

Fragestellungen und Ergebnisse der Psychotherapieforschung bei depressiven Störungen

Günther Klug, Dorothea Huber

Seit langem ist bekannt, dass die Depression nicht länger als der „common cold“ der Psychopathologie angesehen werden kann, sondern dass vielmehr die Depression im Jahre 2020 als die „Volkskrankheit Nr. 1“ angesehen werden muß (Murray & Lopez, 1997). Die Depression ist nicht mehr eine benigne Erkrankung kultivierter Menschen, die auch ohne Behandlung einen günstigen Verlauf nähme, sondern eine weitverbreitete, meist rezidivierend verlaufende Erkrankung (Judd, 1997), die außer zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität auch zu einer gravierenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führt (Mintz et al., 1992; Knekt et al., in press) und, volkswirtschaftlich gesehen, großen Schaden anrichtet. Deshalb muß es eigentlich verwundern, daß die Datenlage in der Ergebnisforschung über die Behandlung depressiver Störungen noch immer dürftig ist, vor allem was Psychoanalyse und die psychodynamischen Psychotherapien betrifft.

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, aber man sollte sich auf diese Argumentation nicht mehr länger zurückziehen angesichts der Tatsache, daß die Psychoanalyse als Therapieform seit über 100 Jahren angewandt wird. Es läßt auch nicht auf rein wissenschaftliche Motive schließen, wenn eine empirische Forschung ausgerechnet dann in Gang kommt, wenn die Krankenkassenfinanzierung im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bedroht ist. Trotzdem, fehlende Evidenz für die Wirksamkeit von Psychoanalyse und psychodynamischer Kurzpsychotherapie darf nicht verwechselt werden mit Evidenz für ihre Unwirksamkeit (Holmes, 2002). Aber was an empirisch gesicherter Evidenz besteht bereits?

Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien

Die empirisch am besten abgesicherten Befunde liegen bisher für die Effektivität von psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapien vor, d.h. für Psychotherapien mit einer Dauer um 20 Stunden und einer Frequenz von einer Sitzung wöchentlich. Roth und Fonagy (2005) fassen diese Studien zusammen und konstatieren, daß Psychotherapie gegenüber einer

Wartelistekontrollgruppe oder einer allgemein-psychiatrischen Behandlung überlegen ist. Für den direkten Vergleich zwischen psychodynamischer Psychotherapie und anderen Therapieformen ist die Befundlage nicht so eindeutig. Die Metaanalyse von Churchill et al. (2001) sieht die kognitive Verhaltenstherapie doppelt so effektiv wie die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie, Leichsenring (2001) in seiner Metaanalyse findet keine substantiellen Unterschiede zwischen den beiden Therapieformen. Wie bei allen Metaanalysen kann man auch an diesen beiden profunde Kritik anbringen z.B. an den Einschlusskriterien oder daran was als kognitive Verhaltenstherapie oder als psychodynamische Kurzpsychotherapie bezeichnet wird. Fonagy et al. (2005) finden Meta-Analysen für diese Fragestellung deshalb noch als verfrüht.

Erwähnt werden soll noch eine neue kanadische Pilotstudie (Abbass, 2007) mit einer nach Davanloo modifizierten psychodynamischen Kurzpsychotherapie, die erstaunliche Effektstärken zwischen .87 für interpersonelle Probleme und 3.39 für depressive Symptomatik erzielte, die auch nach sechs Monaten noch anhielten.

Aber wer wird von einer psychodynamischen Kurzpsychotherapie eine stabile und klinisch relevante Veränderung erwarten? Wenn man berücksichtigt, daß die Depression eine häufig rezidivierend verlaufende Erkrankung ist, bei der es zu Rückfällen (relapse) und Wiedererkrankungen (recurrence) kommt, ist eine solche Annahme wenig wahrscheinlich. Es scheint, daß die Ergebnisforschung sich deshalb auf die Kurzpsychotherapien konzentriert hat, weil diese den strengen Forschungskriterien einer „evidence based medicine“ genügen mit ihren strengen Forderungen nach interner Validität. Das setzt unter anderem aber voraus, daß die depressive Psychopathologie so plastisch ist, daß sie in einer Kurztherapie bleibend verändert werden kann; eine Prämisse, die in Anbetracht des rezidivierenden Verlaufs der Depression wenig wahrscheinlich ist (Westen et al. , 2004). Das Problem der bleibenden Veränderung nach einer Psychotherapie, also der Reduktion oder dem Ausbleiben von weiteren depressiven Episoden, ist in das Zentrum der empirischen Psychotherapieforschung gerückt. Forschungsdesigns, die einen Zeitraum nach Therapieende überblicken, der groß genug ist, daß nach der „natural history“ der depressiven Erkrankung eine erneute Episode erwartbar wäre, sind zu einem absoluten Muß geworden. Vor allem die vergleichende Psychotherapieforschung hat sich für den Vergleich von Kurzpsychotherapien und Antidepressiva dieser Methodik bedient. Barlow (1994) fand, daß nach einem 1 Jahres follow-up 30 % der mit Psychotherapie behandelten Patienten ohne Rückfall waren im Vergleich mit 20 % der Patienten, die mit trizyklischen Antidepressiva behandelt wurden. Beutler, Clarkin und Bongar (2000) fassen den damaligen Stand der Forschung dahingehend

zusammen, daß Kurzpsychotherapien bei der Rezidivfreiheit als Erfolgsmaß den psychopharmakologischen Behandlungen überlegen sind, wenn auch oft nicht statistisch signifikant und auch nicht in einem akzeptablen Umfang. Darauf weisen auch Westen und Morrison (2001) in ihrer Metaanalyse hin, daß nämlich nur knapp ein Viertel aller depressiven Patienten, die mit einer Kurzzeitpsychotherapie behandelt wurden, sich symptomatisch bessern, und daß diese Besserung über zwei Jahre stabil bleibt. Die Autoren merken dazu sarkastisch an, das sei, „by any standards“, kaum ein Beleg für die effiziente Behandlung von Depressionen.

Im Rahmen der Helsinki Psychotherapy Study (HPS) sind über die psychodynamische Kurzpsychotherapie von depressiven Störungen und von Angststörungen (mehr als 82 % waren nach DSM-IV Kriterien depressive Störungen) methodisch sehr hochwertige Arbeiten veröffentlicht worden. Knekt und Lindfors (2004) fanden im Vergleich von psychodynamischer Kurzpsychotherapie und lösungsorientierter Psychotherapie (einer Variante von kognitiver Verhaltenstherapie) bei der Reduktion der depressiven Symptome keine signifikanten Unterschiede, beide Therapieformen sind effektiv in der Behandlung der depressiven Symptomatik aber beide sind insuffizient in der Behandlung der Arbeitsstörung und der sozialen und persönlichen Funktionsfähigkeit, so daß eine volle Remission nicht erzielt werden konnte. Weitere Arbeiten (Knekt et al., in press; Knekt et al., 2007) in denen die erwähnten Kurzzeitpsychotherapien mit Langzeitpsychotherapien verglichen wurden, zeigen, daß sowohl bei der Reduktion der Symptome als auch bei der Beseitigung der Arbeitsstörung (allerdings nur für die subjektiven Maße der Arbeitsfähigkeit) die Langzeitpsychotherapie den Kurzzeitpsychotherapien überlegen ist. Interessanterweise ist die Arbeitsstörung bei der 7-Monats Katamnese durch die Kurzpsychotherapie statistisch signifikant gegenüber der Langzeitpsychotherapie gebessert, bei der 2-Jahres Katamnese finden sich keine Unterschiede zwischen den drei Therapieformen und erst bei der 3-Jahres Katamnese erzielt die Langzeitpsychotherapie signifikant bessere Ergebnisse. „Gut Ding will Weile haben“ kann man dazu sagen, aber wenn man den Befund des Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP; Sandell et al., 2002) berücksichtigt, daß sich nämlich auch da, lange nach Beendigung der psychoanalytischen Langzeittherapien, noch vieles tat, kann man auch interpretieren, daß die Fähigkeit zur Selbstanalyse, die bleibende Veränderung bewirkt, einige Zeit der erlebten Autonomie benötigt, um sich entwickeln zu können. Falkenström et al. (2007) haben diese Veränderungen mit quantitativen und qualitativen Methoden genauer untersucht und dabei gefunden, daß sich hinsichtlich der Fähigkeit zur Selbstanalyse Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie offenbar

nicht unterscheiden. Erwähnt sei an dieser Stelle, daß nicht nur die analytische Langzeitpsychotherapie, sondern auch die kognitive Verhaltenstherapie (siehe z.B. Hollon, 2003, Hollon & Beck, 2004) bleibende Effekte und damit Rezidivfreiheit für sich in Anspruch nimmt. Mehr am Rande aber auch im Zusammenhang mit den Befunden des Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project soll auf einen eigentlich verstörenden Befund hingewiesen werden, der durch die Helsinki Psychotherapy Study repliziert wurde, daß sich nämlich nur die subjektiven Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit, nicht aber deren objektive Parameter, nach einer psychodynamischen Langzeitpsychotherapie zu bessern scheinen.

Ergebnisse der amerikanischen NIMH-Studie

Von besonderer Bedeutung für die empirische Depressionsforschung ist die multizentrische Studie zur Kurzzeitpsychotherapie der Depression, das Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) des National Institute of Mental Health (NIMH) (Elkin, 1994). Das TDCRP ist vielleicht der umfassendste Datensatz, der je in der Psychotherapieforschung erstellt wurde; die Daten wurden 1994 der „scientific community“ zur weiteren Auswertung zur Verfügung gestellt. Im Rahmen eines randomisierten, kontrollierten Forschungsdesigns wurden kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum und „clinical management“ und Placebo und „clinical management“ (die beiden letzteren doppelt-blind verabreicht) miteinander verglichen. Die Arbeitsgruppe um Blatt hat diesen Datensatz unter psychodynamischen Aspekten re-analysiert. Diese Arbeiten sollen hier ausführlicher dargestellt werden, da Blatt einer der wenigen psychoanalytischen Empiriker ist, dessen Vielzahl von Untersuchungen auf große Resonanz gestoßen ist und der wichtige Aussagen zur psychotherapeutischen Indikation beigetragen hat (Blatt, 2004; Blatt et al. 2005). Blatt und seine Mitarbeiter wandten in ihren Re-analysen der TDCRP-Daten einen methodischen Ansatz an, der differenzierte Merkmale des Patienten und des therapeutischen Prozesses bei der Analyse der Behandlungsergebnisse berücksichtigt. Dieser methodische Ansatz geht nicht von einer durchschnittlichen Effektivität einer Behandlung aus, sondern von einer hohen Varianz innerhalb einer Therapieform, die man durch die gleichzeitige Berücksichtigung von weiteren Merkmalen, wie z.B. Geschlecht, systematisch erfassen muß. Die komplexe Meßbatterie und die follow-up Untersuchung im TDCRP hat es ermöglicht, als differenzierende Variablen 1. die Qualität der therapeutischen Beziehung, 2. das Angewiesen-

Sein auf die Wertschätzung Anderer und Perfektionismus und 3. die Enhanced Adaptive Capacity (EAC) als Maß für die Widerstandsfähigkeit gegen weitere Depressionen, einzuführen. Aus der Fülle der Ergebnisse sei hier nur näher auf die Widerstandsfähigkeit (resilience) gegen weitere depressive Episoden auch unter Streßbedingungen eingegangen, da wir auf diesen Erfolgsparameter schon hingewiesen haben. Die Enhanced Adaptive Capacity (EAC) ist ein Outcome-Maß, das sich zusammensetzt aus acht Bereichen: interpersonelle Fähigkeiten; die Fähigkeit, die Symptome der Depression zu erkennen; die Beziehungen; die Fähigkeit, Auswirkungen negativer Gedanken zu kontrollieren; das Coping depressiver Symptome; Haltungen, die mit der Depression verbunden sind; das Verständnis rigider Einstellungen auf die Depression, und das Verständnis für die Auswirkungen enger Beziehungen auf die Depression. Zuroff et al. (2003) haben diese Skala validiert.

Das in unserem Zusammenhang interessanteste Ergebnis war, daß die drei Therapien sich bei der 18-Monate follow-up Messung hinsichtlich symptomatischer Besserung nicht signifikant voneinander unterschieden, dass aber die Enhanced Adaptive Capacity (EAC), als Maß für die erwartbare Rezidivfreiheit, bei den beiden Psychotherapieformen kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Psychotherapie signifikant besser waren als bei der Gruppe der medikamentös Behandelten und die Placebo-Gruppe. Die Gruppe von Patienten mit höherer Enhanced Adaptive Capacity (EAC) zeigte einen hochsignifikanten Zusammenhang mit einer guten therapeutischen Beziehung, gemessen am Ende der zweiten Sitzung. Überhaupt war die therapeutische Beziehung mit allen drei Outcome-Maßen: 1. Symptomreduktion, 2. Reduktion des Perfektionismus als Maß für die Vulnerabilität für weitere depressive Episoden und mit 3. der Widerstandsfähigkeit für weitere Depressionen signifikant korreliert. Kritisch ist allerdings anzumerken, daß ein Katamnesezeitraum von nur 18 Monaten noch nicht mit hinreichender Sicherheit beurteilen läßt, ob erhöhte Enhanced Adaptive Capacities (EAC) wirklich zu einer Rezidivfreiheit geführt haben. Ein weiterer interessanter Befund der Blatt'schen Re-Analysen ist, daß offenbar die effektiveren Therapeuten in ihrer Praxis vorwiegend psychotherapeutisch tätig waren, dass sie einen psychologischen Ansatz im Verständnis und in der Behandlung der Depression gegenüber einem biologischen bevorzugten, und daß sie mehr Zeit für die Behandlung der Depression veranschlagten als ihre weniger effektiven Kollegen. Dieser angestrebte „carry-over-Effekt“ hat aber auch zu anderen Schlußfolgerungen geführt, nämlich, eine langfristige, niederfrequente „Erhaltungpsychotherapie“, analog der Erhaltungsdosis bei der psychopharmakologischen Behandlung, einzuführen. Einer Risikogruppe von depressiven Patienten, z. B. mit erheblicher Restsymptomatik, insbesondere Schlafstörungen; mit mehr als

drei vorausgegangenen depressiven Episoden; mit ausgeprägter Persönlichkeitsstörung u.a., sollte diese „Erhaltungspsychotherapie“ prinzipiell angeboten werden und nicht Krisenintervention erst dann, wenn es bereits zu einem Rückfall gekommen ist (Schauenburg & Clarkin, 2003). Die Autoren diskutieren durchaus kritisch, dass dadurch die für die Autonomie des Depressiven so wichtige Internalisierung der Haltung des Therapeuten und damit die Fähigkeit zur Selbstanalyse verhindert werden kann um den Preis einer langen Abhängigkeit vom Therapeuten, kommen aber letztlich doch zu dem Schluß, daß eine „Erhaltungspsychotherapie“ der Schwere der depressiven Erkrankung in den meisten Fällen gerechter wird.

Die Münchner Psychotherapie Studie im Kontext

Die Münchner Psychotherapie Studie (MPS; Huber et al., 2001; 2004; Huber & Klug, 2005), die hier etwas ausführlicher dargestellt wird, untersucht die Effektivität von psychoanalytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie mit einem prospektiven, randomisierten, kontrollierten Prozess-Outcome-Design bei depressiven Patienten. Nur die Therapiemethoden, nicht aber die Therapeuten wurden zufällig verteilt, um nicht die wichtige, individuelle Patient-Therapeut-Passung zu stören. Die Therapeuten sind in privater Praxis und haben wenigstens 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 externer Untersucher. Ein zentrales Interesse ist die Messung therapiespezifische 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 semistrukturiertem Interview zum Zeitpunkt post und K 1, und zwei und drei Jahre nach Behandlungsende mit Fragebögen untersucht. Während des therapeutischen Prozesses wird weder mit dem Therapeuten noch mit dem Patienten ein persönlicher Kontakt aufgenommen um den Prozeß nicht zu stören; die Verlaufsmessinstrumente werden deshalb 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 Auswirkung 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.

Vorläufige Ergebnisse über die Effektivität liegen vor für eine Gruppe von 42 Patienten, nicht unterschieden nach psychoanalytischer Psychotherapie und tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie und ohne Verhaltenstherapie. Effektivität wird in der empirischen Psychotherapieforschung häufig mit Hilfe der Effektstärke (ES) berechnet, denn sie ist ein Veränderungsmaß, das unabhängig von der Stichprobengröße ist. Für die Sozialwissenschaften gilt eine Übereinkunft, dass eine ES zwischen .2 und .5 als gering, eine ES zwischen .5 und .8 als mittel und eine ES > .8 als groß anzusehen ist. Auf der Symptomebene, gemessen mit der Symptom-Check-List (SCL 90-R; Derogatis, Lipman & Covi, 1995), fanden sich hochsignifikante Verbesserungen in allen 9 Skalen von prae nach post und von prae nach K1 und im Kombinationsmaß von allen 9 Skalen, dem Global Severity Index (GSI), eine Effektstärke für prae nach post von 1.49 und von prae nach K1 von 1.27. Auf der interpersonellen Ebene, gemessen mit dem Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 1988), fand sich eine hochsignifikante Verbesserung von prae nach post und von prae nach K1 und im IIP Gesamtscore eine Effektstärke von 1.63 für die Veränderung von prae nach post und eine Effektstärke von 1.43 für die Veränderung von prae nach K1. Auf der intrapsychischen Ebene der strukturellen Veränderung fanden sich hochsignifikante Verbesserungen in 20 Subdimensionen von prae nach post und in 13 Subdimensionen von prae nach K1. Im Gesamtscore fand sich eine Effektstärke von 1.84 für die Veränderung von prae nach post und eine Effektstärke von 1.65 für die Veränderung von prae nach K1. Von den Abwehrmechanismen veränderte sich die Wendung gegen das eigene Selbst von prae nach post mit einer Effektstärke von 0.93 und von prae nach K1 mit einer Effektstärke von 0.79. Die Gruppe der psychoanalytischen und der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapien verbessert sich demnach eindrucksvoll im Verlauf der Therapie. Jakobsen et al. (2007) haben die Daten von vier Langzeitpsychotherapiestudien aggregiert: der Göttingen Studie (Leichsenring et al., 2005), der Frankfurt-Hamburg-Studie (Brockmann et al., 2002, 2006), der Heidelberg-Berlin-Studie (Rudolf et al., 2004; Grande et al., 2006) und der Münchner Psychotherapie Studie, um durch die so erhöhten Fallzahlen die einzelnen

Diagnosegruppen besser vergleichen zu können. Für die hier interessierenden affektiven Störungen fanden sich im prae/post Vergleich von 76 Patienten eine Effektstärke von 1.70 für den Global Severity Index (GSI) der Symptom-Check-List (SCL 90-R), für die Depressivitätsskala eine Effektstärke von 1.73 und für den Gesamtmittelwert des Inventory of Interpersonal Problems (IIP) eine Effektstärke von 1.21. Im Vergleich von prae zur 1-Jahres Katamnese fand sich für den Global Severity Index (GSI) eine Effektstärke von 1.79, für die Depressivitätsskala eine Effektstärke von 1.85 und für den Gesamtmittelwert des Inventory of Interpersonal Problems (IIP) eine Effektstärke von 1.56. Diese Ergebnisse belegen, daß die beiden Langzeitpsychotherapieformen auf der Symptomebene und der interpersonellen Ebene sehr effektiv sind und daß ihre Erfolge stabil zu sein scheinen (scheinen deshalb, weil eine Katamnesedauer von einem Jahr für eine depressive Erkrankung noch relativ kurz ist).

Am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt läuft derzeit eine kontrollierte, prospektive Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen bei chronifizierten depressiven Erkrankungen, sog. „difficult-to-treat depressions“, im Vergleich mit kognitiver Verhaltenstherapie und psychiatrisch-medikamentöser Therapie, sog. treatment-as-usual (TAU). In diesem Projekt soll in einem gemischten, teils randomisiert und teils indikationsorientiertem Design, die Unterschiede in der Wirksamkeit von psychoanalytischer Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie untersucht werden (Leuzinger-Bohleber, 2005; Hau, 2005).

Erwähnt von den laufenden Projekten sei hier auch die Tavistock Adult Depression Study (TADS), eine randomisierte, kontrollierte Studie von depressiven Patienten, die eine 18-monatige, 1-stündige, analytisch-orientierte Psychotherapie mit einer „treatment-as-usual“-Gruppe, die allgemeinmedizinisch behandelt wird, über einen Katamnesezeitraum von zwei Jahren vergleicht.

Sidney Blatt's Arbeiten

Als Beispiel für eine differenzierte Ergebnisforschung soll an dieser Stelle auf Blatt's Arbeiten zu einer psychodynamisch-fundierten Typologie der Depression eingegangen werden. Blatt unterscheidet konzeptuell zwei Grundtypen von Depression: eine anaklitische und eine introjektive (Blatt, 1974). Mit anaklitische 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 Alleingelassen-Sein. Die anaklitisch Depressiven sind also diejenigen, die

sich offen abhängig von anderen Menschen zeigen und sich an diese anklammern. Trennung und Objektverlust verursachen erhebliche Ängste, die oft mit primitiven Mechanismen wie Verleugnung abgewehrt werden, oder einer unmittelbaren Suche nach Ersatzobjekten. Anaklitische Patienten zeigen also eine offen abhängige Depression. Introjektive depressive Patienten kreisen mit ihrer Wahrnehmung vor allem um Fragen der Selbstkritik und des Selbstwertes, und um Gefühle von Versagen und Schuld. Introjektion ist ein basaler psychischer Mechanismus, durch den ein zwischenmenschlicher Konflikt nicht zwischenmenschlich ausgetragen, sondern in das Intrapyschische zurück genommen 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, denen 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; sie zeigen eine selbstkritische Depression.

Blatt und seine Arbeitsgruppe konnten anhand des umfangreichen Datenmaterials aus dem oben bereits erwähnten Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) (Blatt et al., 2000), aus dem Menninger Psychotherapy Research Project (Blatt, 1992) und aus einer Studie an stationären Patienten des Austen Riggs Center (Blatt & Ford, 1994) zeigen, dass sich zwischen diesen beiden primären Konfigurationen (anaklitisch und introjektiv) verlässlich unterscheiden läßt; sie konnten auch zeigen, dass die entsprechenden Patientengruppen auf unterschiedliche Behandlungsformen unterschiedlich ansprechen und ihre therapeutischen Fortschritte auf je unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen (Blatt, 1992). Die anaklitisch Depressiven sprechen am besten auf Psychotherapieverfahren an, bei denen eine intensive Interaktion mit dem Therapeuten, die interpersonelle Dimension, und aktive und strukturierende Maßnahmen im Vordergrund stehen. Dies gilt sowohl für psychodynamisch-interaktionelle wie für interpersonelle Ansätze. Diese Patienten schneiden dagegen in einer intensiven analytischen Psychotherapie viel schlechter ab. Die introjektiv Depressiven sprechen schlecht auf psychologische Kurzzeittherapien aller Art an. Blatt und Zuroff (2005) fanden in ihrer Nachuntersuchung der Patienten des TDCRP, daß sie vor allem in der zweiten Hälfte der Therapie wenig Fortschritte machten, was sich auch durch drei follow-ups bestätigen ließ. Dafür können die selbstkritischen Patienten von längerfristig angelegten psychoanalytischen Behandlungen mit offenem Ende gut profitieren. Alles weist

nach Blatt's Ansicht darauf hin, daß die selbstkritisch Depressiven in der Psychotherapie viel Zeit brauchen und von einer psychoanalytischen Behandlung am besten profitieren können.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Blatt zur differentiellen Indikation und zum therapeutischen Prozeß unterschiedlicher Psychotherapieverfahren halten wir für sehr bemerkenswert. Es gibt noch zu viele Glaubenskämpfe in der Psychotherapie und zu wenige empirisch fundierte Überlegungen darüber, welche Verfahren für welche Gruppen von Patienten die optimalen sind. Blatt's Ergebnisse tragen zur Versachlichung der Indikationsfrage bei. Als Alternative zu einem atheoretischen DSM-IV oder ICD-10 Verständnis der Depression, zeigt Blatt, daß eine ätiologie-gestützte, psychodynamische Typologie der Depression einen essentiellen Beitrag zu einer differentiellen Indikationsstellung, vielleicht auch zu der Frage der Patient-Therapeut-Passung liefern kann.

Zum Schluß muß einmal laut und deutlich lamentiert werden, daß es viel zu wenige Studien über Psychoanalysen oder psychodynamische Langzeitpsychotherapien im allgemeinen und über die bei der Depression im besonderen gibt. Law (2007) in ihrem Beitrag über die Depression im Handbook of Evidence-Based Psychotherapies, stellt dazu nüchtern fest, daß „nur wenige vergleichende Studien existieren, obwohl sie (die psychodynamische Psychotherapie) die längste Geschichte hat von allen Behandlungsformen, die zur Diskussion stehen“. Gerade die Depression mit ihrem meist rezidivierenden oder chronischen Verlauf und ihrer empirisch gut erforschten „natural history“ wäre ein Paradigma, an dem die Veränderungen, die die Psychoanalyse unter dem Begriff der strukturellen Veränderung seit langem schon (ungenau) konzeptualisiert hat, gut studiert werden könnten. Wenn es bleibende Veränderungen nach Therapien gibt, die durch eine ebenso bleibende intrapsychische Veränderung, beispielsweise in den Makrostrukturen Ich, Es, Über-Ich, bewirkt werden, dann wäre der Verlauf der depressiven Erkrankung nach Therapieende ein geeigneter, klinischer Indikator dafür. Es wäre zu erwarten, daß weitere depressive Episoden entweder nicht mehr aufträten oder, im Vergleich mit der „natural history“ der Erkrankung, signifikant weniger. Der Neurowissenschaftler und Nobelpreisgewinner Eric Kandel spekulierte über strukturelle Veränderung: „Insofern Psychotherapie oder Beratung wirksam ist und zu langfristigen Veränderungen im Verhalten führt, gründet diese Wirksamkeit vermutlich im Lernen, indem Veränderungen in der Genexpression erzeugt werden, die die Stärke der synaptischen Verbindungen verändern, und indem strukturelle Veränderungen stattfinden, die das anatomische Muster der Verbindungen zwischen Nervenzellen im Gehirn ändern“ (Kandel, 1979). Grünbaum (1984) hat in seiner fundamentalen Kritik an den wissenschaftlichen

Grundlagen der Psychoanalyse, der auch Fonagy (2003) beipflichtet, festgehalten, daß in keiner anderen Wissenschaft so viele Hypothesen und Theorien auf so wenig empirischem Material basieren – ein Kegel, der auf seiner Spitze steht: kein stabiles Bauwerk.

Literatur

Abbass A (in press) Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment resistant depression: A pilot study. *J Depr Anx*

Barlow DH (1994) Psychological interventions in the era of managed competition. *Clin Psychol: Sci Pract* 1, 109-122.

Beutler LE, Clarkin JF & Bongar B (2000) Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient. New York, Oxford: Oxford Universities Press, 290-311.

Blatt SJ (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanal Study Child* 29, 107-157.

Blatt SJ (1992) The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Ass* 40, 691-724.

Blatt SJ (2004) Experiences of depression. Washington: American Psychological Association. 255-295.

Blatt SJ, Zuroff DC, Bondi CM, Sanislow CA (2000) Short and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychother Res* 10, 215-234.

Blatt SJ & Zuroff DC (2005) Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev* 25, 459-486.

Blatt SJ, Luyten P, & Corveleyn J (2005) Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche – Z Psychoanal* 59, 864-891.

Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D & Eckert J (2002) Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychother* 47, 347-355.

Brockmann J, Schlüter T & Eckert J (2006) Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychother* 51, 15-25.

Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H & Tylee A (2001) A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment* 5, 35.

Derogatis L R, Lipman R S & L Covi L (1973) SCL-90-R. An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharma Bull* 9, 13-28.

Elkin I (1994) The NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are. In: Bergin AE & SL Garfield (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) New York: Wiley, 114-142.

Falkenström F, Grant J, Broberg J & R Sandell (2007) Self-analysis and post-treatment improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *J Am Psychoanal Ass* 55, 629-674.

Fonagy P (2003) Genetics, developmental psychopathology, and psychoanalytic theory: the case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanal Inqu* 23, 218-247.

Fonagy P, Roth A & A Higgitt (2005) The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clin Neurosci Res* 4, 367-377.

Grünbaum A (1984) *The foundations of psychoanalysis: a philosophical critique*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 97-126.

Hau S (2005) Auf dem Weg zu einer interdisziplinären Depressionsforschung – die Züricher, Londoner und Frankfurter Depressionsprojekte. In: Leuzinger-Bohleber M, S. Hau & H. Deserno (Hrsg.) *Depression – Pluralismus in Praxis und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 281-290.

Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M & G Rudolf (2006) Differential effects of two forms of psychoanalytic psychotherapy: results of the Heidelberg – Berlin study. *Psychother Res* 16, 470-485.

Hollon SD & AT Beck (2004) Cognitive and cognitive behavioural therapies. In: Bergin AE & SL Garfield (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) New York: Wiley, 448-454.

Hollon SD (2005) Does cognitive therapy have an enduring effect? *Cog Ther Res* 27, 71-75.

Holmes J (2002) All you need is cognitive-behavioral therapy? *Brit Med J* 324, 288-290.

Horowitz L M, Rosenberg S E, Bauer B A, Ureno G & VS Villasenor (1988) Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *J Clin Consult Psychol* 56, 885-892.

Huber D, Klug G & M von Rad (2001) Die Münchner Prozess-Outcome Studie - Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stühr U, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapien*. Stuttgart: Kohlhammer, 260-270.

Huber D, Brandl T, Klug G & M von Rad (2004) Munich Psychotherapy Study (MPS): preliminary results of the effectiveness of psychoanalytic long-term psychotherapy. Supplementary abstracts of the 25th European Conference on Psychosomatic Research, Berlin, 6.

Huber D & G Klug (2005) Munich Psychotherapy Study (MPS): preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy – A prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55, 101.

Jakobsen T, Rudolf G, Brockmann J, Eckert J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H & F Leichsenring (2007) Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 87-110.

Judd LL (1997) The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiat* 54, 989-991.

Kandel ER (1979) Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiological research. *J Neuropsychiat Clin Neurosci* 13, 290-300.

Knekt P & O Lindfors (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. Vol. 77. Helsinki: Social Insurance Institution.

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P & A Järvikovski (2007) Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Dis*

Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Viratala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M & C Renlund (in press) The Helsinki Psychotherapy Study Group: randomised trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med*

Law R (2007) Depression. In: Freeman C & M Power (Hrsg.) *Handbook of evidence-based psychotherapies. A guide for research and practice*. Chichester: Wiley & Sons, 315-335.

Leichsenring, F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic and cognitive-behavioral therapy in depression. A meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21, 401-419.

Leichsenring F, Biskup J, Kreische R & H Staats (2005) The Goettingen study of psychoanalytic psychotherapy. First results. *Int J of Psycho-Anal* 86, 433-455.

Leuzinger-Bohleber M (2006) Chronifizierende Depressionen: eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen. *Psyche – Z Psychoanal* 59, 789-815.

- Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ & SS Hwang (1992) Treatments of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiat* 49, 761-768.
- Murray CJ & AD Lopez (1997) Alternative protections of mortality and disability by cause 1990-2020. *Lancet* 349, 1498-1504.
- Roth A & P Fonagy (2005) What works for whom? (2nd ed) New York, London: The Guilford Press, 66-134.
- Rudolf G, Dilg R, Grande T, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Stehle S & C Oberbracht (2004) Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie. In: Gerlach A, Schlösser A-M & A Springer (Hrsg.) *Psychoanalyse des Glaubens*. Giessen: Psychosozial Verlag, 515-528.
- Sandell R, Blomberg J & Lazar A (2002) Time matters: On temporal interactions on long-term follow-up of long-term psychotherapies. *Psychother Res* 12, 39-58.
- Schauenburg H & J Clarkin (2003) Rückfälle bei depressiven Erkrankungen – Sind psychotherapeutische „Erhaltungsstrategien“ sinnvoll? *Z Psychosom Med Psychother* 49, 377-390.
- Westen D, Novotny CM & H Thompson-Brenner (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 130, 631-663.
- Westen D & K Morrison (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 69, 875-899.
- Will, H. (2002) Psychodynamische Konzepte der Depression. In: Kraemer S & D Huber (Hrsg.). *Psychotherapie für die Praxis: Depression*. München: CIP-Medien, 1-11.
- Zuroff DC, Blatt SJ, Krupnick JL & SM Sotsky (2003) When brief treatment is over: enhanced adaptive capacities and stress reactivity after termination. *Psychother Res* 13, 99-115.