

# ZUR WIRKSAMKEIT VON PSYCHOTHERAPIE BEI DEPRESSIONEN

**MARTIN HAUTZINGER**

## Zusammenfassung

Diese Übersichtsarbeit befaßt sich mit der Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen. Dazu werden ausgewählte qualifizierte Studien referiert und in ihren Befunden dargestellt. Aufgrund dieser Übersicht läßt sich sagen, daß mit der kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonalen Psychotherapie zwei effiziente psychologische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die offensichtlich bei unterschiedlich schwer depressiven Patienten einsetzbar sind. Die Kombination der Psychotherapien mit einer Pharmakotherapie zeigt keine meßbaren zusätzlichen Effekte. Die Vorteile der Psychotherapie werden in der Katamnese erst deutlich. Abschließend werden weiterführende bzw. klärungsbedürftige Forschungsfragen dargestellt.

**Schlüsselworte** unipolare Depression - kognitive Verhaltenstherapie - Interpersonale Psychotherapie - Effektivität - Schweregrad einer Depression - Kombination mit Antidepressiva

## Summary

This paper reviews controlled studies comparing different treatments for unipolar depression. Several outcome studies with their main findings are described. It is concluded that with CBT and IPT two efficient psychological treatments are available which can treat successfully unipolar depression of all levels of severity. Combination treatment is not superior to mono-treatment. The benefits of psychotherapy are quite remarkable at long-term follow-ups. Future directions and open research questions are discussed.

**Key words** unipolar depression - Cognitive-behavioral Therapy - Interpersonal Psychotherapy - efficacy - severity

In den zurückliegenden 20 Jahren haben sich psychotherapeutische, insbesondere verhaltenstherapeutische Methoden als wirksame Behandlungen bei unipolaren Depressionen etabliert. Bis Mitte der 70iger Jahre galt, daß Psychotherapie kaum wirksamer sei als eine Placebobehandlung und daher der aktiven Medikation mit bewährten Antidepressiva als bedeutsam unterlegen angesehen werden muß (Covi, Lipman, Derogatis, Smith & Pattikson, 1974; Klerman, DiMascio, Weissman, Prusoff & Paykel, 1974; Friedman, 1975). Erst mit dem Erscheinen der Arbeit von Rush, Beck, Kovacs und Hollon (1977) und inzwischen einer Vielzahl gut kontrollierter und umfangreicher Studien änderte sich dieses Bild. Übereinstimmend kommen verschiedene Autoren neuerer Übersichtsarbeiten zum Vergleich von Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen (typischerweise definiert anhand der Forschungsdiagnosekriterien bzw. der DSM - Kriterien als Major Depression, unipolar) zu dem Schluß, daß Kognitive Verhaltenstherapie (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1986; Hautzinger, 1997) bzw. Interpersonale Psychotherapie (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984; Schramm, 1996) für etwa 3/4 dieser Patienten sehr wirksam ist, damit klinisch relevante Besserungen erreichbar sind und in diesen Effekten den bewährten Antidepressiva nicht unterlegen, sondern längerfristig sogar überlegen sind (Dobson, 1989; Hollon, Shelton & Loosen, 1991; Conte, Plutchik, Wild & Karasu, 1986; Robinson, Berman & Niemeyer, 1990; Niebel, 1984; Hautzinger 1993; Jarrett & Rush, 1994; Clarkin, Pilkonis & Magruder, 1996). In diesem Beitrag will ich anhand verschiedener ausgewählter Studien diese Argu-

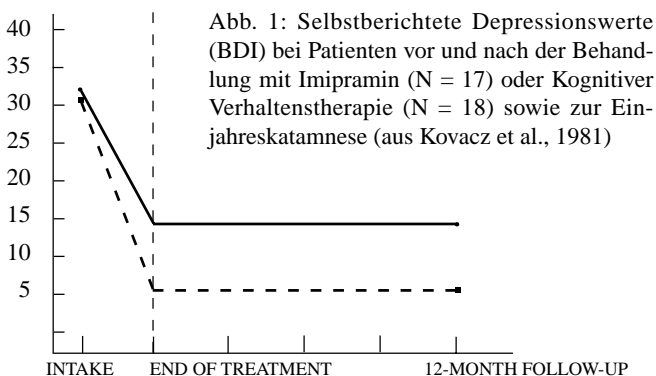
mentation nachverfolgen und durch Einbeziehung aktuellster Ergebnisse aufzeigen, daß diese Behauptung durchaus zutreffend ist und den wissenschaftlichen Fakten entspricht, auch wenn - wie könnte es anders sein - natürlich noch zahllose Fragen offen sind und die verschiedensten Einwände in weiteren Untersuchungen entkräftet werden müssen.

## Was leistet Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen?

Rush, Beck, Kovacs und Hollon (1977) veröffentlichten eine Vergleichsuntersuchung der Kognitiven Therapie (Beck et al., 1986) mit Imipramin (150-200 mg/Tag). Die 41 in die Studie aufgenommene Patienten litten an nicht-psychotischen, nicht-bipolaren Depressionen. Die Behandlungen wurden über 12 Wochen unter ambulanten Bedingungen durchgeführt. Dabei fanden bei der Kognitiven Therapie 20 etwa einstündige individuelle Sitzungen statt, während denen vor allem die negativen Denk- und Verarbeitungsmuster, die fehlerhaften Wahrnehmungen und dysfunktionalen Einstellungen, doch auch die Inaktivität, der soziale Rückzug, die ungünstige Tageseinteilung und Probleme in Familie und Partnerschaft bearbeitet wurden. Ein Jahr nach Ende der Behandlung wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt (Kovacz, Rush, Beck & Hollon, 1981).

Die Ergebnisse sind in der Abbildung 1 für das Selbstbeurteilungsmaß (BDI) zusammengefaßt. Auch bei zwei Fremdbeurteilungsmaßen (Hamilton Rating Scale for Depres-

sion und Raskin Depression Rating Scale) ergibt sich dasselbe Bild. Am Ende der Behandlungen wurden demnach 15 der 19 aufgenommenen Patienten, die mit Kognitiver Therapie behandelt wurden als sehr deutlich bzw. völlig gebessert beurteilt. Dasselbe Kriterium erreichen nur 5 der Imipraminbedingung. Nur teilweise oder gar nicht gebessert wurden 4 unter Kognitiver Therapie doch 9 unter Pharmakotherapie eingeschätzt. Die Behandlung abgebrochen hatten bei der Kognitiven Therapie nur ein Patient, während dies 8 Patienten bei Imipramin taten. Am Ende der Katamnese zeigte sich, daß 10 der 18 vollständig untersuchten Patienten durch Kognitive Therapie das ganze Jahr über weitgehend symptomfrei blieben. Acht Patienten erlitten immer wieder unter depressiven Symptomen oder waren chronisch krank. In der Imipraminbedingung blieben 6 Patienten symptomfrei, wohingegen 11 Patienten weiterhin Symptome bzw. chronische Verläufe zeigten.



Diese Ergebnisse werden üblicherweise interpretiert als Hinweis auf die Überlegenheit der Kognitiven Therapie gegenüber Antidepressivatherapie. Zweifellos setzte die Studie Standards und stellte die Weichen für zahlreiche Nachfolgestudien, doch waren angesichts einiger methodischer Mängel (u.a. keine unabhängige Diagnostik, bereits frühzeitiges Ausblenden der Imipramintherapie) zunächst noch keine weitreichenden Schlußfolgerungen erlaubt.

Blackburn und Mitarbeiter (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley & Christie, 1981) führten die erste kontrollierte Vergleichsstudie außerhalb des Zentrums durch, das Kognitive Therapie entwickelt hatte. Die depressiven Patienten wurden in der Poliklinik der Universitätsnervenklinik oder in Praxen niedergelassener Nervenärzte entweder mit Kognitiver Therapie, mit Antidepressiva (nach Wahl des behandelnden Arztes, doch fast ausschließlich wurde Amitriptylin oder Clomipramin bis 150 mg täglich verordnet) oder mit der Kombination beider Verfahren über 12 Wochen behandelt. Insgesamt 64 Patienten mit einer Major Depression (davon 27 endogener Subtyp) nach den Forschungsdiagnosekriterien wurden aufgenommen und inzwischen auch zwei Jahre nach Behandlungsende nachuntersucht (Blackburn, Eunson & Bishop, 1986).

Bei den Patienten, die in der universitären Poliklinik behandelt wurden, zeigten sich in der Selbstbeurteilung und in der Fremdbeurteilung zwischen den drei Behandlungen keine Unterschiede. In den Arztpraxen erwies sich die Antidepressivabedingung jedoch als deutlich schlechter, als die

Kognitive Therapie bzw. die Kombinationsbehandlung. Die Unterteilung der Patienten nach dem Vorliegen einer endogenen bzw. einer nicht-endogenen Depression erbrachte dieselben Ergebnisse. Kognitive Therapie erwies sich auch bei diesen Patienten als wirksam. Einen Rückfall bzw. das Wiederauftreten der Depression in dem zweijährigen Nachkontrollzeitraum erlitten 78% der mit Antidepressiva behandelten Patienten, doch nur 23% bzw. 21% der mit Kognitiver Therapie bzw. der Kombinationstherapie behandelten Patienten. Zwei Jahre nach Behandlungsende konnten daher bei früherer Anwendung Kognitiver Therapie weiterhin deutlich mehr Patienten als gesund (BDI<8 und HAMD<9 Punkte) eingestuft werden, als unter der Pharmakotherapie.

Bellack, Hersen und Himmelhoch (1981) verglichen an 72 unipolar depressiven Frauen Verhaltenstherapie (vor allem mit Schwerpunkt auf der Bearbeitung sozialer Defizite, Selbstunsicherheit und sozialer Kontakte) in Kombination mit Amitriptylin oder Placebo (Doppelblindbedingung) und einer Kombination aus unspezifischer, nicht-direktiver Psychotherapie und Placebo. Über 12 Wochen und 20 Einzelsitzungen wurden die ambulanten Patientinnen behandelt. Insgesamt 20 Patientinnen brachen die Behandlungen vorzeitig ab. Diese Abbruchzahlen verteilen sich auf die vier Behandlungen ungleich, nämlich nur 3 bzw. 4 Abbrecher von 20 bzw. 17 aufgenommenen Patientinnen traten in den zwei Bedingungen auf, in denen Verhaltenstherapie zur Anwendung kam. In der Amitriptylinbedingung verblieben nur 8 der ursprünglich 18 aufgenommenen Patientinnen bis zum Ende in der Behandlung. Legt man die Ausgangspatientenzahlen der Besserungsratenberechnung zugrunde, dann erzielten lediglich 22% unter Amitriptylin und 35% unter Placebopsychotherapie, doch 60% unter Verhaltenstherapie eine klinische bedeutsame Besserung am Therapieende. Diese Zahlen müssen bedacht werden, bevor die offensichtliche und auch statistisch sich zeigende Gleichwirksamkeit der vier Therapiebedingungen interpretiert werden.

Murphy, Simons, Wetzel und Lustman (1984) führten einen weiteren kontrollierten Vergleich von Kognitiver Therapie (nach Beck et al. 1986), Antidepressiva (Nortriptylin bis zu einem Serumspiegel zwischen 50 und 150 ng/ml), der Kombination von Kognitiver Therapie und Nortriptylin sowie der Kombination von Kognitiver Therapie plus Placebomedikation durch. Die Behandlungen an insgesamt 87 unipolar depressiven Patienten (DSM III-Kriterien) gingen über 16 Wochen Einzelbehandlungen, wobei alle 2 Wochen Serumspiegelkontrollen durchgeführt wurden. Wie aus Abbildung 3 erkenntlich bewirkten alle Bedingungen bedeutsame und relevante Symptomreduktionen über die Zeit, ohne daß zwischen den vier Therapien Unterschiede festzumachen waren. Unterschiede ergaben sich jedoch bezüglich der Response-Raten und den daraus sich ergebenden weiteren Krankheitsverläufe. (siehe Abb. 2)

Legte man als Besserungskriterium den BDI-Wert < 10 Punkten an, dann erzielte die Kombinationsbehandlung (Kognitive Therapie plus Nortriptylin) mit 78% eine deutlich höhere Quote als die jeweiligen Einzelbehandlungen (52% bzw. 55%). Während des einjährigen Nachkontrollzeitraums (Simons,

Abb. 3: Selbst- (BDI) und Fremdbeurteilung (HAMD) depressiver Symptomatik über den Behandlungszeitraum der Kognitiven Therapie, von Nortriptylin, Kognitiver Therapie plus Placebo oder Kognitiver Therapie plus Nortriptylin (aus Murphy et al., 1984)

Murphy, Levine & Wetzel, 1986) traten bei 64% der nur mit Nortriptylin behandelten Patienten ein Rezidiv auf, während dies bei den mit Kognitiver Therapie behandelten Patienten nur in 18% bzw. 20% der Fälle eintrat. Kein Patient, der mit einem BDI-Wert < 4 Punkten aus der Verhaltenstherapie entlassen wurde, rezidierte im darauffolgenden Jahr, während dies auch hier für nahezu 2/3 der nur mit Antidepressiva behandelten Patienten galt. Kognitive Therapie schützt offensichtlich weit besser vor Rückschlägen als Pharmakotherapie. Die ambitionierte Vergleichsstudie des National Institute of Mental Health (Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985; Elkin, Shea, Watkins, Imber et al., 1989) berücksichtigte neben der Kognitiven Therapie als weitere psychotherapeutische Inter-

vention die Interpersonale Psychotherapie (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) und unter Doppelblindbedingungen entweder Imipramin (150-300 mg/täglich) oder Placebo jeweils ergänzt durch intensives und aufwendiges klinisches Management (Erklärung, Betreuung, Zuwendung, Unterstützung durch behandelnden Arzt). An drei Behandlungszentren wurden insgesamt 239 depressive Patienten (Major Depression nach DSM III) aufgenommen, wovon 156 weitgehend protokollgerecht bis zum Ende der 16wöchigen Behandlungen in der Studie verblieben. Die Ergebnisse zum Prä-Post-Vergleich, bezogen auf das Selbstbeurteilungsmaß (BDI) und die Fremdbeurteilung (HAMD) sind in Abbildung 3 zusammengefaßt.

Abb. 3: Fremd- (HAMD) und Selbstbeurteilung (BDI) depressiver Symptome vor und nach der Behandlung mit Imipramin, Placebo, Kognitiver Verhaltenstherapie oder Interpersonaler Therapie (aus Elkin et al., 1989)

Auffallend ist zunächst die hohe und zu den drei aktiven Interventionen vergleichbare Wirksamkeit der Placebobedingung. Dieser Effekt mag auf zumindest zwei Einflüsse zurückzuführen sein, nämlich zum einen die im Mittel letztlich doch nicht sehr schwer depressiv beeinträchtigten depressiven Patienten, zum anderen die während den vier Monaten erfolgte, wöchentlich zumindest einmal stattfindende individuelle Zuwendung, Unterstützung und Aufmerksamkeit des behandelnden Arztes (das sogenannte „Clinical Management“). Legt man ein Besserungskriterium von BDI < 9 Punkten und HAMD < 6 Punkten an, dann ist der Anteil der deutlich gebesserten Patienten in den drei aktiven Behandlungsbedingungen höher als unter Placebo. Die beiden Psychotherapien sind in ihrer Wirksamkeit dem Imipramin (plus Clinical Management) in jedem Fall vergleichbar. Unterteilt man die Patienten in schwer depressiv beeinträchtigte und weniger schwer depressiv beeinträchtigte Patienten, dann sind die vier Interventionen bei der letztgenannten Gruppe gleich wirksam. Bei den schwer depressiven Patienten fällt die Placebobedingung deutlich ab, die beiden Psychotherapien sind signifikant wirksamer als das Placebo, doch gleichzeitig signifikant weniger wirksam als das Antidepressivum (siehe Abbildung 4 für die GAS). Dieses Ergebnis deckt sich mit vie-

len klinischen Erfahrungen und Eindrücken, wonach vor allem die schwer depressiv beeinträchtigten Patienten von einer Pharmakotherapie gut und deutlich profitieren, während bei den weniger stark beeinträchtigten Patienten die mit dem Medikament verbundenen Nebenwirkungen im Vordergrund stehen, den Zustand eher nachteilig beeinflussen und dann meist auch für frühzeitige Abbrüche verantwortlich sind.

Die 18monatigen Nachuntersuchungsbefunde (Shea et al., 1992) sind in Abbildung 5 als „Überlebenskurven“ (unverändertes Nichtauftreten einer Depression) illustriert. Es zeigt sich, daß die beiden Psychotherapien und die Placebomedikation mit unterstützenden Gesprächen langfristig deutlich bessere Effekte (75% ohne Rezidiv) zeigen, als die Pharmakotherapie (50% ohne Rezidiv).

McLean (1991) berichtete über eine 2 1/4jährige Nachuntersuchung (McLean & Hakstian, 1990) einer Therapiestudie (McLean & Hakstian, 1979), die an 191 depressiven Patienten (Major Depression) kognitive Verhaltenstherapie, Amitriptylin (150 mg/täglich), Entspannung und eine nicht-direktive, unterstützende Psychotherapie verglich. Dabei zeigte sich, daß nach diesem relativ langen Zeitraum noch 65% der mit Verhaltenstherapie behandelten Patienten in einem als

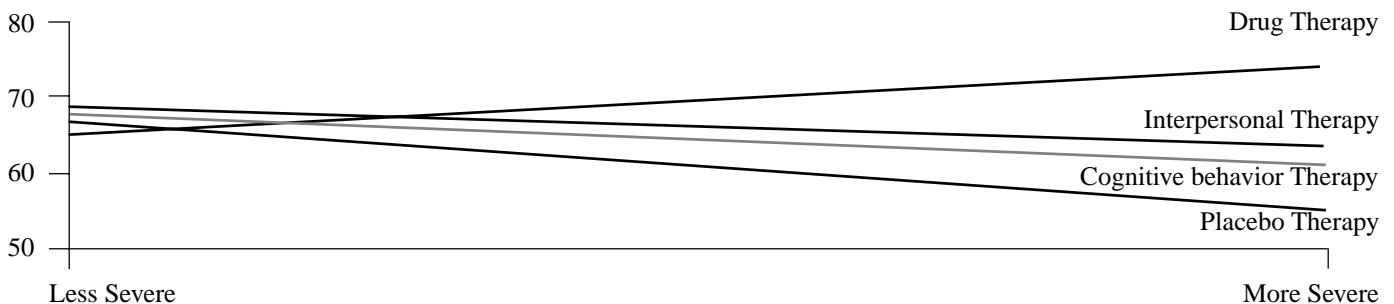
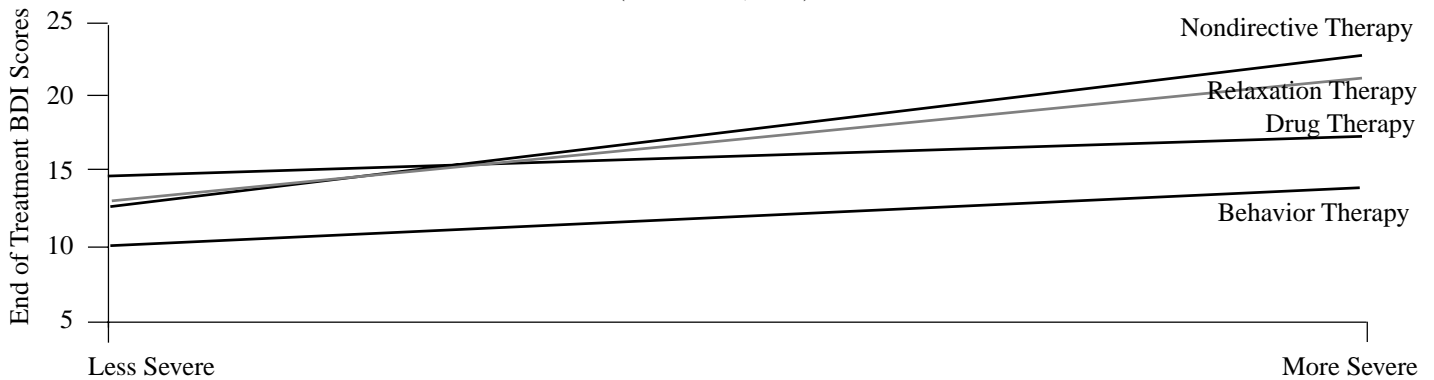


Abb. 4: Einteilung der Patienten anhand des Eingangs-HAMD in weniger schwer und schwer depressiv. Die erzielten Veränderungen durch die vier Behandlungsformen sind mittels der GAS erfaßt (aus Elkin et al., 1989). (Elkin, et. al., 1989)

Abb. 5: Katamnesebefund (18 Monate nach Behandlungsende) der NIMH-Studie. Es sind die Personen abgetragen, die zu dem jeweiligen Erhebungszeitpunkt unverändert als remittiert eingestuft wurden (aus Shea et al., 1992)

Abb. 6: Selbstbeurteilte Depressionswerte (BDI) am Behandlungsende in Abhängigkeit von der Schwere der Aufnahmesymptomatik (aus McLean, 1991)



unauffällig zu bezeichnenden Bereich ihrer aktuellen Befindlichkeit (BDI < 12 Punkte) lagen, während die drei anderen Therapien lediglich zwischen 25% und 35% unauffällige Werte erreichten. McLean reanalysierte seine Daten auch dahingehend, in welcher Weise die bei der zuvor genannten Studie gemachte Unterteilung in leichte bzw. mäßig depressive (Eingangs-BDI < 28 Punkte) und schwer depressive (Eingangs-BDI > 28 Punkte) Patienten Unterschiede bezüglich des Effekts der vier untersuchten Behandlungen erbringt. Die Ergebnisse dazu sind in Abbildung 6 dargestellt. Es zeigt sich, daß bei den leichter depressiven Patienten die Unterschiede zwischen den Behandlungen minimal sind, während bei den schwerer depressiven Patienten die Verhaltenstherapie und die Pharmakotherapie den beiden „unspezifischen“ Interventionen deutlich überlegen sind, und daß zwischen dem Amitriptylin und der Verhaltenstherapie kein Wirkunterschied nachzuweisen ist. Interessant sind dabei auch der Vergleich der Abbrecherzahlen, bei den leichter depressiven Patienten brechen fast 53% der Patienten unter Antidepressiva die Behandlung vorzeitig ab, während die drei „psychologischen“ Therapien Abbruchraten zwischen 8% und 15% erreichen. Bei den schwerer depressiven Patienten dreht sich das Bild um, hier brechen 47% bzw. 64% der Patienten die „unspezifischen“ Behandlungen ab, während nun die Pharmakotherapie lediglich 15% Abbrecher zu verzeichnen hat und in der Verhaltenstherapie die Abbruchzahlen mit 5% weiterhin am niedrigsten bleiben. McLean folgert daraus, daß Verhaltenstherapie bei weniger schwer und bei schwer depressiven Patienten, vor allem auch unter Berücksichtigung des günstigen langfristigen Verlaufs, indiziert und wirksam ist, während die Pharmakotherapie bei leichter depressiven Patienten - wegen den Nebenwirkungen verständlicherweise - zu massiven Behandlungsabbrüchen führt und daher dort weniger geeignet erscheint. Bei den schwer depressiven Patienten liegt der Indikationsbereich des Amitriptylin, doch kann keine Überlegenheit gegenüber der Verhaltenstherapie für sich in Anspruch nehmen, sondern muß im langfristigen Verlauf sogar mit hohen Rezidiven rechnen.

Eine der wenigen Studien an stationären Patienten berichtete Miller, Norman und Keitner (1989). Die nach DSM III R diagnostizierten 46 unipolar depressiven Patienten wurden

über vier Wochen stationär (mit täglichen Kontakten) und danach für weitere 20 Wochen ambulant (mit wöchentlichen Kontakten) im Rahmen der Studie behandelt. Es kamen drei Therapien zur Anwendung, nämlich Kognitive Therapie (im Sinne von Beck et al., 1986) oder Verhaltenstherapie mit Schwerpunkt auf dem Training sozialer Fertigkeiten (im Sinne von Bellack et al., 1982) oder eine als guten ärztlichen Standard betrachtete Pharmakotherapie (der behandelnde Arzt konnte die Medikation je nach Patient frei wählen, doch kam in 90% der Fälle Amitriptylin oder Desipramin mit 150 mg/täglich zur Anwendung). Die beiden Psychotherapien erwiesen sich sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdbeurteilung der Pharmakotherapie überlegen. Dies zeigt sich auch bei der Anzahl der deutlich gebesserten Patienten (HAMD < 7 Punkte, BDI < 9 Punkte), hier schneidet die Pharmakotherapie mit 41% Responder sehr viel schlechter ab als die kognitive Therapie mit 80% Responder, jedoch nicht viel schlechter als die Verhaltenstherapie sozialer Fertigkeiten mit 50% Responder.

Hollon et al. (1992) verglich pharmakologische bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutische Monotherapie mit einer Kombination aus beiden erfolgreichen Behandlungen. Alle drei Bedingungen waren kurzfristig erfolgreich, ohne sich bedeutsam voneinander zu unterscheiden. Die Schwere der Depression erwies sich nicht als ungünstiger Erfolgsprädiktor. Nach der 16wöchigen Behandlung wurde in der Hälfte der Pharmakotherapiegruppe die Medikation abgesetzt, während die andere Hälfte über ein ganzes Jahr weiterhin die Medikation einnahm. Die Rückfallzahlen unterschieden sich dann in beachtlicher Weise (siehe Abbildung 7). Schon vier Monate nach Behandlungsende waren etwa die Hälfte der mit nun abgesetzter Pharmakotherapie behandelter Patienten rückfällig geworden. Durch eine fortgesetzte Medikation konnten die Rückfälle auf einem niedrigen Niveau gehalten werden. Wurden die Medikamente nach einem Jahr abgesetzt, dann stiegen die Rückfallzahlen im weiteren Verlauf an. Wesentlich ist, daß durch die 16wöchige kognitive Verhaltenstherapie (gleichgültig ob alleine oder in Kombination mit dem Medikament) die Rezidivrate über den zweijährigen Zeitraum auf einem niedrigen Niveau gehalten werden konnte.

Zwei eigene multizentrische Vergleichsstudien (zusammenfassend Hautzinger und de Jong-Meyer, 1996) verglichen Amitriptylin und kognitive Verhaltenstherapie alleine oder in Kombination mit dem Medikament bei unipolar depressiven Patienten (DSM III R Kriterien Major Depression plus Melancholie bzw. bei unipolar depressiven Patienten unter Ausschluß der Melancholiepatienten, Major Depression oder Dystymie). Insgesamt wurden 155 endogen depressive Patienten und 191 nicht-endogen depressive Patienten aufgenommen. Das besondere an diesen Arbeiten ist die Berücksichtigung von voll stationären, regulären Psychiatriepatienten (während des gesamten Behandlungszeitraums) und von ambulanten Psychiatriepatienten. Außerdem wurde die Pharmakotherapie ergänzt durch regelmäßige, klar spezifiziertere unterstützende, erklärende Zuwendung und Betreuung durch den Arzt bzw. Psychologen (wie bei Elkin et al., 1989). Die Behandlungen gingen über (kurze) 8 Wochen bei dreimal wöchentlichen Therapeutenkontakten, wobei die Kognitive Verhaltenstherapie (nach Hautzinger, 1997) jeweils einstündig war und die unterstützenden Arztgespräche jeweils 20 bis 25 Minuten dauerten. Die Hauptergebnisse (getrennt für ambulante und stationäre Patienten sind in den Abbildungen 8 bis 11 zusammengefaßt.

Abb. 7: Katamnesebefunde nach Hollon et al. (1992). Es sind die Prozentsätze rezidivierter Patienten unter den vier Behandlungsformen angegeben.

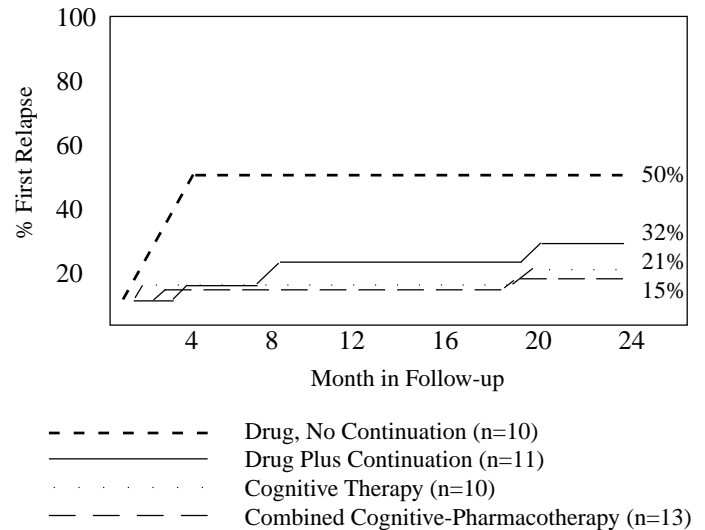


Abb. 8 bis 11:

Selbst- (BDI) und Fremdbeurteilung (HAMD) depressiver Symptomatik vor und nach der entweder stationären oder ambulanten Behandlung mit Amitriptylin plus unterstützende Gespräche, Kognitiver Verhaltenstherapie oder einer Kombination beider Verfahren (aus Hautzinger & de Jong-Meyer, 1996)

Abb 9+10

Abbildung 11

Alle Behandlungsbedingungen reduzieren die depressive Symptomatik über die Behandlungszeit auch klinisch signifikant, wobei die nach den 8 Wochen erreichten Endwerte im Vergleich zur internationalen Literatur mit zum Teil doppelt so langen Behandlungszeiträumen um 2 bis 4 Punktwerte höher liegen. Das Behandlungssetting spielt keine Rolle, sowohl ambulante als auch stationäre Patienten profitieren von allen Behandlungen gleich gut, lediglich sind die stationär behandelten Patienten schwerer depressiv beeinträchtigt und bleiben dies auch bei Behandlungsende. Die Kombination aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie erbringt keine Vorteile. Auch aus unseren Daten geht somit hervor, daß die kognitive Verhaltenstherapie zur Antidepressivatherapie eine zumindest gleichwirksame Behandlungsalternative für depressive Patienten ist.

Berücksichtigt man die Schwere der Depression zu Behandlungsbeginn, dann finden sich keine Wirkdifferenzen zwischen der Pharmakotherapie bzw. der Psychotherapie oder der Kombinationsbehandlung. Dies gilt für die unterschiedlichsten Einteilungskriterien [HAMD- und BDI-Werte variiert von 24 (Median) bis 35 Punkte (oberes Quartil)] der Depressions-schwere. In Übereinstimmung mit Hollon et al. (1992) und McLean (1991) ist Kognitive Verhaltenstherapie auch bei schwerer depressiven Patienten möglich, indiziert und erfolg-versprechend.

In einer aktuelle „Mega-Analyse“ an 595 unipolar depressiven Patienten aus 6 Studien kommt Thase et al. (1997) im Gegensatz dazu zur Überzeugung, daß eine Kombination aus Psychotherapie und Pharamkotherapie vor allem bei schwerer depressiven Patienten eine überlegene Wirkung gegenüber den Monotherapien erbringe (Abbildung 12). Dabei muß jedoch bedacht werden, daß das von den Autoren angelegte

Schwerkriterium bei 20 HAMD-Punkten (17 Item-Version) liegt. Ein Punktwert, der bei zahlreichen zitierten Studien (z.B. Hollon et al., 1992; Hautzinger und deJong-Meyer, 1996) das Aufnahmekriterium für die depressiven Patienten stellt.

Generell kann man trotz dieser unverändert bestehenden Kontroverse festhalten, daß die Kombinationstherapie die kurz- und langfristigen Vorteile der Psychotherapien mit enthält und von daher in jedem Fall eine richtige, da wirksame Behandlung für Depressionen ist.

Schließlich konnten Frank und Mitarbeiter (Frank, Kupfer, Perel, Cornes, Jarrett, et al., 1990; Frank, Kupfer, Wagner, McEachran & Cornes, 1991) zeigen, daß durch die Anwendung von Psychotherapie (es kam Interpersonale Psychotherapie nach Klerman et al., 1984 zur Anwendung) in Kombination mit einer antidepressiven Dauermedikation bei als remittiert entlassenen, doch vom früheren Verlauf her stark rezidivierenden depressiven Patienten mögliche Rückfälle verringerte bzw. erneute depressive Phasen über den dreijährigen Nachuntersuchungszeitraum dadurch signifikant hinausgeschoben werden konnten.

### **Schlußfolgerungen**

Mit der Kognitiven Verhaltenstherapie und der Interpersonalen Psychotherapie stehen zwei effiziente psychologische Behandlungsmöglichkeiten bei unipolaren Depressionen, einsetzbar offensichtlich unabhängig von deren Schweregrad, zur Verfügung. Das Ausmaß damit zwischen 8 und 16 Wochen erreichbarer Symptomreduktion steht der antidepressiven Pharmakotherapie in nichts nach (Clarkin et al., 1996; siehe zusammenfassend Tabelle 1).



Abb. 12:  
Kumulative Remissionsverläufe über die Behandlungszeit bei leichteren (HAMD < 20) und schwereren (HAMD > 20) Depressionen unter Kombinationsbehandlung bzw. Psychotherapie alleine (aus Thase et al., 1997)

Tabelle 1: Zusammenfassung von Forschungsbefunden zur Wirksamkeit von Psychotherapien bei unpolaren Depressionen			
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) verglichen mit	KVT überleben	vergleichbare Wirkung	Vergleichsbedingung besser
Kontrollbedingungen	15	3	0
Unspezifische Psychotherapie	0	4	0
Interpersonelle Psychotherapie	0	1	0
Tiefenpsychologische Therapie	4	5	0
Pharmakotherapie	2	8	0
Kombinationstherapie	1	8	0
Interpersonelle Psychotherapie (IPT) verglichen mit	IPT überlegen	verbleichbare Wirkung	Vergleichsbedingungen besser
Kontrollbedingung	1	1	-
Kognitive Verhaltenstherapie	0	1	0
Pharmakotherapie	0	2	0
Kombinationstherapie	0	2	1

Die Anzahl der Behandlungsabbrecher und der Verweigerer ist bei der Pharmakotherapie deutlich höher als bei den psychologischen Therapien. Die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie zeigt keine additiven oder anderweitig über die Wirkung der Einzeltherapien hinausgehenden Effekte. Die Vorteile der Psychotherapie werden in den bis 2 1/2 Jahre reichenden Nachuntersuchungen erst richtig deutlich. Depressive Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder Interpersonaler Therapie behandelt wurden, haben weniger Rezidive, damit weniger kostspielige Kontakte mit Ärzten bzw. Therapeuten und können die Zeit bis zu einer erneuten Depression deutlich verlängern.

### Zukünftige Forschungsaufgaben und Perspektiven

Es wäre verfrüht anzunehmen, daß die konsistenten Befunde der letzten Jahre dafür sprechen, bereits einen Erkenntnisstand erreicht zu haben, der durch weitere Forschungen in diesem Bereich nicht weiter ausgebaut werden könnte. Mir erscheint ganz im Gegenteil insbesondere durch die Tatsache, daß wir wenig über die Wirkmechanismen (nicht nur) der Psychotherapie bei (unterschiedlichen Formen der) Depressionen wissen, und daß für so wichtige Bereiche wie Rückfallprophylaxe, Behandlung älterer depressiver Patienten oder von depressi-

ven Kindern und Jugendlichen kaum bzw. keine wissenschaftlichen Untersuchungen existieren, weiterhin dringender Handlungsbedarf geboten. Die folgenden Punkte fassen stichwortartig sinnvolle, mögliche und wichtige Forschungsperspektiven bei der Behandlung depressiver Erkrankungen zusammen:

1. Phase IV-Forschung:  
Untersuchungen, verbunden mit eventueller Adaptation der Psychotherapie unter alltäglichen Praxisbedingungen der Klinik und der Ambulanz.
2. Depressionen im Alter:  
Systematische Ausweitung auf und kontrollierte Studien an depressiven älteren Patienten.
3. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen:  
Erarbeitung, Erprobung und kontrollierte Untersuchungen verhaltens-therapeutischer Ansätze bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen.
4. Melancholie-Patienten:  
Anwendung der psychotherapeutischen Möglichkeiten auf endogen depressive Patienten ohne gleichzeitige Anwendung von Psychopharmaka.
5. Rezidivprophylaxe:  
Systematische Anwendung und kontrollierte Untersuchungen zur Wirkung von psychotherapeutischen Angeboten in der Nachsorge bzw. der Prophylaxe depressiver Episoden als Ergänzung bzw. Alternative zur Dauermedikation.
6. Prädiktorstudien:  
Fortgesetzte Bemühungen um Indikatoren und Prädiktoren auf unterschiedlichsten Ebenen (z.B. nosologisch, psychologisch, somatisch, soziodemographisch) für Verhaltenstherapie und anderen psychotherapeutische Maßnahmen, verbunden mit der Untersuchung von therapiebedingten Veränderungen auf den verschiedensten Ebenen (z.B. endokrinologische, motorische, chronobiologische, psychophysiologische, neben den symptomatologischen und subjektiven Variablen).

## Literatur

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G., (1986) Kognitive Therapy der Depression. München: Psychologie Verlags Union.
- Bellack, A.S., Hersen, M., Himmelhoch, J., (1981) Social skill training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L.J., Christie, J.E., (1981) The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blackburn, I.M., Eunsou, K.M., Bishop, S., (1986) A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Clarkin, J.F., Pilkonis, P.A., Magruder, K.M. (1996) Psychotherapy of Depression. Implications for Reform of the Health Care System. *Archives of General Psychiatry*, 53, 717-723.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Wild, K.V., Karasu, T.B., (1986) Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- Covi, L., Lipman, R.S., Derogatis, L.R., Smith, J.E., Patterson, J.H., (1974) Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry*, 131, 191-198.
- Dobson, K.S. (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., Autry, J.H., (1985) NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., Parloff, M.B., (1989) NIMH treatment of depression collaborative research program: 1. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarrett, D.B., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A.B., Grochocinski, V.J., (1990) Three-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner E.F., McEachran, A.B., Cornes, C. (1991) Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.
- Friedman, A.S., (1975) Interaction of drug therapy with marital therapy in depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 32, 619-637.
- Hautzinger, M., deJong-Meyer, R. (1996) Depression (Themenheft) *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25, 79-160.
- Hautzinger, M. (1997) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hollon, S.D., DeRubeis R.J., Evans M.D., Wiemer, M.J., Garvey, M.J., Grove, W.M., Tuason, V.B. (1992) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in Combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Jarrett, R.B., Rush, A.J. (1994) Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57, 115-132.
- Klerman, G.L., DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B., Paykel, E.S., (1974) Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- Klerman, G.L. Weissman, M.M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., Hollon, S.D., (1981) Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-39.
- McLean, P.D., (1991) Treatment choices in unipolar depression: What are the key ingredients? Vortrag vor der 21. Tagung der European Association for Behavior Therapy, Oslo.
- McLean, P.D., Hakstian, A.R., (1979) Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- McLean, P.D., Hakstian, A.R., (1990) Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 482-488.
- Miller, I.W., Norman, W.H., Keitner, G.I., (1989) Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six and twelve-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1274-1279.

- Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D., Lustman, P.J., (1984) Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Niebel, G. (1984) Ergebnisse und Probleme vergleichender Therapieforschung bei depressiven Störungen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 4, 1-32.
- Robinson, L., Berman, J.S., Niemeyer, R.A., (1990) Psychotherapy of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rush, A.J. Beck, A.T., Kovacz, M., Hollon, S.D., (1977) Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Schramm, E. (1996) *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., Parloff, M.B. (1992) Course of Depressive Symptoms over Follow-up. Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.E., Wetzel, R.D., (1986) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Substained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-49.
- Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., Reynolds, C.F., Pilkonis, P.A., Hurley, K., Grochocinski, V., Kupfer, D.J. (1997) Treatment of Major Depression with Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1009-1015.

**Prof. Dr. Martin Hautzinger**

Psychologisches Institut der Eberhard-Karls Universität  
Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie  
Reutlinger Str. 12, D-72072 Tübingen  
e-mail: hautzinger@uni-tuebingen.de