

Übersicht über einige Psychotherapien zur Depressionsbehandlung

W. Zogg

Der vorliegende Artikel ist der Versuch, in Kurzform einige ausgewählte Psychotherapieformen zur Depressionsbehandlung vorzustellen; zur Darstellung gelangen dabei die Verhaltenstherapie (VT), die Kognitive Therapie (KT), die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und die psychoanalytisch orientierte oder inspirierte Therapie, in der Folge Psychodynamische Therapie genannt (PT). Der Versuch, diese Therapieformen kurz darzustellen, folgt im wesentlichen den Beschreibungen von Elisabeth Schramm in ihrem Buch «Interpersonelle Psychotherapie» [1], was mit der freundlichen Genehmigung der Autorin geschieht, wofür wir ihr herzlich danken.

Es ist uns dabei ein Anliegen, den Leser in die Lage zu versetzen, wesentliche Merkmale und Unterschiede dieser Therapieformen kennenzulernen, um dem depressiven Patienten im Sinne eines Ratgebers bei der Auswahl einer Psychotherapie zu helfen. Die ersten drei Kurzzeittherapien sind spezifisch für die Depressionsbehandlung entwickelt worden. Der psychodynamisch (psychoanalytisch) orientierte Ansatz wird nach wie vor am häufigsten angewendet.

Vor allem der KT, VT, IPT ist gemeinsam, dass sie zeitlich limitierte, klar strukturierte Therapieprogramme im Sinne von Manualen anbieten und somit kosteneffizient, lern- und vermittelbar werden. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zwischen den einzelnen Therapieformen Kombinationen möglich sind, und dass die strenge Trennung der einzelnen Verfahren hier mehr didaktischen Nutzen hat. In allen Therapieansätzen ist eine empathische und unterstützende Beziehung zum Patienten wesentlich. Man soll eine aktive Rolle einnehmen und die Hoffnung vermitteln, dass man ihm helfen kann.

Alle hier beschriebenen Therapieansätze eignen sich zur Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen, mit oder ohne begleitende Psychopharmakotherapie. Tendenziell wird im psychodynamischen Ansatz auf eine Medikamentenabgabe möglichst verzichtet, während die VT, KT und IPT Medi-

kamenteneinsatz zum Teil sogar in ihre Behandlungspläne integrieren. Unseres Erachtens darf man auf keinen Fall auf eine medikamentöse Therapie bei schweren Depressionen und bei Suizidgefahr verzichten. Es sei noch kurz darauf hingewiesen, dass die IPT und KT spezifische Gruppenprogramme bei der stationären Behandlung von depressiven Patienten anbieten.

Im folgenden werden die vier Therapiearten kurz beschrieben (theoretischer Hintergrund, Indikation zur Therapie, Durchführung, Wirksamkeit) anschließend folgen eine kurze Übersicht über wesentliche Merkmale und Unterschiede aller Ansätze.

Verhaltenstherapie

Theoretischer Hintergrund

Die behaviorale Depressionstherapie nach Lewinsohn entstammt den Lerntheorien Skinners und Pavlovs. Erste Konzepte stammen von Ferster [2]. Er beschrieb, dass *Depression als Folge des Verlustes von positiver Verstärkung auftritt*, also *erlerntes Verhalten* sei. Lewinsohn [3, 4] integrierte in dieses Modell das soziale Lernen und die reaktionskontingente Verstärkung.

Depression entstehe über

1. einen Mangel an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung und das Überwiegen von aversiven Erfahrungen,
2. einen Mangel an sozialen Fertigkeiten (Folgen: unzureichende positive Verstärkung),
3. aktuelle Belastung (Folge: Rückgang positiver Verstärkung).

Das depressive Verhalten selbst wirkt reduzierend auf die Verhaltensrate und die verringerte Verhaltensrate führt zu einer Abnahme der positiven Verstärker. Oft werde das depressive Verhalten auch von Angehörigen positiv verstärkt, z.B. über vermehrte Zuwendung.

Indikation

Das strukturierende Verhaltenstherapieprogramm wird vor allem bei *depressiv gehemmten, passiven Patienten* angewendet, um sie aus dem Teufelskreis «depressive Untätigkeit / zunehmende Niedergeschlagenheit» herauszuholen. Gut anwendbar bei älteren Patienten. Auch als *Gruppenprogramm* für stationäre Depressive geeignet. Vor allem Strukturangebot wertvoll. Gute Anwendungsmöglichkeiten bei Patienten mit sozialen Defiziten und Unsicherheiten oder Ängsten in der Anamnese. Oft mit medikamentöser Behandlung kombiniert.

Durchführung

Aufgrund der oben dargestellten theoretischen Annahmen versucht man, die ungünstige Verstärkerposition des Patienten zu verändern.

Korrespondenz:
Dr. med. Walter Zogg
Via Motta 2a
CH-6850 Mendrisio

Die einzelnen therapeutischen Interventionen sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 1

Behandlungselemente des Programms für Depressive nach Lewinsohn [4].

1. Sitzung	>>	Vermittlung der sozialen Lerntheorie der Depression
2. Sitzung	>>	Basisfertigkeiten zur Selbsthilfe
3.-4. Sitzung	>>	Entspannungstraining
5.-6. Sitzung	>>	Aufbau positiver Aktivitäten
7.-8. Sitzung	>>	Veränderung kognitiver Aspekte
9.-10. Sitzung	>>	Verbesserung von Qualität und Quantität sozialer Interaktionen
11.-12. Sitzung	>>	Beibehaltung des Therapieerfolgs und präventive Massnahmen

Zuerst werden ein plausibles *Störungsmodell* und grundlegende Fertigkeiten zur *Selbstkontrolle* vermittelt, gefolgt von Entspannungstechniken, um Angstgefühle und Spannung abzubauen, so dass *angenehme Aktivitäten* genossen werden können. Es folgen Anleitungen über den Aufbau von angenehmen Aktivitäten (um positive Verstärkungen zu erzielen). Dabei ist ein Wochenplan hilfreich, in dem der Patient sich selbst beobachtet und protokolliert, was für eine Relation zwischen den Aktivitäten und seiner Stimmung besteht. Schliesslich wird eine funktionale *Verhaltensanalyse* gemacht, die Beziehungen zwischen dem Problemverhalten und vorausgehenden und nachfolgenden Bedingungen aufzeigen soll. Es wird ein *Verstärkerplan* erarbeitet, der Patient zu stimmungsverbessernden Aktivitäten (z.B. ins Kino gehen) angehalten und geplant, dass depressionsförderndes Verhalten (wie z.B. im Bett liegen) reduziert wird.

Soziale Fertigkeiten werden verbessert (z.B. mit Hilfe von Rollenspielen), verstärkende Fähigkeiten, günstige Kommunikationsmuster und soziales Kontaktverhalten geübt. Der Patient lernt, Gefühle und Wünsche zu äussern, ein Gespräch zu beginnen, um besseres Kontaktverhalten zu zeigen; mittels der Technik des Gedankenstops trainiert er, automatisierte negative Gedankenketten zu unterbrechen.

Die Patienten erhalten zwischen den einzelnen Sitzungen *Hausaufgaben*. Das strukturierte Programm von 12 Sitzungen, ursprünglich für Gruppen ausgedacht, kann auch individuell angewendet werden. Es liegen standardisierte *Manuale* und Arbeitsunterlagen für den Patienten und den Therapeuten vor.

Wirksamkeit

Bei leicht bis mittelschwer Depressiven zeigt die Methode eine *hohe nachgewiesene Wirksamkeit*, vor allem auch wenn man bedenkt, wie wenig Sitzungen veranschlagt werden. Im Vergleich zu psychodynamischer Kurztherapie, humanistisch orientierten Therapien und nicht näher spezifizierten Psychotherapien schneidet die Verhaltenstherapie meist besser ab [5]. Im Vergleich mit andern kognitiv-behavioralen Methoden keine signifikanten Unterschiede. Im Ver-

gleich zu medikamentöser Behandlung etwa gleiche Effektivität. Eine Studie zeigte additive Wirkungen von Psychopharmaka und Verhaltenstherapie [6]. Über den prophylaktischen Wert der Therapie gibt es uneinheitliche Ergebnisse. Zusammenfassend bringt die Methode in sehr kurzer Zeit eine *beträchtliche Reduktion der Symptome*.

Kognitive Therapie

Theoretischer Hintergrund

Die Kognitive Therapie nach Beck [7, 8] geht davon aus, dass das Denken Depressiver durch die sogenannte *kognitive Triade*, also eine *negative Sichtweise* bezüglich des *Selbst*, der *Umwelt* und der *Zukunft*, geprägt ist. Das depressive Denken wird durch automatische und sich selbst wiederholende, verfestigte negative Gedanken bestimmt, «*kognitive Verzerrungen*» genannt, welche ihrerseits durch einseitige, übergeneralisierende, willkürlich übertriebene oder andere in der Logik fehlerhafte Muster der Informationsverarbeitung aufrechterhalten werden (z.B. die Wahrnehmung eines depressiven Patienten: «Alle lehnen mich ab, ich bin einfach nichts wert»). Diese für Depression typischen verzerrten Kognitionen werden als der Depression vorausgehend aufgefasst, also nicht als Ursache verstanden, und entstehen aufgrund depressiv dysfunktionaler Schemata, irrationaler Grundannahmen, die durch belastende Ereignisse ausgelöst werden können. Typische *fehlerhafte Grundannahmen* können sein: «Alle müssen mich mögen, sonst bin ich nicht lebenswert». Eine Zurückweisung durch eine begehrte Person kann zum verzerrten *automatischen Gedanken* «Niemand findet mich lebenswürdig» führen. Dies führt dann zur depressiven Stimmung und depressivem Verhalten. Depression wird mehr als eine kognitive Störung denn als eine Stimmungsstörung angeschaut. Auslöser für die kognitiven Störungen sind Verlusterlebnisse, traumatisierende Ereignisse, Kontrollverlust oder andere belastende Erfahrungen in der Lebensgeschichte eines Patienten. Diese können durch Stresssituationen aktiviert werden.

Innerhalb der kognitiven Therapien seien auch die Selbstkontrolltheorie nach Rehm [9] sowie die Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann [10] erwähnt.

Indikation

Es gibt insgesamt wenig Literatur über eine klare Indikationsstellung zur kognitiven Therapie. Allgemein nimmt man an, dass sozial aktive, normalerweise zufriedene Patienten, bei denen die depressive Störung vermutlich als Folge von akut belastenden Lebensumständen aufgetreten ist, günstigere Behandlungsergebnisse zeigen als Patienten, die schon über längere Zeit in einem depressiven Lebensstil gefangen sind. Tendenziell scheint die KT vor allem bei jungen Patienten erfolgreicher, weil noch wenig kognitive Verzerrungen vorhanden sind. Niedriger Bildungsgrad und sozialer Status führen öfters zu Therapie-

Abbildung 1

Beispielprotokoll negativer automatisch ablaufender Gedanken, die auf eine konkrete Situation bezogen sind (nach Hautzinger [11]).

Situations- beschreibung	Gefühle (E)	Automatische Gedanken	Rationalere Gedanken	Ergebnis
Aktuelle Ereignisse, die zu unangenehmen Gefühlen führen	Genau angeben (Angst, Wut usw.)	Die automatischen, negativen Gedanken angeben, die dem Gefühl vorausgingen	Rationale Reaktion auf automatische Gedanken aufschreiben	Gefühle nach den rationaleren Gedanken angeben und einschätzen
Datum				
Gedanken, Tagträume usw., die zu unange- nehmen Gefühlen führen	Einschätzen von 0–100%	Wie gültig sind diese Gedanken? Einschätzen von 0–100%	Wie gültig sind diese rationaleren Gedanken? Einschätzen von 0–100%	
Allein im Haus nach Trennung von Frau, liege wach (1 Uhr)	Unruhig, nervös, Herz- klopfen, deprimiert (100%), hoffnungslos, schwitzen	Ich habe hier so viel reingesteckt, war alles umsonst. Das wird nie mehr was. Ich bin und bleibe verlassen. Das Leben lohnt so nicht. Ohne Partner hat das doch keinen Sinn.		

abbrüchen (Überforderung). Bei der Indikationsstellung soll auch darauf geachtet werden, dass eine gewisse Konzentrationsfähigkeit vorhanden ist, was bei schwereren Depressionen häufig nicht der Fall ist. Die Indikation zur KT setzt normalerweise die Bereitschaft des Patienten voraus, dysfunktionale Einstellungen und Annahmen diskutieren und verändern zu wollen.

Durchführung

Die kognitive Depressionstherapie ist eine strukturierte, direktive Kurzbehandlung mit etwa zwanzig Sitzungen und verfolgt das Ziel, *dysfunktionale Gedankenprozesse* im Rahmen der negativen *kognitiven Triade* zu korrigieren. Dem Patienten wird der Zusammenhang zwischen Kognitionen, Gefühl und Verhalten erklärt, und es wird eine sorgfältige Analyse dysfunktionaler Kognition und depressiv verzerrter Wahrnehmungen und Einstellungen gemacht. Dies geschieht über Selbstbeobachtung und Protokollierung von automatischen Gedanken, Bewertungen, Wahrnehmungen und Gefühlen.

Die erarbeiteten Kognitionen werden u. a. auf logische Fehler, Personalisierungen, selektive Abstraktion geprüft und in Bezug zur Realität gesetzt. Das ist sehr wichtig, da die Depressiven dazu neigen, ihre Wahrnehmungen als Tatsachen zu bewerten, ohne sie an der Realität zu überprüfen. Fällt ein Depressiver bei einer Prüfung durch, kann er z. B. folgern: «Ich mache immer alles falsch.» Zwischen den Extremen «immer alles falsch» und «immer alles richtig» wird ein Mittelfeld identifiziert, auf dem normalerweise die meisten menschlichen Erfahrungen anzutreffen sind. Es soll eine *neue Sichtweise* erarbeitet werden. Man bedient sich des *sokratischen Dialogs*; der Therapeut versucht, durch geschicktes und gelenktes Befragen den Patienten zu günstigeren Bewertungen und Einstellungen zu bringen, indem automatische Gedan-

ken hinterfragt und fehlangepasste Grundannahmen korrigiert werden. Es werden neue Bewertungen erprobt und geübt, z. B. durch Rollenspiel oder Imaginationstechniken, und Hausaufgaben gegeben.

Die therapeutischen Bemühungen spielen im «hic et nunc».

Der Therapeut soll einfühlsam, verständnisvoll sein.

Wirksamkeit

Die KT ist von allen Psychotherapiemethoden bei Depressionen die *bestuntersuchte* und zeigt eine *ausgezeichnete Wirksamkeit* bei leichten bis mittelschweren Depressionen und gute Langzeitwirkung. Einige Studien zeigen, dass KT in bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik und den Langzeiterfolg der medikamentösen Therapie überlegen ist [20].

Es werden Erfolgsquoten zwischen 63 % und 83 % gemeldet. Wenig signifikante Unterschiede zur VT, wenig Unterschiede gegenüber IPT.

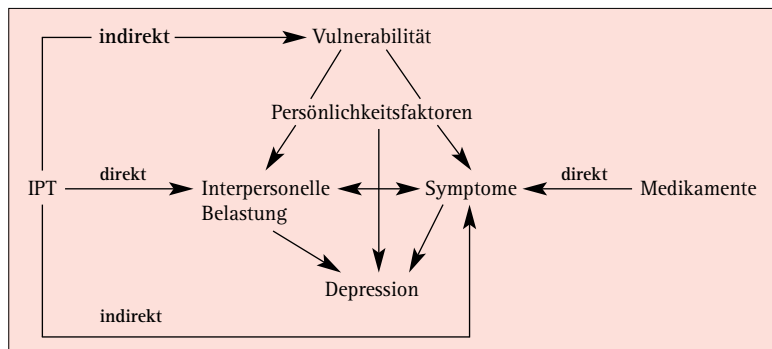
Interpersonelle Psychotherapie

Theoretischer Hintergrund

Die von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron [12] entwickelte Interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung der Depressionen ist nicht eindeutig einer traditionellen Therapieschule zuzuordnen, enthält Elemente und Techniken verschiedener Richtungen. Sie orientiert sich am *zwischenmenschlichen Kontext* im Rahmen der depressiven Erkrankung, also der Wechselwirkung von depressiven Symptomen und interpersonellen Problemen. Interpersonelle Faktoren können eine Depression auslösen, die wiederum interpersonelle Probleme auslösen oder verschlimmern kann.

Abbildung 2

Depressionsentstehung und Behandlung im Rahmen des IPT-Konzepts.



Meyer [13], ein Psychiater schweizerischer Abstammung, prägte mit seinem Konzept der Psychobiologie die amerikanische Psychiatrie nachhaltig. Seine Konzepte ermöglichten der Psychiatrie, das psychosoziale Umfeld eines Patienten als wichtig zu erkennen, und einer seiner Schüler, Sullivan, erweiterte seine Modelle, indem er die Psychiatrie als Wissenschaft interpersoneller Beziehungen auffasste. Damit wurde die heutige biopsychosoziale Sichtweise geschaffen. Der Interpersonelle Ansatz prägte zahlreiche andere Therapieformen wie beispielsweise die Familientherapie zur Behandlung Schizophrener und die Paartherapie. Komplexe Wechselwirkungen zwischen genetischen, biologischen, psychologischen, psychosozialen, umweltbezogenen und anderen Faktoren können Depressionsursachen sein.

Die Interpersonelle Therapie stützt sich auf verschiedene *entwicklungspsychologische Arbeiten* sowie Aspekte der *sozialen Unterstützung*. Auch die *Life-Event-Forschung* hat ihren Beitrag zum empirischen Hintergrund der interpersonellen Psychotherapie geleistet.

Die folgenden Befunde sollen den empirischen und theoretischen Hintergrund der IPT untermauern:

- a) Die Bedeutung emotionalen Bindungsverhaltens in der Entwicklung des Individuums («attachement-Theorie»).
- b) Die Bedeutung vertrauensvoller Beziehungen als wirksamer Schutz vor Depression («social support»).
- c) Der Zusammenhang zwischen Stressereignissen und dem Auftreten und Verlauf einer Depression.
- d) Der Einfluss chronischer sozialer oder zwischenmenschlicher Belastung auf den Beginn einer Depression, insbesondere Partnerschaftsprobleme.
- e) Der Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Depression und der Beeinträchtigung sozialer Leistungsfähigkeit in Form gestörter partnerschaftlicher oder anderer Beziehungen, dysfunktionales Kommunikationsverhalten.

Es scheint, dass die *Qualität sozialer Beziehungen* eine ausschlaggebende Rolle bei der Entwicklung depressiver Störungen und deren Aufrechterhaltung spielt. Entsprechend wird bei der IPT der Behandlungs-

schwerpunkt auf die *Verbesserung* der gegenwärtigen *Interaktions- und Kommunikationsmuster* der Patienten bzw. den Umgang mit psychosozialen Stressfaktoren der Patienten gelegt. Der Behandlungsschwerpunkt liegt im «Hier und Jetzt». Orientiert am medizinischen Krankheitsmodell kann die Therapie mit oder ohne begleitende Medikation durchgeführt werden.

Indikation

Die IPT erwies sich besonders wirksam bei nicht-psychotischen depressiven Patienten mit psychosozialen Problemen und mit beruflichen oder partnerschaftlichen Schwierigkeiten (American Psychiatric Association 1993). Komorbide Erkrankungen wie beispielsweise Persönlichkeits- oder Angststörungen stellen keine Kontraindikation dar. Bei Patienten, bei denen die Depression von akuten psychotischen Merkmalen begleitet ist, sollte diese Methode nicht angewandt werden. Insgesamt sprechen die Ergebnisse der Arbeiten aus der Gruppe um Klerman aufgrund differentieller Therapiewirkungen eher für eine Kombination von IPT und Pharmakotherapie. Es liegen mittlerweile mehrere modifizierte Versionen der IPT vor, beispielsweise für den stationären Bereich, die insgesamt ermutigende Ergebnisse erbrachten.

Durchführung

Die IPT ist als Kurztherapie gedacht, zwölf bis zwanzig Sitzungen werden veranschlagt. Drei Prozesse sind an der Depressionsentstehung beteiligt: die Symptombildung, die zwischenmenschliche und soziale Konstellation und die Persönlichkeitsfaktoren. Die IPT will auf der Ebene der Symptome und der interpersonellen Dysfunktionen intervenieren. Eine tiefgreifende Persönlichkeitsveränderung wird nicht erwartet, obwohl sie sich im Verlauf der Sitzungen anbahnen kann.

Die Therapie gliedert sich in drei Abschnitte:

- 1) In der *Initialphase* (meist drei Sitzungen) wird versucht, die depressive Symptomatik zu reduzieren, indem auf Symptombewältigung und Entlastung des Patienten und u.a. auf Informationsgewinnung abgezielt wird. Die depressive Erkrankung wird nach standardisierten Kriterien (z.B. Hamilton) diagnostiziert. Der Patient erhält Informationen über das medizinische Krankheitsmodell, über Prävalenz, Verlauf, Prognose und Behandlungsmöglichkeiten; es wird ihm die *Krankenrolle* zugeschrieben. Der Patient wird unterstützt, ermutigt, erhält Zuspruch. Man erarbeitet mit dem Patienten einen Behandlungsvertrag. Die Depression wird in einen *interpersonellen Kontext* gebracht und dem Patienten Hoffnung gemacht. Oft werden Angehörige miteinbezogen. Eine *Beziehungsanalyse* rundet den ersten Teil der Behandlung ab. Es werden ein *Hauptproblemfeld* und eine *Zielsetzung* definiert.
- 2) In der *mittleren Behandlungsphase* (zirka zehn Sitzungen), meist schon in der abklingenden Phase der depressiven Symptomatik, wird der Patient aus seiner Krankenrolle nach und nach herausge-

nommen und in eine *aktiveren Rolle* versetzt, da er Verantwortung in bezug auf die zu bearbeitenden Themen übernehmen soll. Es werden neue *Bewältigungsstrategien* entwickelt und *alternative Verhaltensmöglichkeiten* gesucht. Eine unterstützende und ermutigende Haltung des Therapeuten ist dabei wesentlich.

- 3) In der *Schlussphase* (meistens drei Sitzungen) wird der Abschluss der Behandlung als Trauer- und Abschiedsprozess bearbeitet, Gefühle wie Ängste, Traurigkeit und Wut sowie *Alarmzeichen* eines allfälligen *Rückfalles* werden thematisiert. Der Patient erhält Anweisungen, wie er mit Alarmsymptomen umgehen kann (so schnell als möglich Therapie anfordern). Es wird wieder Wert darauf gelegt, dass der Patient eigene Gefühle ausdrückt. Es wird ihm Zuspruch und Ermutigung zuteil.

Wirksamkeit

Ausgezeichnetes Wirksamkeitsprofil durch viele Studien belegt. Die IPT erweist sich im Vergleich zu anderen Psychotherapieformen als überdurchschnittlich [5]. Im klinischen Bereich hat sich die Kurzbehandlung der Depression mit IPT zur Symptomreduktion bewährt, als Prophylaxe ist die IPT noch umstritten. Empirisch wurde die IPT als Akut- und Erhaltungstherapie selbst bei schwerer depressiver Erkrankung (ohne psychotische Symptomatik) eingesetzt und bewährt sich sowohl als gute Alternative oder Ergänzung zu pharmakotherapeutischen Massnahmen.

Psychodynamische Therapie

Theoretischer Hintergrund

Nach Freud sind die Wurzeln einer depressiven Störung in früheren Kindheitserfahrungen zu suchen. Die drei Vorbedingungen einer Depression sind nach ihm *Objektverlust*, *Ambivalenz* und *Regression* der Libido in das Ich. Die Verlusterfahrung führt zu gegen sich selbst gerichteten Aggressionen, erhöhter Selbstkritik, Schuldgefühlen, Abhängigkeit und Selbstzerstörungsimpulsen. Der nach innen gerichtete Ärger gilt dem libidinös besetzten, enttäuschenden und ambivalenten Liebesobjekt, das zum Teil des Selbst gemacht wird. Innere Feindseligkeit beeinträchtigt die Liebesfähigkeit. In dieses Konzept wurden später die psychische Vulnerabilität, ein Mangel an Fürsorge, Liebe und Schutz und anderes integriert. Diese Prozesse sind dem Betroffenen *nicht bewusst*. Die intrapsychischen Konflikte bestehen solange weiter, bis sie bewusst gemacht und der Kontrolle des Ichs zugänglich werden. Über *Einsicht* kommt es dann dazu, dass Schwierigkeiten antizipiert und bewältigt und Konflikte neutralisiert werden. Entsprechend sind Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, die Konfliktbewältigung und die Einsicht Hauptziele der psychodynamischen Therapie. Psychodynamische Kurztherapien zielen vorwiegend darauf ab, *fokale Konflikte* zu bearbeiten. Interpretationen gehören zu

den therapeutischen Haupttechniken und sollen integrativen Charakter haben. Die ersten psychodynamischen Kurztherapien stammen aus den 30er und 40er Jahren und wurden von Ferenczi und von Alexander entwickelt und geben dem Psychotherapeuten eine aktivere Rolle. Auch eine Gruppe aus England unter Balint und später von Malan geleitet, führten Neuigkeiten in die psychodynamischen Kurztherapien ein. Malan [14] stellte dabei als Fokus den intrapsychischen Konflikt des Patienten in den Vordergrund und versuchte, diesen möglichst kurzfristig zu identifizieren und zu bearbeiten. Für ihn war es wichtig, die Behandlung zeitlich zu begrenzen. Auch Sifneos [15] befasste sich mit Kurztherapien und unterschied angstauslösende und angstunterdrückende Therapieformen. Er postulierte, dass für die ersteren die Patienten überdurchschnittlich intelligent, flexibel und hochmotiviert für Veränderungen sein müssten, sowie mindestens eine tragende Beziehung in der Lebensgeschichte nachzuweisen hätten. Mann [16] betont ebenfalls die zeitliche Begrenzung der Behandlung. Strupp [17] und Luborsky [18] legten erstmals *Manuale* für ihre Therapieansätze vor.

Indikation

Die Indikation erfolgt auf klinischen Grundlagen. Wissenschaftlich kontrollierte Untersuchungen zu dieser Frage liegen kaum vor. Im Gegensatz zu den anderen Methoden ist die Psychopharmakotherapie in der psychodynamischen Therapie i.d.R. nicht vorgesehen. Diese Therapien sind für Patienten mit psychotischen oder bipolaren Depressionsformen ungeeignet, auch bei schwerer Antriebsstörung und ebenso bei intellektuell wenig differenzierten und wenig introspektionsfähigen Patienten. Die psychoanalytische Therapie wird hauptsächlich bei depressiven Persönlichkeitsstörungen und Dysthymien angewandt. Patienten, die daran interessiert sind, mehr über ihre innere unbewusste Welt und deren Zusammenhang mit Kindheitserfahrungen zu ergründen, können dabei am meisten profitieren. Bei den psychodynamischen Kurztherapien nimmt der Therapeut eine reflektive Rolle ein. Der Patient sollte mit Aufkommen von Angst umgehen können.

Durchführung

Im Gegensatz zu KT und VT zielt die psychodynamische Therapie nicht direkt darauf hin, die Symptome möglichst schnell zu reduzieren, sie setzt vielmehr auf die *Einsicht* des Patienten, was über Analyse der *Übertragung und des Widerstandes* geschieht. Man geht davon aus, dass bei der Übertragung der Patient positiv oder negativ erlebte Gefühle gegenüber wichtigen Bezugspersonen auf den Therapeuten überträgt. Der Widerstand wird als Versuch gewertet, keine schmerzlichen Erinnerungen oder Einsichten in sein Bewusstsein dringen zu lassen. Den Widerstand aufzulösen und die Übertragung korrekt zu interpretieren verschafft dem Patienten bewusste Einsichten und ermöglicht ihm, reifere Ansichten zu entwickeln. *Regression* des Patienten auf die Ebene der früh erlebten Konflikte ist erwünscht, die reaktivierten Kon-

flikte sollen bewusst gemacht werden. Mittels *Interpretationen* wird versucht, die Bedeutung und die Ursachen von Gefühlen und Verhalten inner- und ausserhalb der Therapie zu erklären; es wird auch eine *kathartische Entlastung* von unterdrückten, aggressiven Impulsen angestrebt. Die interpretierende und reflektierende Haltung des Therapeuten ist normalerweise zurückhaltend, neutral und abstinente, in den neueren Konzepten eher direkter, aktiver und supportiv.

Wirksamkeit

Die psychodynamischen Therapien sind sehr weit verbreitet. Ihre Wirksamkeit ist noch zuwenig untersucht, was mit der – quantitativ nur sehr schwer messbaren – Komplexität des therapeutischen Beziehungsprozesses zusammenhängt.

Übersicht und Zusammenfassung

Im folgenden sollen einige wesentliche Merkmale und Unterschiede der verschiedenen beschriebenen Therapieansätze tabellarisch herausgestrichen werden. Der psychodynamische Ansatz wird auf die klassische Anwendungsform (Langzeit) bezogen.

Theoretischer Hintergrund, Entstehungsmodell und Krankheitskonzept

Siehe Tabelle 2.

Charakteristika der einzelnen Therapieansätze

Hier sei nochmals herausgestrichen, dass der psychodynamische Ansatz vorwiegend klärungsorientiert arbeitet, die Verhaltenstherapie hingegen gezielt an der Problembewältigung zu arbeiten versucht, während die KT und die IPT eher in einer Mittelstellung stehen (siehe Tabelle 3).

Ziele

Während die psychodynamische Therapie vorwiegend auf Persönlichkeitsveränderung hinzielt, streben die VT, KT und die IPT andere Ziele an, nämlich so schnell als möglich die depressive Symptomatik zu verbessern und entweder die Verstärkungssituation zu verbessern (VT), die dysfunktionalen Gedankenprozesse (KT) oder die interpersonelle und psychosoziale Belastungssituation (IPT) zu verändern (siehe Tabelle 4).

Primäre Strategien und Techniken

Siehe Tabelle 5.

Rolle des Therapeuten

Hier fällt auf, dass IPT-Therapeuten sich zwischen der zurückhaltenden, neutralen Rolle der psychodynamischen Therapien und der eher direktiven Rolle der VT- und KT-Therapeuten befinden (siehe Tabelle 6).

Wirksamkeit bei der Akutbehandlung

Siehe Tabelle 7.

Kontaktadressen

Hier noch ein praktischer Tip: wenden Sie sich an einen Ihnen bekannten Psychotherapeuten und falls Sie einen schon konkreten Therapievoranschlag für einen Patienten realisieren wollen, fragen Sie nach entsprechend ausgebildeten Therapeuten in Ihrer Umgebung. Auskunft können je die kantonalen Organisationen der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie FMH oder der Fachpsychologie für Psychotherapie erteilen.

Literatur

- Schramm E. Interpersonelle Psychotherapie bei Depressionen und anderen psychischen Störungen. Stuttgart: Schattauer, 1996.
- Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol* 1973;28(10):857-70.
- Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Freedman RJ, Katz MM (eds.). *The Psychology of Depression*. New York: Wiley; 1974.
- Lewinsohn PM. Activity schedules in the treatment of depression. In: Thoreson CE, Kromholtz ID (eds.). *Counseling methods*. New York: Holt; 1976.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- Wilson PH. Combined pharmacological and behavioural treatment of depression. *Behav Res Ther* 1982;20(2):173-84.
- Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
- Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson IJ, Riskind JH. Differentiating depression and anxiety: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol* 1987; 96(3):179-83.
- Rehm LP. A self-control model of depression. *Behav Ther* 1977;8:787-804.
- Seligman ME. *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman; 1975.
- Hautzinger M. Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. In: Hautzinger M (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen*. München: Quintessenz; 1994.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1984.
- Meyer A. *Psychobiology: A Science of Man*. Springfield: Thomas; 1957.
- Malan DH. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth; 1979.
- Sifneos PE. *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum; 1979.
- Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
- Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key: Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books; 1984.
- Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books; 1984.
- Jarrett RB, Rush AJ. Short-term psychotherapy of depressive disorders; current status and future directions. *Psychiatry* 1994;57(2):115-32.
- Robinson L, Berman JS, Niemeyer RA. Psychotherapy of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990;108(1):30-49.

Tabelle 2

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz <i>Verstärker-Verlust-Situation:</i> bedingt durch den Wegfall wichtiger positiver und/oder Überwiegen aversiver Erfahrungen, Mangel an sozialen Fertigkeiten, aktuelle Belastungen und/oder soziale Ängste. Depression als erlerntes Verhalten.</p>	<p>Kognitiver Ansatz <i>Kognitive Verzerrungen auf der Basis implizierter depressiv-dysfunktionaler Schemata:</i> Dysphorie aufgrund negativer Sichtweise des Selbst, der Umwelt und der Zukunft; Aufrechterhalten durch automatisierte negative Gedanken, geprägt durch logische Fehler. Depression als kognitive Störung.</p>
<p>Interpersoneller Ansatz <i>Ineffektive Bewältigung interpersoneller Belastung:</i> Entstehung und Verlauf der Depression wird beeinflusst durch vier Arten interpersoneller Belastung (gestörte Beziehungen, Verluste, soziale Defizite, beeinträchtigt Rollenverhalten). Depression als psychiatrische Erkrankung multifaktorieller Ursache, die stets im interpersonellen Kontext auftritt.</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz <i>Regression der Libido in das Ich:</i> Wurzeln in frühen Kindheitserfahrungen; aufgrund eines Objektverlusts und/oder Enttäuschung besteht ein ungelöster Konflikt, der zu mangelndem Selbstwert, Selbstaggression, übermässiger Abhängigkeit führt. Depression als ungelöster Konflikt.</p>

Tabelle 3

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz Depressions-spezifisch; Manual/Trainingsprogramm Kurzzeit (6–10 Sitzungen); i.d.R. wöchentlich; Schwerpunkt auf Gegenwart; direkt verhaltensbezogen; stark strukturiert; traditionell konkurrierende Position bezüglich Medikamenten; Wirksamkeit nachgewiesen.</p>	<p>Kognitiver Ansatz Depressions-spezifisch; Manual/Trainingsprogramm; Kurzzeit (ca. 16 Sitzungen); i.d.R. wöchentlich; Schwerpunkt auf Gegenwart; direkt kognitionsbezogen; strukturiert direktiv; traditionell konkurrierende Position bezüglich Medikamenten; Wirksamkeit nachgewiesen.</p>
<p>Interpersoneller Ansatz Depressions-spezifisch; Manual/Trainingsprogramm; Kurzzeit (ca. 12–20 Sitzungen); i.d.R. wöchentlich; Schwerpunkt auf Gegenwart; emotions- und problembezogen; semistrukturiert; Kombination mit Medikamenten explizit als Option; Wirksamkeit nachgewiesen.</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz Nicht depressions-spezifisch; kein Manual/Trainingsprogramm; Langzeit, mehrmals wöchentlich; offenes Ende; Schwerpunkt auf Vergangenheit; Arbeit auf Ebene des Unbewussten; einichtsbezogen; nicht-direktiv; Kombination mit Medikamenten traditionell nicht vorgesehen, Wirksamkeit kaum untersucht.</p>

Tabelle 4

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz Symptomreduktion durch langfristige Veränderung der ungünstigen Verstärkersituation bzw. Unterbrechung des «depressiven Teufelskreises».</p>	<p>Kognitiver Ansatz Symptomreduktion durch Korrektur dysfunktionaler Gedankenprozesse (ungünstige Kognitionen erkennen, überprüfen und korrigieren sowie alternative Verhaltensmuster aufbauen).</p>
<p>Interpersoneller Ansatz Symptomreduktion durch Bewältigung gegenwärtiger interpersoneller/sozialer Probleme (beispielsweise Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und Kommunikation, Verlustbewältigung).</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz Veränderung der Persönlichkeitsstruktur durch Einsicht in vergangene intrapsychische Konflikte und kathartische Entlastung von unterdrückten aggressiven Impulsen.</p>

Tabelle 5

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz Verhaltensanalyse; Erklärung des Therapierationals; Aufbau angenehmer Aktivitäten, sozialer Fertigkeiten, von Selbstkontrolle, Problemlösefertigkeiten und Aufbau positiver Gedanken. Techniken: Selbstbeobachtung, Protokollierung, Graphiken, Aktivitätsplan, Rollenspiel, Entspannungsübungen, Problemlösestraining, Hausarbeiten. Arbeit auf der Ebene des Bewussten.</p>	<p>Kognitiver Ansatz Erklärung des Zusammenhangs zwischen Kognitionen, Gefühlen und Verhalten; Analyse dysfunktionaler Gedanken, Überprüfen auf logische Fehler und Realitätstestung. Techniken: Selbstbeobachtung und Protokollierung von Gedanken und Gefühlen, sokratischer Dialog, Reattribution, Hausarbeiten, schriftliche Übungen. Arbeit auf der Ebene des Bewussten.</p>
<p>Interpersoneller Ansatz 1. Auseinandersetzung mit der Symptombewältigung bzw. der Depression; 2. Problembereichsspezifische Bearbeitung interpersoneller Schwierigkeiten; 3. Vorbereitung auf das Behandlungsende. Techniken: Edukation (beispielsweise therapierational), Exploration, Förderung von Emotionen, Kommunikationsanalyse, Klärung. Arbeit auf der Ebene des Bewussten.</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz Analyse der Übertragung und des Widerstands; Regression in frühe Kindheit. Techniken: Exploration, Rekonstruktion von Kindheitserfahrungen, Klärung vom Ich und Über-Ich Verzerrungen, Interpretation und Bearbeiten von Konflikten, Konfrontation mit Widerstand. Arbeit auf der Ebene des Unbewussten.</p>

Tabelle 6

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz Lehrer/Coach: aktiv, ermunternd, anleitend.</p>	<p>Kognitiver Ansatz Coach/Lehrer: direktiv, aktiv, konstruktiv, partnerschaftlich kooperativ.</p>
<p>Interpersoneller Ansatz Advokat des Patienten: aktiv, ermutigend, positive Beziehung/Übertragung wird nicht interpretiert.</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz Interpretierender und Reflektierender: rezeptiv schweigend, neutral, akzeptierend. Herstellen von Übertragung und benigner Abhängigkeit; Modell für altes und neues Objekt.</p>

Tabelle 7

<p>Verhaltenstherapeutischer Ansatz Ausgezeichnete Wirksamkeit bei leichten/mittleren Depressionen. Vergleich mit KT: gleich wirksam (5/<1). Vergleich mit PKT: überlegen (>2/3). Vergleich mit MB: gleich wirksam (1). Kombination mit MB: kein Unterschied</p>	<p>Kognitiver Ansatz Am besten belegt; ca. 40 Studien; ausgezeichnete Wirksamkeit bei leichten/mittleren Depressionen; Vergleich mit VT, IPT, KT, Placebo: gleich wirksam Vergleich mit MB: insgesamt überlegen (<2/5). Vergleich mit PKT: überlegen (<2/2). Kombination mit MB: insgesamt additiv.</p>
<p>Interpersoneller Ansatz Weniger Studien, hochqualitativ; ausgezeichnete Wirksamkeit bei leichten/mittleren/schweren (ohne psychotische Symptome) Depressionen. Vergleich mit KT: gleich wirksam (1). Vergleich mit MB: gleich wirksam (1). Kombination mit MB: insgesamt additiv.</p>	<p>Psychodynamischer Ansatz Kaum kontrollierte Untersuchungen; alleinige oder kombinierte Anwendung bei Major Depression > kein schlüssiger Wirksamkeitsnachweis. Vergleich mit VT, KT, KT + MB: unterlegen. Vergleich mit unspezifischer Therapie, mit MB: gleich wirksam</p>

MB = Medikamentöse Behandlung; PKT = Psychodynamische Kurztherapie; (<2/3>1) = in 2 Studien unterlegen, in 3 gleich wirksam, in 1 Studie überlegen (Quelle: Jarrett und Rush [19]).