

MARIANNE LEUZINGER-BOHLEBER, MARTIN
HAUTZINGER, WOLFRAM KELLER, GEORGE FIEDLER,
ULRICH BAHRKE, LISA KALLENBACH, JOHANNES
KAUFHOLD, ALEXA NEGELE, HELMUT KÜCHENHOFF,
FELIX GÜNTHER, BERNHARD RÜGER, MAREIKE ERNST,
PATRICK RACHEL, MANFRED BEUTEL

Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung*

Ergebnisse der LAC-Studie

Zusammenfassung: Die Autoren berichten über die erste kontrollierte Psychotherapiestudie, die psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeitpsychotherapien mit randomisierter und präferierter Zuweisung miteinander vergleicht. In vier Behandlungszentren wurden 554 chronisch depressive Patienten interviewt, von denen 252 in die Studie aufgenommen werden konnten. In den Selbsteinschätzungen der Patienten zeigten sich große und stabile Veränderungen. Die vollständige Remissionsrate (für BDI) lag nach einem Jahr bei 34 % und stieg auf 45 % nach drei Jahren. Analoge Ergebnisse zeigten sich in den Einschätzungen der unabhängigen, bezogen auf die Therapieverfahren verblindeten Rater (QIDS). Entgegen ihrer Hypothesen fanden die Autoren aber keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Verfahren und auch keine Effektunterschiede zwischen randomisierter Therapiezuweisung und Behandlung mit der präferierten Psychotherapie. Besser als in anderen Studien sind die erzielten Remissionsraten, die zeigten, dass chronisch depressive Patienten von Langzeitpsychotherapien profitieren.

Schlüsselwörter: Vergleichende Psychotherapiestudie; psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeittherapie; chronische Depression; Symptomveränderungen; Remissionsraten

* Die Autoren danken den Patienten und den vielen Kollegen für ihre Mitarbeit an der Studie sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV), der Heidehof Stiftung, der International Psychoanalytical Association, Dr. Matthias von der Tann sowie weiteren Sponsoren für die Unterstützung der Studie. Clinical Trial Register ISRCTN91956346, Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Ref.: 837.124.075659.

Der Beitrag basiert auf einer englischsprachigen Publikation (Leuzinger-Bohleber et al. 2018b), die weitere Literaturangaben zum Thema enthält.

Bei der Redaktion eingegangen am 29.7.2018.

1. Einleitung

Die Frage, ob und in welcher Weise sich die Psychoanalyse vergleichen- den Wirksamkeitsstudien unterziehen soll, wird in psychoanalytischen Fachkreisen weiterhin kontrovers diskutiert. Plädieren vor allem psychoanalytische Forscher dafür, dass die Psychoanalyse einer gesellschaftlichen Marginalisierung anheimfallen wird, falls sie sich solchen Vergleichsstudien entzieht, bestehen vor allem Psychoanalytiker aus dem französischen Sprachraum darauf, dass Kriterien der *evidence-based medicine* der Psychoanalyse als einer Wissenschaft des Unbewussten nicht angemessen seien. Trotz dieser anhaltenden Kontroversen wurden inzwischen eine Vielzahl von Prozess- und Ergebnisstudien durchgeführt. Die Akzeptanz der empirischen Forschung innerhalb der International Psychoanalytical Association hat ständig zugenommen (Leuzinger-Bohleber & Kaechele 2015).

Bekanntlich besteht zudem die Gefahr, dass die Psychoanalyse und die psychodynamischen Verfahren die Finanzierung ihrer Behandlungen durch die Krankenkassen verlieren werden, wenn sie ihre Wirksamkeit nicht durch überzeugende Studien belegen können. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer wird 2019 auch die psychoanalytischen Verfahren einer Evaluation unterziehen.

Daher entschloss sich eine interdisziplinäre Forschergruppe im Jahr 2005, eine multizentrische Studie zur Wirksamkeit von kognitiven und psychoanalytischen *Langzeit*behandlungen bei chronisch depressiven Patienten, die LAC-Studie, zu initiieren. Als diese Studie konzeptualisiert wurde, war die Wirksamkeit sowohl kognitiv-behavioraler als auch psychodynamischer *Kurztherapien* zur Behandlung von Depressionen durch kontrollierte Therapiestudien (RCT¹) nachgewiesen, aber für *Langzeit*behandlungen fehlten solche Studien weitgehend (vgl. u. a. Leichsenring 2001; Fonagy 2002). Gleichzeitig zeigte die hohe Rückfallquote bei jeder Form der Kurztherapie besonders bei chronisch Depressiven, dass diese Patienten eine längerfristige Behandlung brauchen, um möglicherweise eine dauerhafte Besserung ihres Zustandes zu erreichen. Sind kontrollierte Therapiestudien (RCTs) einer Gruppe von Schwerkranken, wie chronisch Depressiven, zuzumuten? Sind sie überhaupt praktikabel? Und ist der enorme Aufwand solcher Studien zu leisten?

Wie die Reaktionen auf die repräsentative Katamnesestudie von Psychoanalysen und psychoanalytischen *Langzeit*behandlungen gezeigt hatte,

¹ Randomized controlled trial.

werden aufwändige und methodisch anspruchsvolle retrospektive Studien in der Welt der »evidenzbasierten Medizin« kaum wahrgenommen (vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber et al. 2003). Als Goldstandard gilt nach wie vor die randomisierte, kontrollierte Studie (RCT). Kritiker der RCTs beklagen beispielsweise, dass die untersuchten Kurztherapien nicht der in den Praxen üblichen Behandlung entsprächen, mit anderen Worten, sie verfügten nur über geringe externe Validität. Der Erfolg werde nach vereinfachenden, uniformen Kriterien beurteilt. Die Einschätzungen und Präferenzen der Patienten selbst fänden kaum Beachtung etc. Auch wissenschaftstheoretische Argumente wurden geäußert: die vergleichende Psychotherapieforschung huldige einem methodischen Uniformitätsmythos und übertrage auf problematische Weise Forschungsdesigns der Pharmakologie auf das Gebiet der Psychotherapieforschung. Zudem würden psychotherapeutische Anliegen in Zeiten der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu sehr ökonomischen Gesichtspunkten unterworfen (Guggenheim et al. 2016).

Die Planung und Durchführung der LAC-Studie fand vor dem Hintergrund dieser kontroversen Diskussionen statt und führte zu dem im Folgenden präsentierten Studienplan. So entschloss sich die Forschergruppe z. B. für ein Design, das eine naturalistische mit einer experimentellen Studie kombiniert. Im Gegensatz zu vielen Studien der vergleichenden Psychotherapieforschung, in der aus methodischen und pragmatischen Gründen geschulte Studenten oder Studententherapeuten Personen mit genau definierten Symptomen (oft Studierende) nach einer manualisierten Therapiemethode behandelten, wurden in der LAC-Studie chronisch depressive Patienten, wie sie heute in Deutschland die Praxen von Psychotherapeuten aufsuchen, von erfahrenen Therapeuten in Langzeitpsychotherapien behandelt. Wir erwarteten, dass viele der Patienten mit chronifizierten Depressionen bereits mehrere nur bedingt erfolgreiche oder sogar negativ verlaufende kürzere Therapien hinter sich hatten und daher ein bestimmtes therapeutisches Verfahren präferieren und nicht bereit sein würden, sich für eine Langzeitbehandlung randomisieren zu lassen. Daher konnten sie in der LAC-Studie zwischen den beiden Richtlinienverfahren kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und psychoanalytische Langzeittherapie (PAT) wählen. Falls sie keine eindeutige Präferenz aufwiesen und einwilligten, wurden sie zufällig der KVT oder der PAT zugewiesen.

Randomisierung der Patienten, genau beschriebene Einschlusskriterien, bezogen auf die Verfahren verblindete Rater, reliable Messinstrumente, manualisierte und auf ihre Adhärenz überprüfte Therapieverfahren so-

wie die genaue Beschreibung der Stichproben, der Abbrecher und der angewandten statistischen Verfahren etc. gehören zu den Kriterien kontrollierter Therapiestudien. Diese Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Studien sowohl in der Welt der Psychotherapieforschung als auch der Gesundheitssysteme anerkannt werden.

In der LAC-Studie wurden alle diese Anforderungen sowie die eben erwähnten wissenschaftstheoretischen und methodischen Bedenken der psychoanalytischen Community ernst genommen und es wurde eine multiperspektivische Annäherung an den Therapieerfolg bei diesen »difficult to treat«-Patienten gewählt. Beispielsweise wurden symptomatische und strukturelle Veränderungen einander gegenübergestellt (siehe Kaufhold et al. 2019, in diesem Heft).

2. *Vergleichende Psychotherapiestudien zu chronisch depressiven Patienten*

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, haben die Tendenz zu chronifizieren und sind dann schwer zu behandeln. Die Rückfallquote ist bei jeder Form von Kurzpsychotherapie hoch (Cuipers, Huibers & Furukawa 2017). Schwere und besonders chronische Depressionen sind nicht nur eine Belastung für die Betroffenen und ihre Familien, sie erzeugen auch enorme direkte und indirekte Kosten im Gesundheitswesen. Daher ist die Frage, wie und in welcher Weise Patienten mit chronifizierter Depression psychotherapeutisch am besten behandelt werden können, nach wie vor ein zentrales Anliegen der vergleichenden Psychotherapieforschung.

Die kognitive Verhaltenstherapie hat in vielen RCTs belegt, dass sie akute und chronische unipolare Depressionen erfolgreich behandeln kann (Lynch, Laws & McKenna 2010). Psychodynamische Kurztherapien zeigen ähnlich positive Behandlungserfolge wie Verhaltenstherapien und andere Formen der Kurztherapie (Gibbons et al. 2016). Doch wie schon erwähnt, liegen aus methodischen und forschungspraktischen Gründen erst wenige Studien zu psychotherapeutischen Langzeitbehandlungen vor (vgl. u. a. Sandell et al. 2001; Leuzinger-Bohleber et al. 2003; Brockmann, Schlüter & Eckert 2006; Klug, Zimmermann & Huber 2016; Knekt et al. 2011; Fonagy et al. 2015). Bisher hat keine RCT-Studie Langzeit-PAT und KVT direkt verglichen. Aufgrund ihrer theoretischen Grundlagen unterscheiden sich PAT und KVT in therapeutischen Zielen, Behandlungsintensität, Häufigkeit und Anzahl der Sitzungen. Es ist eine offene Frage, welche Gruppe von chronisch depressiven Patienten von

welcher Form der Langzeitbehandlung (PAT oder KVT) profitiert (Leichsenring & Rabung 2011).

3. Methodisches Vorgehen

3.1. Design der Studie und Studienteilnehmer

Die LAC-Studie ist eine multizentrische, kontrollierte Studie, die die Ergebnisse von PAT und KVT sowie von randomisierter bzw. präferierter Therapiezuweisung der Patienten miteinander vergleicht (vgl. Abb. 1).

Patienten, die sich für eine Teilnahme an der Studie interessierten, erhielten standardisierte Informationen zu den beiden Therapieverfahren, damit sie die Möglichkeit der Wahl hatten. Swift, Callahan & Vollmer (2011) hatten in einer Metaanalyse mit 35 Studien gezeigt, dass Studien eine geringere Abbrecherquote hatten, wenn Patienten ihr Therapieverfahren wählen konnten.

In den vier Studienzentren Frankfurt/M., Mainz, Berlin und Hamburg wurden Patienten zwischen 21 und 60 Jahren eingeschlossen, die an einer chronischen Depression litten und die schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme gaben. Der Schweregrad der Depression musste mindestens einen Wert von 18 auf dem Beck Depressions-Inventar (BDI II; Hautzinger, Keller & Kühner 2006) (Selbsteinschätzung) sowie einen Wert von über 9 auf der Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C; Rush et al. 2003) (Fremdeinschätzung) aufweisen. Patienten, die Antidepressiva einnahmen, wurden eingeschlossen, falls sie während der letzten 4 Wochen eine stabile Dosis von Medikamenten erhalten hatten.

3.2. Interventionen

Psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Interventionen bei chronisch Depressiven sind gut entwickelt (vgl. u. a. Leuzinger-Bohleber et al. 2010, S. 801 ff.). Um den Patienten die Wahl zwischen präferierter und randomisierter Zuweisung zu ermöglichen, wurde ihnen vor dem ersten Kontakt mit einem Interviewer eine von uns dafür entwickelte und standardisierte Beschreibung der angebotenen Therapieverfahren vorgelegt.

Insgesamt nahmen 73 Psychoanalytiker und 44 Verhaltenstherapeuten mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung an der Studie teil. Alle psychoanalytischen Studientherapeuten besuchten vor Beginn der Studie einen Workshop zum Manual der Behandlung chronisch depressiver Patienten (Taylor 2010). Diese Schulung wurde zum großen Teil von David Taylor

selbst durchgeführt. Die psychoanalytischen Studenttherapeuten sollten sich an diese Behandlungsempfehlungen halten, was zu einer Homogenisierung des psychoanalytischen Arbeitens beitragen sollte. Während den Studientherapien nahmen alle an regelmäßigen Supervisions- oder Interventionssitzungen teil.

Alle Verhaltenstherapeuten besuchten vor Beginn der Studie einen Trainingsworkshop, der sich an dem Manual *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (Hautzinger 2013) orientierte und vom Autor selbst durchgeführt wurde. An jedem Studienzentrum gab es außerdem jährlich ein weiteres Workshopangebot mit externen, erfahrenen Verhaltenstherapeuten. An jedem Studienzentrum bestand die Möglichkeit, monatlich bis vierteljährlich an einer mehrstündigen Supervision teilzunehmen.

Verfahrenstreue: Zur Unterscheidung von KVT und PAT wurde die bewährte Adhärenzprüfungsskala »Comparative Psychotherapy Process Scale« (CPPS) (Hilsenroth et al. 2005) verwendet. Die CPPS ist ein effizientes, in der vergleichenden Psychotherapieforschung häufig benutztes Maß, um den Grad einzuschätzen, mit dem in einer bestimmten Therapie (psychoanalytisches, verhaltenstherapeutisches Vorgehen) die jeweils charakteristischen Techniken angewendet werden.

Insgesamt wurden 137 zufällig ausgewählte Therapiesitzungen (89 psychoanalytische und 48 verhaltenstherapeutische²) von drei unabhängigen, blinden Ratern eingeschätzt. Die Interrater-Reliabilität war hoch ($ICC > .85$). Es konnte gezeigt werden, dass sich die beiden Therapieformen klar voneinander unterschieden. Jedes Item, das psychodynamische Therapien charakterisiert, wurde in der PAT höher eingeschätzt als in der KVT. Analog dazu erzielten die KVT höhere Werte bei den typisch verhaltenstherapeutischen Items als die PAT. Daher darf angenommen werden, dass PAT und KVT sich eindeutig voneinander unterschieden und die jeweiligen Therapeuten sich an ihr Therapieverfahren hielten.

3.3. Hypothesen

In der LAC-Studie sollten eine Reihe von Hypothesen geprüft werden (Übersicht in Beutel et al. 2012):

Bezogen auf ihre Wirksamkeit lautete die Hypothese, dass sowohl PAT als auch KVT zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik und des

² Wir schlossen eine unterschiedliche Zahl der Therapiesitzungen ein, weil wir davon ausgingen, die Behandlungstechnik der Verhaltenstherapeuten sei homogener als die der Psychoanalytiker. Doch erzielten die Rater bei Sitzungen beider Therapierichtungen analoge Interrater-Reliabilitäten.

Anteils an Remissionen führen. Zudem wurde erwartet, dass das soziale Funktionsniveau verbessert und vermehrt auf Medikamente verzichtet werden kann. Die KVT sollte zu einer rascheren Symptomreduktion als die PAT führen. Die PAT starte langsamer, führe aber dafür zu stabileren Ergebnissen. Präferierte Therapien führen, so eine weitere Hypothese, zu besseren Ergebnissen als randomisierte. Schließlich erwarteten wir, dass die Anzahl der Arbeitsfehltag und der Krankenhausaufenthaltstage durch beide Psychotherapien gesenkt werden kann.

3.4. Kriterien für den Therapieerfolg

Als primäre Erfolgsmaße für den Therapieerfolg wurde der Beck Depressions-Inventar (BDI II) und die Kurzform des Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C) festgelegt. Zur Definition der Remissionsraten bezogen wir uns auf die Cut-Off-Werte des BDI und des QIDS-C von Hautzinger et al. (2006) sowie Rush et al. (2003). Alle Patienten wurden von unabhängigen und geschulten Ratern in strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV (SKID I und II) eingeschätzt. Nach einem (T4), nach zwei (T6) und nach drei Jahren (T8) wurden alle mittels des Longitudinal Follow-up Evaluation (LIFE) Interview über das zurückliegende Jahr eingeschätzt. Alle Rater waren bezüglich des erhaltenen Therapieverfahrens verblindet. Die Übereinstimmungen bei den QIDS-C-Ratings waren hoch (Pearson correlation $r = .95$; CI: 0.89–0.99).

Als zusätzliche Kriterien für den Therapieerfolg wurden die strukturelle Veränderung, die Fähigkeit zur sozialen Adaption, die Qualität sozialer Beziehungen sowie das therapeutische Arbeitsbündnis gewählt (Übersicht über alle Messinstrumente vgl. Beutel et al. 2012).

3.5. Berechnung der Stichprobengröße

Eine Studie zum direkten Vergleich von PAT und KVT war nicht verfügbar. Daher haben wir Metaanalyse-Daten zum Vergleich von Psychotherapien und Antidepressiva bei ambulant behandelten depressiven Patienten verwendet, um eine Effektgröße von $d = 0,50$ zwischen den Behandlungen zu extrapolieren. Um diesen Unterschied bei $\alpha = 0,025$ (zweiseitig) mit einer Power von 0,80 festzustellen, sind mindestens 60 Patienten pro Zelle oder insgesamt 240 Patienten erforderlich.

3.6. Datenanalysen

Zur Analyse des zeitlichen Verlaufs der BDI- und QIDS-C-Scores in den vier Behandlungsgruppen wurden mit dem Softwarepaket Linear Mixed-Effects Models (lme4 in R) zwei lineare gemischte Modelle geschätzt (Halekoh, Højsgaard & Kenward 2014; R Core Team 2017; Bates et al. 2015). Die abhängigen Variablen waren im ersten Modell die BDI- und im zweiten die QIDS-C-Scores der Patienten jeweils ein, zwei und drei Jahre nach Behandlungsbeginn (Zeitpunkte T4, T6, T8). Die Beobachtungszeitpunkte und die Behandlungsgruppe des Patienten (KVT, PAT, randomisiert, Präferenz) wurden als unabhängige (kategorische) Variablen aufgenommen. Um verschiedene Zeitverläufe in den vier Behandlungsgruppen einzuschätzen, wurden Interaktionsvariablen von Zeitpunkten und Behandlungsgruppen in das Modell aufgenommen. Zur Kontrolle der psychopharmakologischen Medikation zu Studienbeginn diente eine dreikategoriale unabhängige Variable, die angibt, ob ein Patient Antidepressiva eingenommen hat oder ob keine Informationen darüber verfügbar waren. Zusätzlich wurden ein linearer Effekt für den Mittelwert der Baseline jedes Patienten (BDI/QIDS-C-Score vor Behandlungsbeginn) und eine patientenspezifische normalverteilte Zufallsvariable in die Modelle aufgenommen, um die Schwere der Depression vor der Behandlung und die wiederholten Messungen jedes Patienten zu berücksichtigen. Die Auswirkungen von kategorialen unabhängigen Variablen wurden mit Hilfe der Effektkodierung eingeschätzt.

Um Unterschiede zwischen den Zeitpunkten, den Behandlungsgruppen und den Zeitverläufen in den Behandlungsgruppen zu testen, haben wir für jedes der beiden Modelle drei approximative F-Tests durchgeführt. Zur Ableitung der Freiheitsgrade der entsprechenden Teststatistiken haben wir den im R-Softwarepaket pbkrtest 22 implementierten Ansatz von Kenward-Rogers verwendet (Halekoh, Højsgaard & Kenward 2014). Um einen allgemeinen Trend bei den erwarteten Ergebnissen über die Zeit und die Gesamtunterschiede bei den erwarteten Ergebnissen der vier Behandlungsgruppen zu testen, wurde ein lineares gemischtes Modell mit der jeweiligen Kovariable (zusätzlich zum Basiswert, dem Zufallsabschnitt und der Medikamentenkovariable) angepasst und gegen das (verschachtelte) Basislinienmodell ohne die jeweilige Kovariable getestet. Um auf verschiedene Zeitverläufe in den Behandlungsgruppen zu testen, wurde das vollständige Modell (einschließlich der Interaktion von Zeitpunkt und Behandlungsgruppe) gegen das Modell getestet, das nur die Zeit- und Gruppeneffekte enthält (nested model).

In der Hauptanalyse wurden fehlende Daten als zufällig angenommen. Zusätzlich führten wir eine Sensitivitätsanalyse durch, indem wir die Analyse von Daten wiederholten, bei denen fehlende BDI/QIDS-C-Scores auf Basis des letzten verfügbaren Scores des jeweiligen Teilnehmers (»last value carried forward«) berechnet wurden.

Angesichts der durch die kleinen Stichprobenumfänge bedingten Einschränkungen für die Erkennung von Unterschieden zwischen den Behandlungen haben wir zusätzlich 95 %-Konfidenzintervalle der geschätzten Gruppenunterschiede ein und drei Jahre nach Behandlungsbeginn berechnet, um die Ergebnisse weiter zu veranschaulichen und die Unsicherheit bei der Schätzung zu quantifizieren.

4. Ergebnisse

4.1. Consort Diagramm und Übersicht über die Stichprobe zu Beginn der Studie

554 Patienten wurden in den vier Studienzentren interviewt. Davon konnten 252 in die Studie eingeschlossen werden, d.h. Patient und Therapeut vereinbarten, eine Therapie zu beginnen. Abb. 1 zeigt die Anzahl der eingeschlossenen Patienten, die Gründe, warum Patienten nicht an der Studie teilnehmen konnten, und ob BDI und/oder QIDS-C³ zum Zeitpunkt des Therapiebeginns (T0), nach einem (T4), zwei (T6) und drei Jahren (T8) für jeden der vier Therapiearme vorlagen.

Tab. 1 fasst die demographischen und klinischen Charakteristika aller Studienpatienten zusammen. Die Studie erfasste eine schwer kranke Population: In ihrer Selbsteinschätzung hatten die Patienten zu Beginn der Studie einen BDI-Wert von 32.1. Die Fremdeinschätzung war im QIDS-C 14.3. Damit wiesen 75 % der Patienten der LAC-Studie höhere Symptomwerte auf als Depressive in anderen Studien (Hautzinger, Keller & Kühner 2006; Rust, Trivedi & Ibrahim 2003). Die Mehrzahl der Patienten hatten lange krankheitsbedingte Abwesenheiten von der Arbeit während der letzten Jahre. Über 70 % hatten schon psychotherapeutische Erfahrungen, manche sogar vier oder noch mehr verschiedene Psychotherapien hinter sich. Mehr als ein Drittel der Patienten war in stationärer Psychotherapie gewesen. 36 % nahmen Antidepressiva. Nach DSM-IV erfüllten 58.3 % die Kriterien einer Major Depression (MDE), 12.3 % einer Dysthymie und 29.4 % einer Double Depression.

³ Falls einer der beiden Fragebögen vorhanden war, bedeutete dies, dass der Patient immer noch an der Studie teilnahm bzw. sich in Psychotherapie in der LAC-Studie befand.

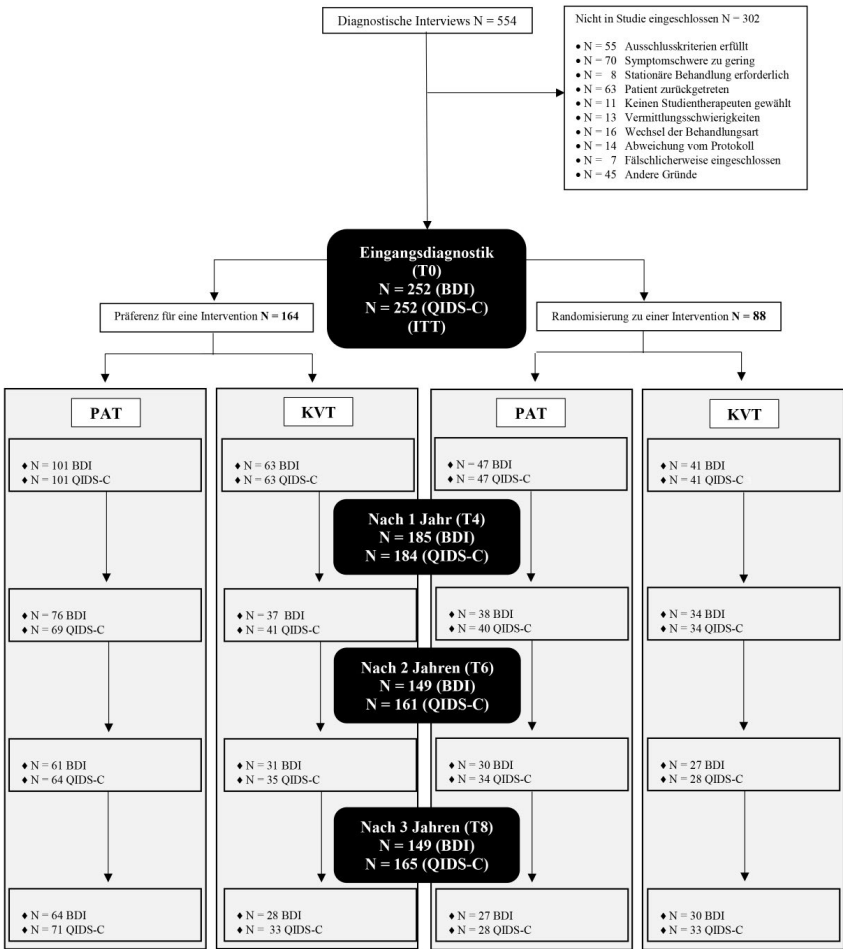


Abb. 1: Übersicht Studienteilnehmer und Gründe für Nichtteilnahme

Variable	Gesamt N = 252		Analysegruppe N = 221		Drop-Outs N = 31		T/Chi²	P
Alter	MW = 40,62		MW = 40,43		MW = 42,00		-0,768	.443
Gesamtwert BDI-II	MW = 32,12 SD = 7,97		MW = 31,84 SD = 7,78		MW = 34,09 SD = 9,12		-1,482	.140
Gesamtwert QIDS-C	MW = 14,28 SD = 3,05		MW = 14,23 SD = 3,04		MW = 14,261 SD = 3,13		-0,653	.514
	N	%	N	%	N	%	χ^2	
Geschlecht							0,140	.709
- Männer	82	32,5	71	32,1	11	35,5		
- Frauen	170	67,5	150	67,9	20	64,5		
Berufstätigkeit	241		212		29		2,544	.467
- voll- oder teilzeit- beschäftigt	168	66,67	148	66,97	20	64,52		
- keine Berufstätigkeit	30	11,90	28	12,67	2	6,45		
- in Schule/Ausbildung	12	4,76	11	4,98	1	3,23		
- arbeitslos	31	12,30	25	11,31	6	19,35		
Bildungsniveau	245		215		30		8,704	.013
- Haupt- & Realschule	75	29,76	62	24,60	13	41,94		
- (Fach-)Abitur	166	65,87	151	68,33	15	48,39		
- kein Schulabschluss/ Sonstiges	4	1,59	2	0,09	2	6,45		
Ehestatus	244		214		30		2,52	.882
- allein lebend	146	57,94	129	58,37	17	54,84		
- verheiratet	64	25,39	55	24,89	9	29,03		
- geschieden	34	13,49	30	13,57	4	12,90		
Arbeitsunfähigkeit (letzte 12 Monate)	237		208		29		4,913	.178
- keine	101	40,08	92	41,63	9	29,03		
- 1-4 Wochen	46	18,25	42	19	4	12,90		
- 5-12 Wochen	43	17,06	34	15,38	9	29,03		
- > 13 Wochen	47	18,65	40	18,09	7	22,58		
Diagnose							1,137	.566
- Double Depression	74	29,37	64	28,96	10	32,26		
- Dysthymia	31	12,30	29	13,12	2	6,45		
- (rezidivierende) depressive Episode	147	58,33	128	57,92	19	61,29		
Vorhergehende ambulante Therapien	243		213		30		14,147	.001
- keine	67	26,59	61	27,60	6	19,35		
- eine	63	25	62	28,05	1	3,23		
- zwei oder mehr	113	44,84	90	40,72	23	74,19		

Einnahme von Antidepressiva	228		203		25		4,804	.091
- ja	107	42,46	93	42,08	14	45,16		
- nein	121	48,02	110	49,77	11	35,48		

Tab. 1: Soziodemographische und klinische Daten der Studienteilnehmer: Analysegruppe (N = 221) vs. Drop-Outs (N = 31)

4.2. Hauptergebnisse

Tab. 2 zeigt wichtige Kennziffern und ihre Veränderungen zu den verschiedenen Behandlungszeitpunkten, getrennt für die vier Behandlungsarme.

In der Gesamtheit aller Patienten sank der durchschnittliche BDI-Wert nach einem Jahr um 12,1 Punkte und nach drei Jahren um 17,2 Punkte. Die entsprechenden (sehr hohen!) Effektgrößen lauten $d = 1,17$ (nach einem Jahr) und $d = 1,83$ (nach drei Jahren). Die volle Remissionsrate für BDI war 34 % (nach einem Jahr) und 4 % (nach drei Jahren). In der Gesamtheit aller Patienten sank der durchschnittliche QIDS-C-Wert nach einem Jahr um 6,4 und nach drei Jahren um 8,5 Punkte. Die entsprechenden (sehr hohen!) Effektgrößen lauten $d = 1,56$ (nach einem Jahr) und $d = 2,08$ nach drei Jahren). Die volle Remissionsrate für QIDS-C war 39 % (nach einem Jahr) und 61 % (nach drei Jahren).

BDI		Pref KVT	Pref PAT	Rand KVT	Rand PAT	Gesamt
Beginn (T0)	Gesamtwert [MW (SD)]	32,0 (7,8)	31,2 (7,8)	32,6 (7,0)	33,9 (9,2)	32,1 (8,0)
	N	63	101	41	47	252
1. Jahr (T4)	Diff [MW (SD)]	14,4 (12,1)	10,7 (11,1)	12,6 (13,3)	12,0 (12,7)	12,1 (12,0)
	Cohen's d	1,58	1,09	1,20	1,00	1,17
	Remission	38%	28%	47%	32%	34%
	N	37	76	34	38	185
2. Jahr (T6)	Diff [MW (SD)]	15,2 (9,7)	13,9 (12,7)	11,9 (12,2)	15,2 (12,7)	14,1 (12,0)
	Cohen's d	1,77	1,38	1,03	1,39	1,38
	Remission	45%	38%	33%	33%	38%
	N	31	61	27	30	149

3. Jahr (T8)	Diff [MW (SD)]	17,2 (10,7)	15,8 (10,9)	17,5 (12,4)	20,1 (11,9)	17,2 (11,4)
	Cohen's d	2,43	1,62	1,85	1,89	1,83
	Remission	43%	44%	50%	44%	45%
	N	28	64	30	27	149
QIDS-C		Pref KVT	Pref PAT	Rand KVT	Rand PAT	Gesamt
Beginn (T0)	Score [MW (SD)]	14,1 (3,0)	14,3 (3,0)	13,3 (2,6)	15,2 (3,4)	14,3 (3,1)
	N	63	101	41	47	252
1. Jahr (T4)	Diff [MW (SD)]	7,1 (4,0)	5,7 (4,4)	6,6 (4,8)	6,8 (4,9)	6,4 (4,5)
	Cohen's d	1,90	1,46	1,92	1,39	1,56
	Remission	54%	33%	41%	33%	39%
	N	41	69	34	40	184
2. Jahr (T6)	Diff [MW (SD)]	7,8 (4,5)	8,0 (4,4)	6,9 (5,9)	8,6 (4,9)	7,9 (4,8)
	Cohen's d	2,12	2,45	1,62	1,94	2,07
	Remission	57%	44%	46%	44%	47%
	N	35	64	28	34	161
3. Jahr (T8)	Diff [MW (SD)]	7,0 (5,5)	8,0 (5,1)	9,7 (3,7)	10,4 (5,9)	8,5 (5,2)
	Cohen's d	1,69	1,85	3,43	2,38	2,08
	Remission	52%	55%	79%	68%	61%
	N	33	71	33	28	165

Gezeigt werden die durchschnittlichen Ausgangswerte und Standardabweichungen, ferner die durchschnittlichen Veränderungen und ihre Standardabweichungen nach 1, 2 und 3 Jahren sowie die entsprechenden Effektstärken (Cohen's d) und volle Remissionsraten (d = durchschnittliche Veränderung dividiert durch die Wurzel aus der gepoolten Varianz; volle Remission liegt vor, wenn der BDI-Score den Wert 12 bzw. der QIDS-C Score den Wert 5 nicht mehr übersteigt). Mit N ist die Anzahl der Patienten ausgewiesen, bei denen der betreffende BDI- bzw. QIDS-C Wert vorliegt (Pref = Präferenzarm; Rand = Randomisierungsarm).

Tab. 2: Veränderungen der Selbsteinschätzung (BDI) und der Fremdbeurteilung der Depression (QIDS-C) im Laufe der Studie (modifiziert nach Leuzinger-Bohleber 2018a)

a) BDI-II	Esti- mate	Std. Error	t value	b) QIDS-C	Esti- mate	Std. Error	t value
Intercept	16,72	1,01	16,63	Intercept	6,81	0,39	17,68
Baseline Wert	0,52	0,09	5,74	Baseline Wert	0,50	0,09	5,33
1 Jahr (T4)	2,42	0,50	4,86	1 Jahr (T4)	1,07	0,22	4,92
2 Jahre (T6)	0,06	0,53	0,12	2 Jahre (T6)	-0,12	0,22	-0,53
3 Jahre (T8)	-2,48	0,53	-4,70	3 Jahre (T8)	-0,95	0,22	-4,24
Pref KVT	-0,68	1,29	-0,53	Pref KVT	0,19	0,49	0,38
Pref PAT	1,54	1,06	1,45	Pref PAT	0,56	0,42	1,34
Rand KVT	-0,27	1,38	-0,20	Rand KVT	-0,43	0,54	-0,79
Rand PAT	-0,58	1,32	-0,44	Rand PAT	-0,32	0,53	-0,60
No Med. T0	-1,14	1,14	-1,00	No Med. T0	-0,91	0,44	-2,09
Med. T0	2,78	1,15	2,41	Med. T0	0,37	0,45	0,82
Missing Med. T0	-1,64	1,77	-0,93	missing Med. T0	0,54	0,67	0,80
Pref KVT T4	-1,14	0,91	-1,26	Pref KVT T4	-1,17	0,39	-2,97
Pref PAT T4	0,46	0,71	0,65	Pref PAT T4	0,37	0,32	1,17
Rand KVT T4	-0,18	0,90	-0,20	Rand KVT T4	0,04	0,40	0,09
Rand PAT T4	0,86	0,91	0,94	Rand PAT T4	0,76	0,39	1,95
Pref KVT T6	-0,84	0,96	-0,88	Pref KVT T6	-0,34	0,39	-0,86
Pref PAT T6	-0,36	0,76	-0,48	Pref PAT T6	-0,52	0,32	-1,59
Rand KVT T6	1,02	0,96	1,06	Rand KVT T6	1,02	0,42	2,45
Rand PAT T6	0,19	0,95	0,20	Rand PAT T6	-0,16	0,40	-0,41
Pref KVT T8	1,98	0,97	2,04	Pref KVT T8	1,51	0,41	3,71
Pref PAT T8	-0,10	0,76	-0,13	Pref PAT T8	0,14	0,32	0,45
Rand KVT T8	-0,84	0,93	-0,89	Rand KVT T8	-1,06	0,40	-2,63
Rand PAT T8	-1,05	0,98	-1,07	Rand PAT T8	-0,59	0,42	-1,42

- ◀ Gezeigt werden die geschätzten Koeffizienten der beiden additiven gemischten Modelle für die BDI- bzw. QIDS-C-Werte als abhängige Variable, die t-Werte und F-Werte und die P-Values (Signifikanz ja/nein) der F-Tests (volles Modell gegen nested Modell). Die beiden Modelle enthalten als unabhängige Variablen den Wert zu Behandlungsbeginn, die Zeit (Messzeitpunkte), die Behandlungsgruppe (vier Arme), die Medikation und die Interaktion zwischen Zeit und Gruppe. Es wurde eine Effektkodierung vorgenommen, so dass die Koeffizienten die (durchschnittlichen) Unterschiede der jeweiligen Behandlungsgruppe zum jeweiligen Zeitpunkt gegenüber einer Baseline darstellen (Baseline = erwarteter Verlauf, falls keine Unterschiede vorliegen würden, der Behandlungsverlauf also nur vom Wert zu Behandlungsbeginn abhängen würde; Pref = Präferenzarm; Rand = Randomisierungsarm).

Tab. 3: Geschätzte Koeffizienten des linearen gemischten Modelles bzgl. der primären Endpunkte BDI-II und QIDS-C

Die BDI-Werte gingen im Behandlungsverlauf hochsignifikant zurück ($p \leq 0.001$). Wir fanden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Behandlungsgruppen, weder total noch im zeitlichen Verlauf, ebenso keine signifikante Wechselwirkung zwischen Zeitpunkt und Behandlungsgruppe. Die Medikation wurde als Kovariate kontrolliert.

Ähnlich lauten die Ergebnisse für die QIDS-C-Werte. Auch hier gingen die Werte im Behandlungsverlauf hochsignifikant zurück (P-Value < 0.001), während zwischen den vier Behandlungsgruppen keine signifikanten Unterschiede vorlagen, weder total noch im zeitlichen Verlauf. Nur bezüglich der Interaktion zwischen Zeitpunkt und Behandlungsgruppe gab es eine signifikante Wechselwirkung (P-Value < 0.01). Es wurde jedoch ein signifikanter Effekt hinsichtlich der Interaktion zwischen Zeitpunkten und Behandlungsgruppen festgestellt (P-Value < 0.01). Die Medikation wurde wieder als Kovariable kontrolliert.

Diese Ergebnisse werden durch Abb. 2 veranschaulicht, die den Verlauf der Veränderungen in den vier Behandlungsgruppen anhand von Erwartungswerten und 95 %-Konfidenzintervallen darstellt. Gegenüber den mittleren Ausgangswerten (gepunktete Linie ganz oben in Abb. 2) gab es starke Rückgänge der erwarteten BDI- und QIDS-C-Werte auf T4, die weiter nach T8 zurückgingen. Wie die Abbildung zeigt, war die Interaktion zwischen der Behandlungsgruppe und der Zeit von QIDS-C auf eine Zunahme der Symptome im Präferenz-KVT-Arm und eine weitere Abnahme der Symptome im randomisierten KVT-Arm bei T8 zurückzuführen. Dies entspricht der Differenz der berechneten Effektgrößen für KVT-Präferenz ($d = 1,69$) und KVT-Randomisierung ($d = 3,43$) bei T8 (siehe Tab. 2).

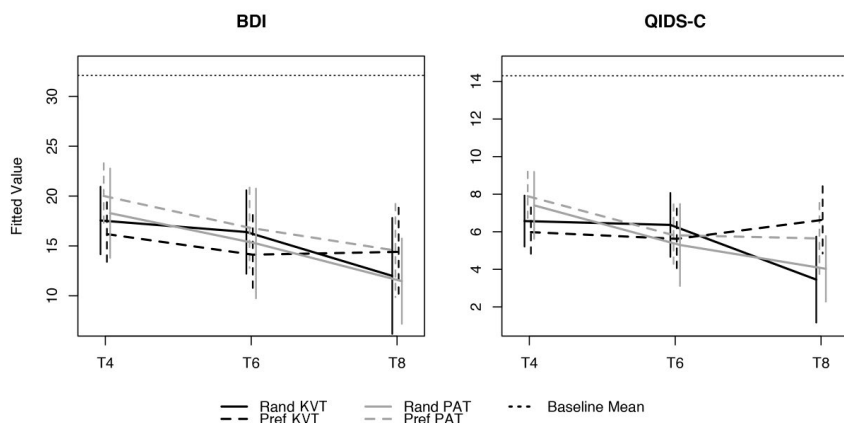


Abb. 2: Veränderungen im Behandlungsverlauf in den vier Behandlungsgruppen

95 %-Konfidenzintervalle der Veränderungswerte zwischen den Behandlungsgruppen zu den Zeitpunkten T4 und T8 sind im Anhang der englischen Publikation dargestellt (Leuzinger-Bohleber et al. 2018a, Tab. 1 und 2). Die Sensitivitätsanalysen zeigten ähnliche Ergebnisse wie die Hauptanalyse. Basierend auf den linearen gemischten Modellen (Tab. 3) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen. Der Interaktionseffekt von Behandlungsgruppen und Zeitpunkten war für die Modelle, die durch Daten mit dem letzten übertragenen Wert geschätzt wurden, nicht signifikant.

4.3. *Behandlungsintensität*

PAT und KVT unterscheiden sich – in Übereinstimmung mit ihren unterschiedlichen Konzeptualisierungen der Behandlung chronisch Depressiver – bezüglich der Intensität und Dauer der Psychotherapien. Im Studienprotokoll hatten wir versucht, die Dosis der Behandlungen im ersten Jahr vergleichbar zu halten: PAT sollte nicht mehr als 80 Sitzungen, KVT nicht weniger als 60 Sitzungen anbieten (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. 2010, S. 801 ff.). Die Ergebnisse zeigen, dass sich die KVT-Therapeuten nicht an diesen Teil unseres Protokolls gehalten hatten, sondern ihrer üblichen Praxis folgten, weniger Sitzungen anzubieten. Patienten in KVT erhielten im ersten Behandlungsjahr durchschnittlich 32,5 Sitzungen (SD 9.0). Dagegen berücksichtigten die Psychoanalytiker das Studienprotokoll: Die PAT-Patienten erhielten 80.4 Sitzungen (SD 27.8). Über die drei Jahre hinweg dauerten die PAT durchschnittlich 234 Sitzungen, während

die KVT durchschnittlich 57 Sitzungen in Anspruch genommen hatten. Die PAT-Patienten waren insgesamt durchschnittlich 36 Monate in Behandlung, die KVT-Patienten 15 Monate.

Wegen dieser teilweisen Nichteinhaltung des Studienprotokolls kann die LAC-Studie kaum Aussagen über das Verhältnis von Dosis und Therapieerfolg machen. Wichtig werden daher die Ergebnisse zu den sekundären Erfolgskriterien sein, da gezeigt werden muss, ob sich der Mehraufwand der PAT verglichen mit KVT lohnt, weil sie außer den symptomatischen Veränderungen noch zu weiteren Transformationen führen. Zudem werden die Daten nach Abschluss der Behandlungen und nach einem Katamnesezeitraum von mindestens einem Jahr zeigen, ob PAT zu mehr Nachhaltigkeit bezüglich der erzielten Symptomverbesserung und weniger Rückfällen bei diesen chronisch kranken Patienten führt.

Zudem stellt sich die Frage nach den Kosten. Werden nur die direkten Kosten für die Psychotherapien betrachtet, werden die Kosten für die KVT geringer ausfallen. Doch müssen auch die indirekten Kosten (Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche, Arbeitsfehltag etc.) mit einbezogen werden. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass u. U. die psychoanalytischen Verfahren sogar langfristig kostengünstiger ausfallen, wenn nämlich die indirekten Gesundheitskosten einbezogen werden (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber et al. 2015; Laezer et al. 2016).

4.4. *Zwei kurze Fallskizzen zur Illustration der Ergebnisse*

Zusammenfassung einer Psychoanalyse (M. Leuzinger-Bohleber⁴)

Der 52-jährige Herr W. wollte sich frühberenten lassen, weil er sich nach dem letzten depressiven Zusammenbruch völlig außerstande fühlte zu arbeiten. Herr W. litt seit 25 Jahren an schweren Depressionen mit massivsten Schlafstörungen, suizidalen Gedanken, Panikattacken, unerträglichen Ganzkörperschmerzen, Essstörungen und einer ausgeprägten Neurodermitis. Er hatte schon verschiedenste ambulante und stationäre Therapieversuche hinter sich. »Manche brachten zwar eine temporäre Erleichterung, doch keine wirkliche Heilung ...«

Auslöser des ersten depressiven Zusammenbruchs war eine Trennung von seiner Freundin, als er 20 war, obschon die Trennung von ihm ausging. Er reagierte mit Schlafstörungen, Durchfällen, konnte nicht mehr arbeiten und

⁴ Ich habe bei dieser kurzen Zusammenfassung eine Behandlung aus der LAC-Studie ausgewählt, die in anderen Publikationen ausführlich dargestellt und unter verschiedenen behandlungstechnischen Fragestellungen diskutiert wurde (Leuzinger-Bohleber 2010, 2015).

fühlte sich depressiv gelähmt. – Bei der zweiten Trennung von einer Partnerin, sieben Jahre später, kamen ein Hyperventilationsanfall und eine Panikattacke dazu: »Seither fühlte ich mich nie mehr als Herr in meinem eigenen Körper ...« Jede folgende Trennung in den nächsten beiden Jahrzehnten verschlimmerte die Depression, bis er, nach dem letzten Zusammenbruch vor drei Jahren, in einen absolut unerträglichen Zustand geriet und sich unfähig fühlte, weiter zu arbeiten und für seine Frau und seine 1½-jährige Tochter zu sorgen.

In der Psychoanalyse stellte sich heraus, dass er als Vierjähriger eine traumatische Trennung durch einen vierwöchigen Aufenthalt in einem Kinderheim erlebt hatte, das, Ende der 1950er Jahre, noch sehr durch den Geist nationalsozialistischer Erziehung geprägt schien. Den Eltern wurde verboten, das Kind zu besuchen oder mit ihm zu telefonieren. Es existierten keine kontinuierlichen, empathischen Bezugspersonen für die Kinder, sondern ein drakonisches Straf- und Erziehungssystem. Eine der ersten Erinnerungen von Herrn W., vielleicht eine Deckerinnerung, ist, dass ein Mädchen gezwungen wurde, sein Erbrochenes aufzuessen. Er selbst wurde schließlich von seiner Tante, die sich den Zugang zum Heim buchstäblich erzwang, in einem körperlich und seelisch existenziell bedrohlichen Zustand in einem Isolierzimmer gefunden: In der Psychoanalyse stellt sich heraus, dass die unerträglichen Ganzkörperschmerzen vor allem »embodied memories« der lebensbedrohlichen Lungenentzündung während dieser Zeit darstellen.

Nach dem Heimaufenthalt war W. in auffallender Weise verändert: ein ängstliches, schüchternes, sozial isoliertes »braves« Kind. Für die Verarbeitung der Traumatisierung entscheidend war, dass die Eltern, vermutlich bedingt durch die eigene Persönlichkeitsstruktur (beide ängstliche, zurückgezogene Persönlichkeiten, schwer traumatisierte Kriegskinder, die an chronischen psychosomatischen Symptomen litten), nicht in der Lage waren, ihren Sohn bei der Verarbeitung der Traumatisierung zu unterstützen. Daher wurde die traumatische Erfahrung psychisch eingekapselt und überflutete, völlig unerwartet und in ungebrochener Heftigkeit, Jahre später im Zusammenhang mit Trennungserlebnissen das Selbst des Patienten. Panik, psychosomatische Symptome und eine chronifizierende Depression gehörten zu ihren Folgen.

All diese Zusammenhänge waren Herrn W. zu Beginn der Behandlung nicht bewusst, sondern wurden erst in der intensiven psychoanalytischen Arbeit deutlich. Träume und vor allem die Beobachtungen in der Übertragungsbeziehung spielten bei diesem sukzessiven Erkenntnisprozess eine entscheidende Rolle. Dazu lediglich ein Beispiel: Wie in einer anderen Publikation (Leuzinger-Bohleber 2015) ausführlich dargestellt, kam es zu einem Turning point in der Behandlung, als die Trennungstraumatisierung direkt in der Übertragung wiederholt und daher detailliert verstanden und durchgearbeitet werden konnte: Kurz vor der Weihnachtspause im dritten Jahr der Behandlung unterzog sich Herr W. einer – aus medizinischer Sicht – höchst problematischen Operation, ohne mit der Analytikerin darüber gesprochen zu haben. Es

folgte eine physische und psychische Katastrophe: Herr X. litt unter unerträglichen Kopf- und Ganzkörperschmerzen, die auch mit Medikamenten nicht zu lindern waren. Fast zwei Monate lang konnte er nicht arbeiten und sagte alle Analysestunden ohne Erklärung ab. Schließlich entschloss sich die Analytikerin, ihn anzurufen, und erfuhr vom desolaten Zustand des Patienten. Sukzessive gelang es, zu verstehen, dass Herr W. mit der, vermutlich unnötigen, Operation, sein Kindheitstrauma wiederholt hatte und unbewusst die Analytikerin »testete«, ob sie ihn – wie damals seine Eltern – ohne Empathie und Verständnis seinen Gefühlen unerträglicher Ohnmachts- und Hilflosigkeit aussetzen würde. Als in den Telefongesprächen diese Zusammenhänge erkannt werden konnten, linderten sich die physischen und psychischen Symptome. Herr W. fand aus seinem akut suizidalen Zustand heraus. Erst durch dieses Enactment wurde für Herrn W. verständlich, dass seine depressiven Zustände wirklich wesentlich durch die traumatische Trennungserfahrung determiniert waren, ein Zusammenhang, der ihm kognitiv bis dahin »lächerlich« und »übertrieben« vorkam. Immer und immer wieder beobachtete er in den folgenden Monaten seine emotionalen und psychosomatischen Reaktionen auf Trennungen und die damit verbundenen Wahrnehmungen seines Gegenübers – bis sich allmählich insofern eine strukturelle Veränderung vollzog, als er in seinen Träumen, seinen Phantasien, aber auch in der Realität seine »self-agency« zurückgewann und sukzessive Panik, Ohnmacht und Verzweiflung in seinen Liebesbeziehungen aktiv handhaben konnte. Parallel dazu milderten sich allmählich seine depressiven Symptome.

*Fallbericht einer verhaltenstherapeutischen Langzeitbehandlung
(M. Hautzinger)*

Die 61-jährige Frau zeigt sich mal starr, versteinert, dann ärgerlich, dann wieder weinend und elend. Sie befindet sich wegen Depressionen seit über vier Jahren in psychiatrischer Behandlung. Nimmt gegenwärtig zwei Antidepressiva, nachdem sie bereits drei andere Produkte zuvor erfolglos eingenommen hat. Nach ihrer Auskunft haben all die Medikamente nur bewirkt, dass sie zehn Kilo zugenommen hat und etwas besser schlafe. Dies wird vom Psychiater bestätigt. Die aktuelle Depression habe begonnen, als sie entdecken musste, dass ihr Ehemann (64 J.) ein Verhältnis hat, und das ausgerechnet mit einer früheren Berufskollegin, die sie noch nie ausstehen konnte. Die Patientin hat in der Anamnese mehrere depressive Episoden erlebt und zwei Suizidversuche unternommen, jedes Mal ausgelöst bzw. in Zusammenhang mit Ehekonflikten und heftigen Missverständnissen (Streit) zwischen den Eheleuten. Die Ehe besteht seit 35 Jahren, nachdem beide zuvor schon (kurzzeitig) verheiratet gewesen waren. In der Ehe kam es bereits früher von beiden Seiten zu außerehelichen Verhältnissen.

Die Patientin entstammt einer Familie mit Gewalt. Der Vater hatte Alkoholprobleme, war dann unberechenbar und aggressiv, schlug die Kinder

(beide Töchter) und die Ehefrau (Mutter der Patientin). Ähnliche Erfahrungen machte die Patientin während der Ausbildung (zur Physiotherapeutin) und dann in der ersten Ehe. Sie wurde wiederholt vom Vorgesetzten sexuell belästigt und vom Ehemann misshandelt. Ihren heutigen Ehemann lernte sie während einer Weiterbildung kennen. Er war anders und sie halfen sich gegenseitig, aus ihren unglücklichen Ehen herauszukommen.

Beide sind Fußballbegeisterte und waren selbst aktive Spieler. Im Kreis der Freizeit-Sportgruppe kam es oft und regelmäßig zu Alkoholexzessen. Dabei kam es mitunter zu Affären und auch zu »Verletzungen« und Rohheiten (zwischen den Eheleuten).

Das Ehepaar hat zwei erwachsene Kinder und drei Enkelkinder. Den Ehemann beschreibt die Patientin zwar als einen »guten« Mann, der jedoch nicht begreife, was in ihr (emotional und gedanklich) alles vor sich geht. Er sei leichtlebig, schnell von Frauen zu begeistern, begreife nicht, wie sie empfindet.

In den letzten Jahren (etwa seit 10 J.) sei ihr Leben ruhiger geworden. Sie sind zwar noch sportbegeistert, doch längst nicht mehr aktiv und auch nicht mehr mit den früheren Sportgruppen zusammen. Die Patientin erlebte diese Phase als angenehm und kam zu der Überzeugung, nun sei die »wilde« Zeit vorbei.

Die letzte (kurze) Affäre des Ehemannes liegt 5 Jahre zurück. Die Patientin war davon völlig überrascht. Allen ihren Überzeugungen und Hoffnungen für die Zukunft und das »Alter« wurde damit der »Boden entzogen«. Nun ist klar, dass auf ihn absolut kein Verlass ist. Sie hat sich völlig zurückgezogen, verlässt das Haus nahezu nicht mehr, pflegt nur noch zu ihrer Schwester, ebenfalls depressiv, Kontakt.

Der Ehemann versucht seit Jahren alles, um es ihr recht zu machen, zeigt sich reumütig, ist voller Schuldgefühle und sehr besorgt. Für die Patientin ist klar, dass es nie wieder gut werden kann. Sie ist mal wieder das »Opfer«, wie schon immer. Er habe immer sein Vergnügen gesucht, nie Rücksicht genommen. Sie habe nur einmal eine Affäre gehabt, weil er so gemein gewesen sei und nur um es ihm heimzuzahlen. Gleichzeitig will sie von ihm jedes Detail der Affäre wissen. Sie ist gedanklich nur noch mit dieser »Schande« befasst, jegliche Interaktion zwischen den Eheleuten dreht sich um das Fehlverhalten des Mannes. Dabei hat der Ehemann keine Chance: Sie ist wortgewaltig, nachtragend und von ihrer Sicht der Dinge überzeugt. Die Patientin ist schwer depressiv, verzweifelt, doch mit deutlich gereizter und auch aggressiver Stimmung. Sie ist latent suizidal.

Nach mehreren Sitzungen (z. T. unter Einbezug des Ehemanns) lassen sich folgende *Problembereiche* eingrenzen: Rückzug, Isolation, Inaktiv (Kontakte, Arbeit, Gemeinde); Interaktions-, Kommunikationsdefizite; dysfunktionaler Umgang mit Verletzungen; Selbstabwertung, Pessimismus, Perspektivlosigkeit; Opferhaltung, Erleben von Nichtkontrolle; absolutistisches, verallgemeinerndes, rigides Denken; Abhängigkeit (von Ehemann, Schwester, jungem Enkel); egozentrische Sichtweise, kein Einfühlungsvermögen;

einseitige Erfahrungsverarbeitung; Grübeln; mangelnde Emotionsregulation; Lebensüberdruß und Hoffnungslosigkeit. Orientierung dabei war das *Therapiemodell* (siehe Abb. 3).

Verschiedenste *Therapieelemente* kamen während den 53 Therapiesitzungen über 62 Wochen zum Einsatz (siehe auch Abb. 4): Aktivierung, Alltagsstrukturierung; Kompetenz- und Kommunikationstraining (Interaktion, Einbezug des Partners); Lebensgeschichte bearbeiten, Misshandlungen, Verletzungen bearbeiten; Zusammenhänge mit heute erkennen (Erklärungsmodell); Stärken und Ressourcen (beruflich, familiär) herausarbeiten; kognitive Interventionen, flexibel-differenziertes Denken erlernen; Kontrollerfahrungen durch Situationsanalysen und Handlungsabläufe; Erarbeitung und Training von alternativem Verhalten; soziale Kontakte steigern, unabhängig vom Ehemann; Training von interpersoneller Wahrnehmung, Empathiefähigkeit; Selbstfürsorge und Achtsamkeit; Akzeptanz.

Die *Besserung* der Symptomatik und die allmähliche Veränderung von Vermeidung, der Wahrnehmung, des Umgangs miteinander, der selbstbezogenen Sichtweisen, des Verhaltens, gelingen nur zäh und langsam. Erst nach fast einem Jahr regelmäßiger Arbeit reduziert sich die depressive Symptomatik allmählich, ohne dass zum Therapieende eine völlige Remission (BDI < 10) erreicht wurde.

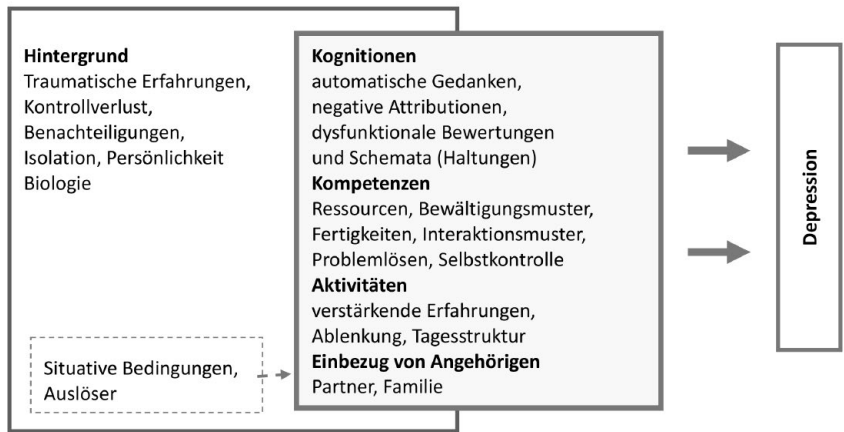


Abb. 3: Therapiemodell

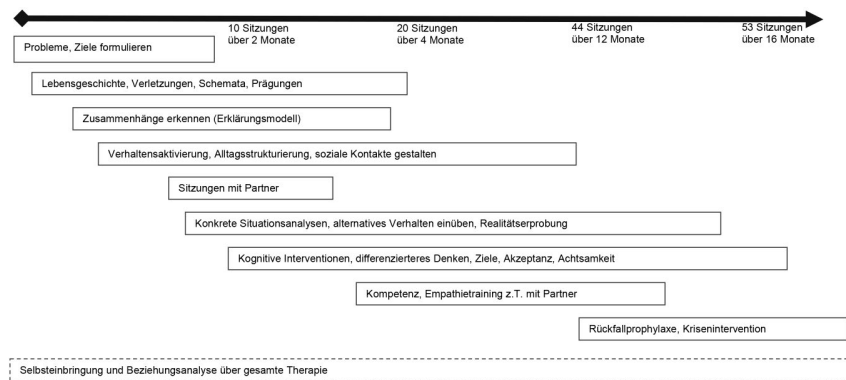


Abb. 4: Therapieelemente

5. Zusammenfassende Diskussion

Soweit wir wissen, ist dies die erste kontrollierte Psychotherapiestudie, die psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische *Langzeit*-psychotherapien bei chronisch Depressiven mit randomisierter und präferierter Zuweisung miteinander vergleicht. 554 chronisch depressive Patienten wurden in den vier Behandlungszentren interviewt. Die strengen Einschlusskriterien und praktische Gründe (z.B. nicht rechtzeitige Vermittlung geeigneter Studententherapeuten, Wegzug der Patienten etc.) führten dazu, dass davon nur 252 in die Studie aufgenommen werden konnten. Waren sie einmal in den Therapien angekommen, war die Abbrecherquote für diese therapeutisch schwer zu behandelnde Gruppe von Patienten erstaunlich gering. Diese Zahlen weisen darauf hin, welch ein enormer Aufwand eine solche vergleichende Psychotherapiestudie bedeutet, auch um diese schwer zu therapierenden chronisch kranken Patienten zu rekrutieren und über drei Jahre hinweg in der Studie zu halten.

Wie erwartet, erwiesen sich beide Psychotherapieverfahren als erfolgreich. In den Selbsteinschätzungen der Patienten zeigten sich große und stabile Veränderungen. Schon nach einem Jahr nahm der BDI-Wert von 32,1 Punkten um 12,1 Punkte ab, nach drei Jahren sogar um 17,2 Punkte. Die Effektstärken waren hoch: $d = 1.17$ nach einem Jahr und $d = 1.83$ nach drei Jahren. Die vollständige Remissionsrate lag nach einem Jahr bei 34 % und stieg auf 45 % nach drei Jahren. Analoge Ergebnisse zeigten sich in den Einschätzungen der unabhängigen, bezogen auf die Therapieverfahren verblindeten Rater: Die QIDS-C-Werte sanken im ersten Jahr von

14,1 auf 7,1 und weiter auf 7,0 drei Jahre nach Beginn der Behandlung. Die Effektstärken waren ebenfalls hoch: sie stiegen von $d = 1.56$ nach einem Jahr auf $d = 2.08$ drei Jahre nach Behandlungsbeginn. Entgegen unseren Hypothesen fanden wir aber keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Verfahren und auch keine Effektunterschiede zwischen randomisierter Therapiezuweisung bzw. Behandlung mit der präferierten Psychotherapie.

Zudem war die KVT nach einem Jahr nicht effizienter bezüglich dieser Symptomreduktion: auch die PAT führte bereits nach einem Jahr zu einer statistisch signifikanten Symptomreduktion, die sich statistisch nicht von jener der KVT unterschied. Allerdings war die PAT längerfristig, nach drei Jahren, entgegen unserer Hypothese in der Besserungsrate und der Symptomreduktion der KVT nicht überlegen.

Besser als in anderen Studien sind die erzielten Remissionsraten: 39 % der Patienten zeigten schon nach einem Jahr eine volle Remission, drei Jahre nach Behandlungsbeginn waren es 61 % (vgl. dazu Fonagy et al. 2015). Chronisch depressive Patienten profitieren daher von Langzeitpsychotherapien.

Eine anhaltende Verbesserung der depressiven Symptomatik hat eine große Bedeutung für diese Patienten. Für die Familien schwer depressiv Erkrankter ist vor allem die Verhinderung von Rückfällen und die Abnahme der Schwere der Depression wichtig, weil dadurch die Wahrscheinlichkeit verringert wird, dass die Depression auf die nächste Generation weitergegeben wird (Andrews 2008; Bleichmar 2010; Fonagy et al. 2015; Leuzinger-Bohleber 2015; Negele, Kaufhold & Leuzinger-Bohleber 2016).

Entgegen unserer Hypothese führten die Behandlungen, die von den Patienten gewählt worden waren, nicht zu statistisch besseren Ergebnissen als die Behandlung aufgrund zufälliger Zuweisung. Dies mag mit der enormen Schwierigkeit zu tun haben, die Patienten in der LAC-Studie zu motivieren, sich randomisieren zu lassen. Nur mit großem Engagement gelang es der Forschergruppe, rund 80 Patienten für die beiden Therapieangebote zu gewinnen. Diese geringe Stichprobengröße (wir wollten/sollten eigentlich 60 pro Therapiearm einschließen) mag zu einem statistischen Artefakt geführt haben, sodass mögliche Unterschiede unentdeckt geblieben sein könnten.

Eine Stärke der LAC-Studie ist, dass sie die existierende Praxis der Behandlung von chronisch Depressiven mit Langzeitpsychotherapien in unserem Versorgungssystem gut abbildet und damit über hohe externe Validität verfügt. Die Therapien wurden von erfahrenen, approbierten

Psychotherapeuten durchgeführt und nach Begutachtung des Therapieantrags von den Krankenkassen finanziert.

In diesem Beitrag haben wir lediglich die Veränderungen der depressiven Symptomatik und die unterschiedliche Dauer der Behandlungen diskutiert. In weiteren Arbeiten werden Mediatoren- und Moderatorenvariablen untersucht, um beschreiben zu können, welche therapeutischen Faktoren in welchem der beiden Verfahren zu welchen Effekten geführt haben. Klinisch besonders relevant ist die Frage, ob es bestimmte Patienten gibt, die von einem der beiden Verfahren mehr profitieren als vom anderen (vgl. u. a. Milton 2001; Leuzinger-Bohleber 2015; Lane et al. 2015). Zudem erhoffen wir uns Antworten auf die Frage, ob bzw. welche Kombination mit Medikamenten für welche Patienten sinnvoll erscheint (vgl. Schiele, Kallenbach & Reinhard 2019). Zur Beantwortung solcher Fragen werden zudem die Daten der sekundären Ergebnismaße (secondary outcome measures) zur sozialen Adaptationsfähigkeit, zur Qualität sozialer Beziehungen, zu Persönlichkeitseigenschaften etc. herangezogen (vgl. dazu Beutel et al. 2012).

Weiter sind gesundheitsökonomische Analysen der Daten der LAC-Studie notwendig. Unbestritten sind die direkten Kosten für die Psychotherapien bei der KVT geringer, denn die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen war wesentlich geringer (57) als in der PAT (234 Sitzungen). Doch zeigen verschiedene Studien, dass sich das Bild entscheidend verändert, sobald indirekte Gesundheitskosten einbezogen werden (vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber et al. 2015; Laezer et al. 2016).

Weitere Publikationen werden sich mit behandlungstechnischen und klinisch relevanten Fragestellungen beschäftigen. Wie in einer anderen Veröffentlichung diskutiert (Negele, Kaufhold & Leuzinger-Bohleber 2016), war eines der unerwarteten Ergebnisse der LAC-Studie, dass über 80 % der Patienten der Studie unter schweren kumulativen Kindheitstraumatisierungen, besonders unter gravierenden emotionalen Frühverwahrlosungen gelitten hatten. Die chronische Depression scheint eine der Langzeitfolgen solcher Traumatisierungen zu sein. Aus einer psychoanalytischen Perspektive leiden daher manche der chronisch Depressiven unter pathologischen Selbst- und Objektrepräsentanzen im Zusammenhang mit Erfahrungen von unerträglichen Gefühlen (Hilflosigkeit, Ohnmacht, Panik und Todesangst) und Körperempfindungen (extreme Schmerzzustände) in der traumatischen Situation, die zu einem Zusammenbrechen eines Urvertrauens in ein helfendes Objekt, ein aktives Selbst sowie der Fähigkeit zu mentalisieren und zu reflektieren führen. Solche pathologischen inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen sind therapeutisch

schwer zugänglich (vgl. dazu u. a. Bleichmar 2010; Taylor 2010; Fonagy et al. 2015). Dies mag einer der Gründe sein, warum solche psychischen Transformationen im Sinne von »strukturellen Veränderungen« lange Zeit brauchen (vgl. dazu Kaufhold et al. 2019, in diesem Heft) und sich oft erst nach Beendigung der Therapien zeigen.

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht müssen wir verstehen, wie tief verwurzelte unangepasste Verhaltensmuster durch weniger intensive Interventionen beeinflusst werden. Der Mechanismus der Veränderung sollte sich zwischen KVT und PAT unterscheiden. Nachhaltige Veränderungen können durch stärker konfrontative, aktivere und gezieltere Interventionen erreicht werden. Dies sollte es ermöglichen, der Beantwortung solcher Fragen einen Schritt näherzukommen.

Wie jede Studie hat auch die LAC-Studie ihre Grenzen. Die erste ist, dass die Studie über zu wenig statistische Power verfügt, um einige der zentralen Hypothesen beantworten zu können. Aufgrund anderer Studien sind wir von Effektstärken von 0.5 ausgegangen. Besonders bezogen auf den Randomisierungsarm hätten wir eine größere Anzahl Patienten einschließen müssen. Bedingt durch die erwähnten großen Schwierigkeiten bei der Rekrutierung hatten wir nur je 40 Patienten im Randomisierungsarm. Dass wir keine statistischen Unterschiede zwischen den Verfahren und zwischen den randomisierten und präferierten Behandlungen gefunden haben, mag mit dieser mangelnden statistischen Power in Zusammenhang stehen,

Zweitens führte die Komplexität des Designs und die Rekrutierung dieser schwer zu behandelnden Patienten dazu, dass Daten bei den einzelnen Messzeitpunkten fehlen. Allerdings sind wir durch die anspruchsvollen Auswertungsmethoden mit gemischten linearen Modellen und Imputation der Daten kreativ mit diesem Problem umgegangen. Ein eventueller Einfluss dieser Imputation auf die Ergebnisse wurde durch Sensitivitätsanalysen kontrolliert (vgl. Leuzinger-Bohleber et al. 2018a, Anhang). Drittens konnten wir den Einfluss der Medikamente nur dokumentieren, nicht als unabhängige Variable in unserem Design berücksichtigen. Es war aus ethischen Gründen nicht möglich, diese schwer kranke Patientengruppe von einer medikamentösen Behandlung auszuschließen, um eine homogenere Stichprobe zu erhalten. Kallenbach und Schiele befassen sich in separaten Analysen mit der Frage, welchen Einfluss die Medikamente auf die Ergebnisse der Psychotherapien hatten.

Trotz all dieser Begrenzungen konnten wir in dieser aufwändigen und methodisch anspruchsvollen Studie zeigen, dass sowohl psychoanalytische als auch kognitiv-behaviorale *Langzeittherapien* chronisch depressiven Patienten helfen können, ihre Symptome wesentlich und dauerhaft

zu reduzieren. Erstaunlich viele erzielten eine vollständige Remission ihrer depressiven Erkrankung. Dies sind wichtige Ergebnisse, die zeigen, dass diese schwer kranken Patienten in Langzeittherapien klinisch wirkungsvoll behandelt werden können.

Kontakt: Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Am Ebelfeld 1A, 60488 Frankfurt/M.

E-Mail: m.leuzinger-bohleber@gmx.de

LITERATUR

- Andrews, G. (2008): Reducing the burden of depression. *Can J Psychiatry* 53, 420–427. DOI 10.1177/070674370805300703.
- Bates, D., Mächler, M., Bolker, B. & Walker, S. (2015): Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software* 67 (1), 1–48. DOI 10.18637/jss.v067.i01.
- Beutel, M.E., Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Bahrke, U., Negele, A., Haselbacher, A., Fiedler, G., Keller, W. & Hautzinger, M. (2012): Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 13, 117–122. DOI 10.1186/1745-6215-13-117.
- Bleichmar, H. (2010): Rethinking pathological mourning: multiple types and therapeutic approaches. *Psychoanal Quart* 79, 71–94. DOI 10.1002/j.2167-4086.2010.tb00440.x.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2006): Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 51, 15–25. DOI 10.1007/s00278-005-0454-x.
- Cuijpers, P., Huibers, M.J.H. & Furukawa, T.A. (2017): The need for research on treatments of chronic depression. *JAMA Psychiatry* 74, 242–243. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2016.4070.
- Fonagy, P. (Hg.) (2002): An open door review of outcome studies in psychoanalysis. 2. Aufl. London (International Psychoanalytical Association).
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J.A., McPherson, S., Thomas, R., Fearon, R.M.P., Goldberg, D. & Taylor, D. (2015): Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 14, 312–321. DOI 10.1002/wps.20267.
- Gibbons, M.B.C., Gallop, R., Thompson, D., Luther, D., Crits-Christoph, K., Jacobs, J., Yin, S. & Crits-Christoph, P. (2016): Comparing effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting. A randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry* 73, 904–911. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2016.1720.
- Guggenheim, J.Z., Hampe, M., Schneider, P. & Strassberg, D. (2016): Im Medium des Unbewussten. Zur Theorie der Psychoanalyse. Stuttgart (Kohlhammer).
- Halekoh, U., Hojsgaard, S.A. & Kenward, R. (2014): A Kenward-Roger approximation and parametric bootstrap methods for tests in linear mixed models – The R Package pbkrtest. *Journal of Statistical Software* 59 (9), 1–30. DOI 10.18637/jss.v059.i09.
- Hautzinger, M. (2013): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. 7., vollst. überarb. und erw. Aufl. Weinheim (Beltz).

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006): Beck Depressions-Inventar (BDI II). Frankfurt/M. (Harcourt Test Services).
- Hilsenroth, M.J., Blagys, M.D., Ackerman, S.J., Bonge, D.R. & Blais, M.A. (2005): Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 42, 340–356. DOI 10.1037/0033-3204.42.3.340.
- Kaufhold, J., Bahrke, U., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Rachel, P., Fiedler, G., Hautzinger, M., Leuzinger-Bohleber, M. & Beutel, M. (2019): Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. *Psyche – Z Psychoanal* 73, 106–133. DOI 10.21706/ps-73-2-106.
- Klug, G., Zimmermann, J. & Huber, D. (2016): Outcome trajectories and mediation in psychotherapeutic treatments of major depression. *J Am Psychoanal Ass* 64, 307–343. DOI 10.1177/0003065116644742.
- Knekt, P., Lindfors, O., Laaksonen, M.A., Renlund, C., Haaramo, P., Härkänen, T., Virtala, E. & Helsinki Psychotherapy Study Group (2011): Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 13, 37–47. DOI 10.1016/j.jad.2011.01.014.
- Laezer, K.L., Tischer, I., Gaertner, B. & Leuzinger-Bohleber, M. (2016): Aufwendige Langzeitpsychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (KJP)* 47 (172), 540–562.
- Lane, R., Ryan, L., Nadel, L. & Greenberg, L. (2015): Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences* 38, e1. DOI 10.1017/S0140525X14000041.
- Leichsenring, F. (2001): Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21, 401–419. DOI 10.1016/S0272-7358(99)00057-4.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011): Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *Brit J Psychiatry* 199, 15–22. DOI 10.1192/bjp.bp.110.082776.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2015): Working with severely traumatized, chronically depressed analysands. *Int J Psychoanal* 96, 611–636. DOI 10.1111/1745-8315.12238.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Kaechele, H. (Hg.) (2015): An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis. 3. Aufl. London (International Psychoanalytical Association), www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%20Review%20III.pdf (abgerufen am 15.01.2018).
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2003): How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: A representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 84, 263–290. DOI 10.1516/C387-0AFM-4P34-M4BT.
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., Fiedler, G., Haselbacher, A., Hautzinger, M., Kallenbach, L., Keller, W., Negele, A., Pfenning-Meerkötter, N., Prestele, H., Strecker-von Kannen, T., Stuhr, U. & Will, A. (2010): Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-Depressionsstudie. *Psyche – Z Psychoanal* 64, 782–832.

- Leuzinger-Bohleber, M., Laezer, K.L., Tischer, I. & Gaertner, B. (2015): Aufwendige Langzeit-Psychotherapie und kostengünstige medikamentengestützte Verhaltenstherapie im Vergleich. Ergebnisse einer gesundheitsökonomischen Analyse der Behandlungskosten von Kindern mit der Diagnose ADHS und Störung des Sozialverhaltens. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 20, 178–185. DOI 10.1055/s-0034-1398880.
- Leuzinger-Bohleber, M., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Fiedler, G., Hautzinger, M. & Beutel, M. (2018a): How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronic depressed patients? Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioral and psychoanalytic long-term treatments. *Int J Psychoanal* 99, im Druck.
- Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G., Keller, M., Bahrke, U., Kallenbach, L., Kaufhold, J., Ernst, M., Negele, A., Schoett, M., Küchenhoff, H., Günther, F., Rüger, B. & Beutel, M. (2018a): Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioral therapy with chronic depressed patients: A controlled trial with preferential and randomized allocation. *Can J Psychiatry* 63. DOI 10.1177/0706743718780340.
- Lynch, D., Laws, K.R. & McKenna, P.J. (2010): Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med* 40, 9–24. DOI 10.1017/S003329170900590X.
- Milton, J. (2001): Psychoanalysis and cognitive behaviour therapy – Rival paradigms or common ground? *Int J Psychoanal* 82, 431–447. DOI 10.1516/DVLN-RK5E-C1YV-ME4V.
- Negele, A., Kaufhold, J. & Leuzinger-Bohleber, M. (2016): Childhood trauma from a patient and a psychoanalyst perspective: linking chronic depression to relational multiple trauma. *Psychoanal Psychother* 30, 300–328. DOI 10.1080/02668734.2016.1250226.
- R Core Team (2017): A language and environment for statistical computing. Wien (R Foundation for Statistical Computing).
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Arnow, B., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Ninan, P.T., Kornstein, S., Manber, R., Thase, M.E., Kocsis, J.H. & Keller, M.B. (2003): The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 54, 573–583. DOI 10.1016/S0006-3223(02)01866-8.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche – Z Psychoanal* 55, 277–310.
- Swift, J.K., Callahan, J.L. & Vollmer, B. (2011): Preferences. *J Clin Psychol* 67, 155–165. DOI 10.1002/jclp.20759.
- Taylor, D. (2010): Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Depression. *Psyche – Z Psychoanal* 64, 833–861.

Abstract

Long-Term Psychoanalytic and Cognitive-Behavioral Treatment for Chronically Depressed Patients. Random or preferential allocation. – The authors report on the first controlled psychotherapy study to compare long-term psychoanalytic and cognitive-behavioral therapies with random and preferential allocation. At four treatment

centers, 554 chronically depressed patients were interviewed; ultimately, 252 of them were included in the study. The patients' self-assessments indicated major and stable changes. After one year, the complete-remission rate (for BDI) was 34 %, increasing to 45 % after three years. Similar outcomes were indicated by the assessments of independent raters (QIDS) blinded for the therapeutic procedure (psychoanalytic/cognitive behavioral). In contrast to their expectations, the authors found no statistically significant differences between the therapeutic procedures, nor any effect differences between random therapy allocation and treatment via preferential psychotherapy. The remission rates achieved are better than in other studies and indicate that chronically depressed patients benefit from long-term therapies.

Keywords: comparative psychotherapy study; long-term psychoanalytic and cognitive-behavioral therapy; chronic depression; symptomatic changes; remission rates

Résumé

Traitement psychanalytique et cognitif-comportemental à long terme de patients dépressifs chroniques randomisés ou prioritaires. Résultats de l'étude LAC. – Les auteurs se penchent sur la première étude contrôlée qui compare les thérapies psychanalytiques de longue durée et les thérapies cognitives-comportementales randomisées ou prioritaires également de longue durée. Sur 554 patients dépressifs chroniques interviewés dans quatre centres de prise en charge, 252 ont pu être intégrés dans cette étude. Les estimations dues aux patients eux-mêmes témoignent de transformations importantes et stables. Le taux de rémission s'élevait à 34 % après un an et à 45 % après trois ans. Des évaluations indépendantes d'experts ignorant quelle thérapie avait été suivie parvenaient à des résultats analogues. Contrairement à leurs hypothèses de départ, les auteurs ne trouvèrent pas de différence significative entre les différents types de thérapies ni entre les thérapies de patients randomisées et les thérapies de patients prioritaires. Les taux de rémission obtenus, meilleurs que dans d'autres études, montrent que les patients dépressifs chroniques profitent des thérapies à long terme.

Mots-clés : études comparées des psychothérapies ; thérapie psychanalytique de longue durée et thérapie cognitive-comportementale de longue durée ; dépression chronique ; transformation des symptômes ; taux de rémission