen Problemen befragt. Die depressiven Patienten erreichen dabei im Globalen Schwere-Index der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R; Franke, 1995) eine Effektstärke von 0,97. Dies ist die höchste im Vergleich zu den anderen Störungsgruppen (somatoforme Störung, Essstörung, Persönlichkeitsstörung). Im Inventar Interpersoneller Probleme (IIP; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) beträgt die Effektstärke für den Gesamtwert interpersoneller Probleme 0,55 und ist damit nach den Persönlichkeitsstörungen die zweithöchste Veränderung (Huber, Albrecht, Henrich & Klug, 2009).

■ Stand der Psychotherapieforschung zur Depressionsbehandlung

Es muss eigentlich verwundern, dass die Datenlage in der Ergebnisforschung bei den Psychoanalysen und den von ihr abgeleiteten Verfahren noch immer dürftig ist, wenn man bedenkt, dass bereits 1917 die erste katamnestiche Untersuchung durchgeführt wurde. Es ist zwar hinreichend bekannt und teilweise anerkannt, dass die Psychoanalyse und die von ihr abgeleiteten Therapieformen für eine empirische Erforschung ein besonders spröder Gegenstand sind und Psy-

choanalytiker haben lange damit argumentiert, dass fehlende Evidenz für die Wirksamkeit von Psychoanalyse und den daraus abgeleiteten psychodynamischen Psychotherapien nicht verwechselt werden darf mit Evidenz für ihre Unwirksamkeit (Absence of evidence is not evidence of absence; Holmes, 2002), aber diese rein defensive Strategie darf nicht überstrapaziert werden und wird es auch nicht mehr. Was an empirisch gesicherter Evidenz bei der psychoanalytisch/psychodynamischen Behandlung der depressiven Störung besteht bereits? Für die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie gibt die Metaanalyse von Driessen et al. (2010) den neuesten Stand der Datenlage wieder. Im Vergleich mit Kontrollgruppen wie einer Wartelistekontrollgruppe oder „care as usual“ erreichte die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie eine mittlere Effektstärke, im Vergleich mit anderen Formen der Kurzzeitpsychotherapie kleinere Effektstärken am Behandlungsende (signifikant) und ein Jahr nach Behandlungsende (tendenziell). Der Vergleich von Behandlungsbeginn und Behandlungsende ergab eine hohe Effektstärke, was die psychodynamische Therapie als wirksame Behandlung ausweist. Ein Jahr nach Behandlungsende zeichnete sich eine geringfügige, nicht signifikante Verschlechterung der depressiven Symptomatik ab.

Dieser Befund deutet darauf hin, dass die Kurzpsychotherapien, die auf die Symptomatik fokussiert sind und weniger auf die den Symptomen zugrunde liegenden intrapsychischen Strukturen, kognitiv-behavioralen Schemata etc., die häufigen Rückfälle (relapse) und Wiedererkrankungen (recurrence) nicht verhindern können (Luyten, Blatt & Corveleyn, 2005). Bereits bei der 18-Monats-Katamnese der Patienten des Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP; Elkin, 1994), einem wissenschaftlich sehr angesehenen Forschungsprojekt, zeigte sich, dass nur etwa 20% der Patienten ohne Rückfälle geblieben waren (Shea et al., 1992). Westen und Morrison (2001) zeigten in ihrer Metaanalyse, dass sich nur etwa die Hälfte aller depressiven Patienten symptomatisch besserte und dass diese Besserung nur bei etwa einem Drittel in einem Zeitraum zwischen 12 und 18 Monaten stabil blieb. Die depressive Psychopathologie ist offenbar nicht so plastisch, dass sie durch eine Kurztherapie bleibend verändert werden kann, folgerten Westen, Novotny und Thompson-Brenner, 2004. Das Problem der bleibenden Veränderung nach einer Psychotherapie, im Falle der depressiven Störung die Reduktion oder das Ausbleiben von weiteren depressiven Episoden, ist in das Zentrum der empirischen Psychotherapieforschung gerückt. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Helsinki Psychotherapy Study (HPS; Knekt & Lindfors, 2004), weil sie Ergebnisse von psychodynamischer und lösungsorientierter Kurzzeitpsychotherapie mit denen einer psychodynamischen Langzeittherapie über mehrere Messzeitpunkte hinweg vergleicht (allerdings bei Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen, wovon aber insgesamt mehr als 82% depressive Störungen hatten). Ein Jahr nach Behandlungsbeginn zeigten die beiden Kurzpsychotherapien signifikant geringere Werte in den Depressionsmaßen als die Langzeitpsychotherapie, drei Jahre nach Behandlungsbeginn aber war die Langzeitpsychotherapie den Kurzzeitpsychotherapien überlegen, denn nur sie führte

zu einer weiteren signifikanten Reduktion der depressiven Symptomatik (Knekt et al., 2008a). Auch bei der Besserung der Arbeitsfähigkeit war die Langzeitpsychotherapie den Kurzzeitpsychotherapien überlegen; interessanterweise auch erst bei der 3-Jahres-Katamnese (Knekt et al., 2008b).

All diese Befunde und das durch epidemiologische Studien gut abgesicherte Wissen, dass die Depression nicht eine benigne Erkrankung ist, die auch ohne Behandlung einen günstigen Verlauf nähme, sondern eine meist rezidivierend oder chronisch verlaufende Erkrankung (Judd, 1997) ist, hat zu der Schlussfolgerung geführt, eine langfristige, niederfrequente „Erhaltungspsychotherapie“ analog der Erhaltungsdosis bei der psychopharmakologischen Behandlung einzuführen. Speziell einer Risikogruppe von depressiven Patienten, z. B. denen mit erheblicher Restsymptomatik, insbesondere mit Schlafstörungen, oder mit mehr als drei vorausgegangen depressiven Episoden, mit ausgeprägter Persönlichkeitsstörung u.a., sollte diese „Erhaltungspsychotherapie“ prinzipiell angeboten werden statt einer Krisenintervention erst dann, wenn es bereits zu einem Rückfall gekommen ist (Schauenburg & Clarkin, 2003). Eine andere Konsequenz ist, depressive Patienten mit Langzeitpsychotherapien zu behandeln, die im Sinne eines „carry over“-Effektes Rückfälle verhindern können, indem sie die Patienten für das Erkennen typischer Anlasssituationen sensibilisieren und sie mit besseren Bewältigungsmechanismen ausstatten.

Dieser Frage geht die Münchner Psychotherapie-Studie (Huber, Henrich, Gastner & Klug, 2011; Huber, Henrich, Clarkin & Klug, eingereicht) nach, die die Effektivität von analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie mit einem prospektiven, teilweise randomisierten, kontrollierten Prozess-Outcome-Design bei depressiven Patienten untersucht. Die Therapeuten sind in privater Praxis und haben mindestens fünf Jahre Berufserfahrung. Sie wurden an von Fachverbänden anerkannten Instituten ausgebildet. Die Daten stammen aus drei verschiedenen Quellen der Beobachtung: vom Patienten, vom Therapeuten und vom externen Untersucher. Ein zentrales Interesse ist die Messung therapiespezifischer Effekte wie strukturelle Veränderung und individuelle Therapieziele. Messzeitpunkte sind vor Behandlungsbeginn (prae), nach Behandlungsende (post) und ein Jahr nach Ende der Behandlung (K1). Die Patienten wurden mit einem semi-strukturierten Interview zum Zeitpunkt post und K1 und zwei und drei Jahre nach Behandlungsende mit Fragebögen untersucht. Verlaufsmessinstrumente werden dem Patienten und dem Therapeuten alle sechs Monate mit der Post zugesandt. Der Therapeut nimmt jede Sitzung auf Audio-Kassette auf und füllt unmittelbar nach jeder Sitzung eine Therapiebegleitkarte aus, die das Hauptthema der Stunde, besondere Ereignisse, das Ausmaß der Übertragungsbearbeitung und eine Einschätzung der Stundenqualität umfasst. Die Post- und Katamnese-Messungen werden von einem zweiten externen Untersucher durchgeführt, der „blind“ für die Therapiemethode ist. Der externe Untersucher führt mit dem Patienten ein semi-strukturiertes Interview über die jetzige Lebenssituation, die seit Behandlungsbeginn eingetretenen life events, die depressive und andere psychische Symptomatik, die Schwere der Symptomatik und ihre Aus-

wirkung auf die psychischen Funktionen und die strukturelle Veränderung durch und verwendet im Übrigen die gleichen Messinstrumente wie bei Behandlungsbeginn. Der Patient füllt die Fragebögen wie bei der Prae-Messung aus, zusätzlich einen retrospektiven Fragebogen zur Erfassung der Veränderung des Erlebens und Verhaltens.

Alle drei Behandlungsformen waren sehr effektiv in der Behandlung der depressiven Störung. Im direkten Gruppenvergleich war die psychoanalytische Therapie in der Besserung der interpersonellen Probleme, bei der Erreichung der individuellen Therapieziele, bei der strukturellen Veränderung und bei der Anzahl der noch vorhandenen Diagnosen: Depression zum Katamnesezeitpunkt der kognitiven Verhaltenstherapie signifikant überlegen. Der psychodynamischen Psychotherapie war sie bei den interpersonellen Problemen, der strukturellen Veränderung und bei der Anzahl der noch vorhandenen Diagnose zum Katamnesezeitpunkt signifikant überlegen. Im subjektiven Symptommaß fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Therapieformen. Psychodynamische Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie unterschieden sich nicht in den o.g. Maßen. Erste einzelfallorientierte Ergebnisse zu Prozessuntersuchungen sind bei Huber et al. (2011) und erste Ergebnisse zur Adhärenzmessung bei Huber et al. (eingereicht) zu finden. Einen ausführlicheren Überblick zum Stand der Psychotherapieforschung in der Depressionsbehandlung geben Klug und Huber, 2009.

Es ist nur erfreulich, dass Psychoanalytiker sich mittlerweile auf den langen Marsch durch die Empirie gemacht haben und hochwertige und berufspolitisch wichtige Studien unterwegs sind; zwei sollen hier erwähnt werden.

Die LAC-Depressionsstudie (Leuzinger-Bohleber et al., 2010) ist eine kontrollierte, prospektive Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen bei chronifizierten depressiven Erkrankungen, sog. difficult-to-treat depressions, im Vergleich mit kognitiver Verhaltenstherapie. In dieser multizentrischen Studie wird außerdem der Einfluss von Randomisierung und Präferenzierung in einem teils randomisierten und teils indikationsorientierten Design untersucht.

Die DPG-Praxisstudie (Benecke et al., 2011, angenommen) untersucht den Nutzen psychoanalytisch begründeter Psychotherapien, getrennt nach Störungsgruppen, an einer Stichprobe von 1000 Patienten in einer Verlaufsstudie. Das Design der Studie fokussiert auf die Nachhaltigkeit der Ergebnisse, auf die Untersuchung von möglicherweise differentiellen Veränderungen unterschiedlicher Behandlungsformen in Abhängigkeit von diagnostischen Variablen und auf die Abschätzung der langfristigen Wirtschaftlichkeit.

■ Literatur

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamisch-Diagnostik OPD-2. Bern: Huber.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-38.

- Benecke, C., Tschiesner, R., Boothe, B., Frommer, J., Huber, D., Krause, R. & Staats, H. (2011). Die DPG-Praxis-Studie. Vorstellung des Studiendesigns zur Untersuchung von Langzeiteffekten psychoanalytisch begründeter Psychotherapien. Forum der Psychoanalyse (angenommen).
- Blatt, S.J. (2004). Experiences of depression (pp. 255-295). Washington: American Psychological Association.
- Blatt, S.J., Luyten, P. & Corveleyn, J. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59, 864-891.
- Busch, F.N., Rudden, M. & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. Washington, London: American Psychiatric Publishing.
- Deserno, H. (2005). Übertragungskonstellationen in der Behandlung von Depressiven. In M. Leuzinger-Bohleber, S. Hau & H. Deserno (Hrsg.), *Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, (1. Aufl.). DGPPN, ÄZQ, AWMF, Berlin, Düsseldorf. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de
- Driessen, E., Cuijpers, P., deMaat, S., Abbass, A., deJonghe, F. & Dekker, J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36.
- Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 114-142). New York: Wiley.
- Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual. Göttingen, Beltz.
- Härter, M., Klessel, Ch., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harst, T., Hautzinger, M., Kühner Ch., Mundt Ch., Nipling W., Richter R., Schultz H. & Schneider S. (2010). Evidenzbasierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen – was empfiehlt die neue S3-/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ wirklich? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56, 334-342.
- Holmes, J. (2002). All you need is cognitive-behavioral therapy? *British Medical Journal*, 324, 288-290.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2002). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D). Göttingen: Hogrefe.
- Huber, D. & Will, H. (2007). Psychoanalyse. In Schauenburg, H., Hoffmann, N (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (2. Aufl.; S. 65-76) Stuttgart: Thieme.
- Huber, D., Albrecht, C., Henrich, G. & Klug, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 189-199.
- Huber, D. & von Rad, M. (Hrsg.) (2011). *Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huber, D., Henrich, G., Gastner, J. & Klug, G. (2011). Must all have prices? The Munich Psychotherapy Study. In S. Ablon, R. Levy & H. Kächele (Eds.), *Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York II: Humana Press.
- Huber, D., Schmuck, A. & Kächele, H. (2011, angenommen): Die verbale Aktivität in therapeutischen Dialogen – ein exemplarischer Vergleich. Forum der Psychoanalyse.
- Huber, D., Henrich, G., Clarkin, J. & Klug, G. (eingereicht). Psychoanalytic v. psychodynamic therapy for depression.
- Judd, L.L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Kipp, J., Buck, E. & Gross, M. (2005). Depression im dritten und vierten Lebensalter. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 59, 944-963.
- Kipp, J. (2007). Depression im Alter. In H. Schauenburg & N. Hoffmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (2. Aufl.; S. 173-182). Stuttgart: Thieme.
- Klug, G. & Huber, D. (2008). Psychotherapieforschung bei depressiven Störungen. In H. Will, Y. Grabenstedt, G. Völkl & G. Banck (Hrsg.), *Depression. Psychodynamik und Therapie* (3. Aufl., S. 39-46). Stuttgart: Kohlhammer.
- Knekt, P. & Lindfors, O. (Hrsg.) (2004). A randomized trial of the effects of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short term psychodynamic psychotherapy and solution focused therapy during a 1-year follow-up. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland. *Studies in Social Security and Health* 77, pp 112.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P. Järvikovski, A., and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2008a). 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, 95-106.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Viratala, E., Laaksonen, M.A., Marttunen, M., Kaipainen, M., Renlund, C., and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2008b). The Helsinki Psychotherapy Study Group: 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, 689-703.
- König, K. (1994). Indikation. Entscheidungen vor und während einer psychoanalytischen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kraemer, S. & Huber, D. (Hrsg.) (2002). *Psychotherapie für die Praxis: Depression*. München: CIP-Medien.
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., Fiedler G., Haselbacher, A., Hautzinger, M., Kaltenbach, L., Keller, W., Negele, A., Pfenning-Meerköter, N., Prestele, H., Strecker-von Kannen, T., Stuhr, U. & Will, A. (2010). Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeitpsychotherapien bei chronischer Depression: die LAC-Depressionsstudie. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 64, 782-832.
- Luyten, P., Blatt, S.J. & Corveleyn, J. (2005). Towards integration on the theory and treatment of depression? The time is now. In J. Corveleyn, P. Luyten & S.J. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model*. Leuven, Mahwah, New Jersey, London: Leuven University Press and L. Erlbaum Ass.
- Mentzos, St. (2010). Depression mit und ohne Konflikt. Forum Psychoanalyse, published online.

- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). What works for whom? A critical review of psychotherapy research (2nd ed.). New York: Guilford.
- Rudolf, G. (2003). Störungsmodelle und Interventionsstrategien in der psychodynamischen Depressionsbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 363-376.
- Rudolf, G. (2005). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik* (5. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Schauenburg, H. & Clarkin, J. (2003). Rückfälle bei depressiven Erkrankungen – Sind psychotherapeutische „Erhaltungsstrategien“ sinnvoll? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 377-390.
- Schauenburg, H. (2007). Psychodynamische Psychotherapie. In H. Schauenburg & N. Hoffmann (Hrsg.), *Psychotherapie der Depression* (2. Aufl.; S. 45-64). Stuttgart: Thieme.
- Schauenburg, H., Leiendecker, C., Simon, R., Küchenhoff, J. & Franz, M. (2009). Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 354-364.
- Shea, M.T., Elkin, E., Imber, S., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, T.R. & Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Taylor, D. (2010): Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 64, 833-861.
- Tellenbach, H. (1974). *Melancholie*. Berlin: Springer.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C.M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (Hrsg.) (2008). *Depression. Psychodynamik und Therapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M., Adler, L. & Hauth, I. (2006). Umfrage Psychotherapie-Stationen 2004 in deutschen Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Krankenhaus-Psychiatrie*, 17, 134-135.

■ Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dorothea Huber
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum Harlaching
Sanatoriumsplatz 2 | 81545 München
Tel: +49 89 6210 2897
Fax: +49 89 6210 2898
dorothea.huber@klinikum-muenchen.de