

- ▶ Zur Behandlung der akuten und der chronischen Depression sowie zur Vorbeugung steht eine Reihe wirksamer, evidenzbasierter Psychotherapieverfahren zur Verfügung.
- ▶ Eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie ist vor allem bei schweren Depressionen, chronischen Depressionen, bei Vorliegen einer Residualsymptomatik und bei Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen indiziert.
- ▶ Störungsspezifische Modellvorstellungen über Entstehung und Behandlung bei Depression gibt es in erster Linie bei kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Therapie und psychodynamischer Therapie.



## Störungsorientierte Psychotherapie bei Depression

**P**sychotherapeutische Verfahren sind heute in der Behandlung bei depressiven Störungen gut etabliert. Zahlreiche Literaturüberblicke fassen die Evidenz der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieverfahren in der Depressionsbehandlung zusammen<sup>1-6</sup>.

Die sehr reliable operationalisierte Diagnostik depressiver Störungen impliziert trotz unterschiedlicher möglicher Symptomkonstellationen ein homogenes Krankheitsbild als Grundlage für mögliche Störungsmodelle und entsprechende Therapiestrategien. Depressive Patienten unterscheiden sich aber oft erheblich hinsichtlich ihrer Persönlichkeit, ihrer prämorbid Belastungen und Lebensgeschichten, ihrer kulturellen Hintergründe, ihrer Fähigkeit und Bereitschaft zur selbstreflexiven Auseinandersetzung mit innerpsychischen Vorgängen und deren lebensgeschichtlichem Hintergrund, ihren psychosozialen Kompetenzen und ihren gegenwärtigen sozialen und beziehungsbezogenen Problemen. Wichtig für die Behandlung sind auf Seiten der Patienten auch ihre subjektiven Krankheitsvorstellungen und die sich daraus ergebenden Behandlungserwartungen. Das vom Therapeuten unterbreitete Behandlungsangebot muss hiermit in gewisser Passung stehen, damit eine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommen kann.

Neben der therapeutischen Beziehung sind noch weitere allgemeine Faktoren für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen nachgewiesen wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung.

Auch Variationen im Störungsbild haben Auswirkungen auf den Therapieeffekt: So ist im Querschnitt der Schweregrad von Relevanz, im Verlauf die Frage unipolare oder bipolare Depression (bei bipolarer Depression ist Psychotherapie z. B. nur in Kombination mit Pharmakotherapie wirksam) und ob eine Chronifizierung (Krankheitsdauer mehr als zwei Jahre) vorliegt. Weiters ist die häufige Komorbidität vor allem mit Angststörungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen wichtig für die Therapie.

### Vorgehen in der Psychotherapie

Man kann eine psychotherapeutische Basisbehandlung von einer spezifischen Psychotherapie unterscheiden.

**Psychotherapeutische Basisbehandlung:** Beim Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung geht es darum, dass sich der Patient verstanden fühlt, sich ausreichend mitteilen kann und dass der Therapeut Empathie und Kompetenz vermittelt.

Ein besonderes Augenmerk sollte der Klärung aktueller äußerer Problemsituationen, der Entlastung von überfordernden Pflichten und Ansprüchen sowie der Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach plötzlicher Veränderung der Lebenssituation gewidmet werden. Die Einbeziehung von Angehörigen kann hier sehr hilfreich sein.

Nach Klärung von Motivation, subjektiven Vorstellungen und Therapieerwartungen des Patienten sollte gemeinsam ein vorläufiges Krankheitsmodell erarbeitet und Einsicht in die individuelle Notwendigkeit adäquater Therapien (z. B. Pharmakotherapie, Psychotherapie) vermittelt werden. Ziele für die Therapie sollten formuliert werden.

Als Hilfestellung können niederschwellige Maßnahmen wie Bücher zur Psychoedukation bei unipolarer<sup>7</sup> und bipolarer<sup>8</sup> Depression oder Bibliotherapie (z. B. das Buch „Fühl dich gut“<sup>9</sup>) angeboten werden, die als Anleitung zur Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten und als Information über die Erkrankung verstanden werden können.

**Spezifische Psychotherapie:** Als evidenzbasierte Psychotherapieverfahren (Verfahren, deren Wirksamkeit durch kontrollierte Therapiestudien nachgewiesen wurden) in der Depressionsbehandlung gelten heute nur die kognitive Verhaltenstherapie



(KVT), psychodynamische Therapien, die interpersonelle Psychotherapie (IPT), Gesprächspsychotherapie und systemische Therapien (Tab. 1).

## Evidenzbasierte Wirksamkeit von Psychotherapie

### Akute unipolare Depression

Kognitive Verhaltenstherapie: Es gibt eine Reihe von Metaanalysen, die die Wirksamkeit von KVT in der Akutbehandlung von unipolar depressiven Patienten bestätigen:

In einer Metaanalyse von Gloaguen<sup>10</sup> von 49 kontrollierten randomisierten Studien mit insgesamt 2.765 Patienten mit leichter und mittelschwerer Depression ohne psychotische Merkmale zeigte sich, dass die KVT einer Warteliste, einer Antidepressivatherapie und diversen anderen Therapien (psychodynamische Therapie, interpersonelle Therapie, supportive Therapie, Entspannungsverfahren und Bibliotherapie) in Bezug auf die Symptombesserung nach durchschnittlich 16 Wochen signifikant überlegen war.

In einer randomisiert-kontrollierten Studie an 240 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression fanden De Rubéis et al.<sup>11</sup> nach 16-wöchiger ambulanter Behandlung mit KVT oder 8-wöchiger Behandlung mit Paroxetin hinsichtlich Response und Remission keine signifikanten Unterschiede zwischen den Monotherapien nach 8 Wochen und nach Behandlungsende.

Thase et al.<sup>12</sup> fanden in ihrer Metaanalyse, dass eine Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie (KVT oder IPT) bei höherem Schweregrad (HDRS > 19) der jeweiligen Monotherapie überlegen war, gegenüber alleiniger Psychotherapie im Hinblick auf Remissionshäufigkeit und Wirklatenz sogar signifikant.

Die Ergebnisse mehrerer Metaanalysen zur Wirksamkeit der KVT unterstreichen das Erreichen einer hohen Evidenzstufe: die Prä-Post-Vergleiche für die KVT erreichen Effektstärken von 1,5 bis 2,3. Die zwischen unterschiedlichen Bedingungen

vergleichenden Effektstärken belegen eine Überlegenheit der KVT gegenüber Kontrollbedingungen (Warteliste, Placebo) von  $d = 0,82$  (20 Studien), gegenüber Medikation von  $d = 0,38$  (17 Studien) und gegenüber anderen Psychotherapien von  $d = 0,24$  (22 Studien). Die britischen NICE-Guidelines<sup>4</sup> empfehlen KVT als Therapie der 1. Wahl im Umfang von 16–20 Stunden über 6–9 Monate und IPT als 2. Wahl.

**Interpersonelle Therapie:** In einer Metaanalyse zur IPT von Balslev Jørgensen<sup>13</sup> werden aus den einbezogenen Studien Prä-Post-Effektstärken von  $d = 1,72$  für die IPT errechnet. Die Unterschiede zwischen IPT und KVT waren nicht signifikant. Eine Metaanalyse von De Mello et al.<sup>14</sup> schloss 13 Studien zur IPT bei Depression ein und bestätigte diese früheren Berechnungen.

Einen aktuellen Überblick über 8 Studien zur IPT geben van Hees et al.<sup>15</sup> und berichten über eine ähnliche Wirksamkeit von IPT, KVT und/oder Pharmakotherapie.

**Psychodynamische Kurzpsychotherapien:** Wenn psychodynamisch orientierte Psychotherapien empirisch evaluiert wurden, dann handelt es sich um fokale, zeitlich begrenzte, strukturierte Interventionen bei Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen.

Es liegen 2 Metaanalysen zur Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzpsychotherapien („short term psychodynamic psychotherapy“, STTP) bei Depression vor<sup>16,17</sup>.

Beide kommen aufgrund von 11 bzw. 6 Studien zu dem Ergebnis, dass diese fokalen psychodynamischen Psychotherapien wirksam (Effektstärken 0,81 bis 1,12 im Vergleich zu Wartekontrollen) und durchaus mit anderen wirksamen Depressionstherapien vergleichbar sind. In einer neueren Metaanalyse von Cuijpers et al.<sup>18</sup> gab es keine Hinweise, dass eine bestimmte von 7 untersuchten Kurzzeitpsychotherapieverfahren (KVT, VT, psychodynamische Therapie, Problemlösetherapie, IPT, soziales Kompetenztraining, nichtdirektive stützende

Tab. 1: Hauptindikationen zur Psychotherapie bei Depression

- Psychotherapie allein (leichte bis mittelschwere Depression) oder mit Medikation (mittelschwere und schwere Depression):
  - ausgeprägte psychosoziale Stressoren
  - intrapsychische Konflikte
  - interpersonelle Konflikte
- Nur in Kombination mit medikamentöser Therapie:
  - Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen
  - chronische Depression
  - Residualsymptomatik

Gesprächstherapie) bei depressiven Störungen (53 RCT mit insgesamt 2.757 Patienten) den anderen deutlich überlegen war, mit Ausnahme der IPT, die insgesamt etwas besser abschnitt, und der supportiven Gesprächstherapie, die etwas schlechter abschnitt.

**Zur analytischen Langzeitpsychotherapie** liegen kontrollierte und naturalistische Studien vor: In einer Metaanalyse zur Wirksamkeit bei komplexen psychischen Erkrankungen insgesamt (Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, komplexe depressive- und Angststörungen etc.) von Leichsenring et al.<sup>19</sup> zeigte sich allgemein eine bessere Wirksamkeit der Langzeittherapie gegenüber Kurzzeittherapien. Speziell sei hier auf die guten Ergebnisse der Münchner Psychotherapiestudie<sup>20,21</sup> zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Langzeittherapie bei Depression hingewiesen.

**Zur Gesprächspsychotherapie (GPT)** liegen bisher keine Metaanalysen zur Behandlung bei Depression vor.

In einer umfangreichen, kontrollierten britischen Studie<sup>22</sup> wurden 464 Patienten zum Teil randomisiert, zum Teil unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz zugeteilt: GPT, KVT oder der ausschließlichen Behandlung durch einen Allgemeinarzt. Nach 4 Monaten zeigten sich bei den psychotherapeutisch behandel-

ten Patienten eine bessere Symptomreduktion sowie eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. GPT und KVT konnten gleich gute Verbesserungen erzielen. Greenberg & Watson evaluierten die von ihnen entwickelte spezielle Ausprägungsform der GPT, die „Process-Experiential Psychotherapy“ (PE-GPT). Sie verbindet klientenzentrierte Elemente mit jenen der Gestalttherapie und zielt darauf ab, kognitive und affektive Probleme des Patienten in der Therapie aufzulösen. In einem Vergleich mit der KVT über 16 Wochen zeigten sich in beiden Gruppen ähnliche Effektstärken<sup>23</sup>.

**Gruppentherapie, Paartherapie:** Zur Wirksamkeit der Gruppentherapie bei Depression liegen nach De Jong-Meyer et al.<sup>2</sup> mehrere systematische Reviews und Metaanalysen vor.

Ambulante Gruppentherapien mit KVT, aber auch mit IPT bei leichten und mittelschweren Depressionen haben kurzzeitig eine gute und bei KVT auch über die Katamnesen stabile Wirkung auf die Symptomatik.

Interpersonelle Faktoren scheinen auf den Verlauf depressiver Störungen großen Einfluss auszuüben. Daher kann es sinnvoll sein, den Partner bei der Behandlung und bei der Rückfallprophylaxe in die Therapie einzubeziehen.

Leff et al.<sup>24</sup> fanden eine höhere Effektivität einer systemischen Paartherapie im Vergleich zu einer medikamentösen Behandlung im Hinblick auf die Reduktion der Depressivität.

**Zusammenfassung:** In der ambulanten Therapie von Patienten mit leichten und mittelschweren Depressionen ist Psychotherapie gleich wirksam wie Pharmakotherapie, bei stationären Patienten mit schweren Depressionen ist Pharmakotherapie allein in den meisten Studien wirksamer als Psychotherapie allein, am wirksamsten ist hier allerdings die Kombinationstherapie.

Die besten Wirknachweise bei leichten und mittelschweren Depressionen liegen für kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Psychotherapie, psychodyna-

mische Kurztherapie und Gesprächspsychotherapie vor, bei schweren Depressionen nur für kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie. Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Fall eine Pharmakotherapie erhalten.

In die Entscheidung, ob eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie durchgeführt wird, fließen aber natürlich auch Krankheits- und Therapiekonzepte von Ärzten und auch Patienten ein, es können bisherige Erfahrungen mit positiven Wirkungen oder mit Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie eine Rolle spielen, die Verfügbarkeit bzw. Kosten einer Psychotherapie können ebenfalls von Bedeutung sein.

Weiters muss die relativ lange Wirklatenz der Psychotherapie im Vergleich zur medikamentösen Therapie von leichten bis mittelschweren Depressionen erwähnt werden. Die Wirklatenz bei einer Therapiefrequenz von ca. einmal wöchentlichen Sitzungen liegt ungefähr bei 3 Monaten im Vergleich zu 4–6 Wochen bei antidepressiver Therapie (**Tab. 2**).

### Dysthymie, Double Depression und chronische Depression

Bei Patienten mit Dysthymien, Double Depression und chronischer Depression wurden bisher insgesamt vergleichsweise weniger Psychotherapiestudien (auch

mit relativ kleinen Stichproben und relativ kurzen Therapiezeiträumen) durchgeführt. Einen neueren Überblick geben Cuijpers et al.<sup>25</sup> mit einer Metaanalyse über 16 randomisierte Studien. Die Studienergebnisse zeigen, dass vor allem bei der Dysthymie Psychotherapie wirksamer als eine Kontrollgruppe (Placebo, Warteliste, „treatment as usual“ [TAU];  $d = 0,23$ ), aber weniger wirksam als eine Pharmakotherapie – hier vor allem SSRI ( $d = 0,31$ ) ist. Eine Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie ist etwas wirksamer als Pharmakotherapie allein ( $d = 0,23$ ) und deutlich wirksamer als Psychotherapie allein ( $d = 0,45$ ).

**Das CBASP** („cognitive analysis system of psychotherapy“)<sup>26</sup> ist das bisher einzige psychotherapeutische Verfahren, das spezifisch zur Behandlung chronischer Depressionen entwickelt wurde. In einer Studie von Keller et al.<sup>27</sup> waren Antidepressivum (Nefazodon) und CBASP hinsichtlich der Symptomreduktion am Ende der akuten Behandlungsphase mit jeweils 48 % Response gleich effektiv, während die Kombination beider Verfahren einen klinisch bedeutsamen additiven Effekt (73 % Response) zeigte. Die Remissionsraten lagen bei 33 % für CBASP, bei 29 % für SSRI und bei 48 % für die Kombinationstherapie. Schatzberg et al.<sup>28</sup> zeigten schließlich,

**Tab. 2:** Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung:

- Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten.

Quelle: Auszug aus den deutschen Versorgungsleitlinien, Kurzfassung <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de>

**Tab. 3:** Empfehlungen zur Psychotherapie bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression:

- Bei Dysthymie ist eine Kombinationstherapie aus Pharmakotherapie und Psychotherapie nur wenig wirksamer als Pharmakotherapie allein, aber wirksamer als Psychotherapie allein.
- Bei Double Depression und chronischer Depression ist eine Kombinationsbehandlung mit Psychotherapie und Antidepressiva deutlich wirksamer als die jeweilige Monotherapie.

dass diejenigen Patienten, die entweder auf CBASP oder auf das Antidepressivum schlecht ansprachen, von einem Wechsel auf die jeweils andere Behandlungsmodalität profitieren konnten. CBASP erwies sich insbesondere bei depressiven Patienten mit früher Traumatisierung als sehr wirksam (Tab. 3).

### Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe

Patienten mit depressiven Störungen haben in typischen, eher kürzer angelegten Therapiestudien nach Abschluss der Therapie eine relativ hohe Rückfallrate (30–70 %) bzw. Chronifizierungswahrscheinlichkeit (ca 20 %). Die entsprechenden Risikofaktoren sind eine noch bestehende Restsymptomatik, wiederholte vorhergehende Episoden, chronische Belastungsfaktoren etc. Während in der Pharmakotherapie vielfältige Strategien zur Risikominderung eines Rückfalles bekannt sind, gibt es nach Psychotherapie kaum Empfehlungen hinsichtlich der Durchführung von Rückfall verhindernden Maßnahmen, wie z. B. weitergeführte langfristige niederfrequente Kontakte. In der Langzeittherapie depressiver Störungen wurden bisher vor allem die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie untersucht, wobei man 2 Ansätze unterscheiden kann:

1. die Langzeitwirkung einer nur in der Akutphase der Erkrankung durchgeführten Psychotherapie auf den weiteren Krankheitsverlauf
2. spezifische Langzeittherapien, die nach Beendigung der Akuttherapie durchgeführt werden

**Ad 1:** Aus Studien zur kognitiven Therapie ergeben sich Hinweise, dass eine

KVT, die nur in der Akutphase durchgeführt wird, wirksamere Langzeiteffekte hat als eine medikamentöse Therapie, die nur in der Akutphase durchgeführt wird. Am wirksamsten ist allerdings die Kombination von medikamentöser Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie.

**Ad 2:** Patienten, die auf eine kognitive Therapie in der Akutphase der Depression ansprachen, erhielten über 8 weitere Monate eine KVT und unterschieden sich in der Rückfallshäufigkeit signifikant positiver von denen ohne weitere KVT.

Ähnliche Ergebnisse finden sich für die IPT. In der Studie von Schramm et al.<sup>29</sup> konnte im naturalistischen Follow-up nach 3 sowie nach 12 Monaten eine signifikante Überlegenheit der Pharmakotherapie plus IPT versus Pharmakotherapie unter Standardbedingungen festgestellt werden. Eine Folgeuntersuchung von Frank et al.<sup>30</sup> an 233 Patientinnen mit rezidivierender Depression erbrachte, dass monatliche IPT-Erhaltungstherapien über einen zweijährigen Zeitraum als Phasenprophylaxe genügen.

Interventionen in Gruppentherapieformat und auch die achtsamkeitsbasierte kognitive Verhaltenstherapie<sup>31</sup> stellen vielversprechende Varianten für die Rückfallsprophylaxe dar. Hier sind jedoch noch weitere Studien notwendig, die u. a. Aufschluss über eine mögliche differenzielle Indikation der Verfahren und deren Langzeiteffekt geben könnten (Tab. 4).

### Bipolare Depression

Zum Unterschied von unipolarer Depression gibt es bei bipolarer Depression für kein Psychotherapieverfahren den Nachweis der alleinigen Wirksamkeit. Hier muss unbedingt mit einer stimmungssta-

bilisierenden Medikation (Lithiumsalze, Valproinsäure, Lamotrigin, Carbamazepin, atypische Neuroleptika) kombiniert werden.

Ziele eines Kombinationsansatzes von Pharmakotherapie und Psychotherapie sind die bessere Akzeptanz der Erkrankung durch Patient und Familie, die Erhöhung der Compliance für die Medikation, die Verbesserung der familiären Kommunikation, Strategien zur Stressbewältigung und damit die Senkung der Zahl und Dauer von Rückfällen sowie Verminderung des Suizidrisikos, die Verbesserung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität.

Neben der Psychoedukation haben sich vor allem drei verschiedene Psychotherapieverfahren als wirksamer Zusatz zur Pharmakotherapie etabliert: die kognitive Verhaltenstherapie, die familienfokussierte Therapie und die interpersonelle und soziale Rhythmustherapie. Charakteristisch für alle wirksamen Verfahren ist, dass sie erst nach Abklingen der akuten Symptomatik zum Einsatz kommen – im Sinne der Vorbeugung möglicher weiterer Episoden.

Im deutschen Sprachraum sind hier vor allem die Therapiemanuale von Schaub et al.<sup>32</sup> und Meyer & Hautzinger<sup>33</sup> zu nennen.

### Diskussion

Der störungsorientierte Ansatz versucht sowohl eine spezifische Behandlung der Depression als auch allgemeine Wirkfaktoren im interpersonellen Kontext zu berücksichtigen. Störungsspezifische Modellvorstellungen über Entstehung und Behandlung bei Depression gibt es in erster Linie bei kognitiver Verhaltenstherapie, interpersoneller Therapie und psychodynamischer Therapie. Eine Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapien ist notwendig, um effektiver und kostengünstiger behandeln zu können. Insgesamt steht also eine Reihe wirksamer, evidenzbasierter Psychotherapieverfahren zur Behandlung sowohl der akuten als auch der chronischen De-

**Tab. 4:** Empfehlungen zur Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie

- Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden.
- Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) in Kombination mit Pharmakotherapie soll Patienten mit erhöhtem Rezidivrisiko angeboten werden.

pression sowie zur Vorbeugung zur Verfügung. Eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie ist vor allem bei schweren Depressionen, chronischen Depressionen, bei Vorliegen einer Residualsymptomatik und bei Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen indiziert. ■

- 1 DGPPN et al., S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression. 2012; <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de>
- 2 De Jong-Meyer R et al., Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Hogrefe, Göttingen 2007
- 3 Herpertz SC, Caspar F, Mundt C, Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München 2008
- 4 NICE (National Institute for Clinical Excellence): Depression-Management of Depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23; 2004
- 5 Roth A, Fonagy P, What works for whom? A critical review of psychotherapy research. Guildford Press, New York 2005
- 6 Schramm E, Berger M, Depression: Psychotherapie; In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg), Therapie psychischer Erkrankungen. Urban & Fischer, München 2013; S 173–80
- 7 Hegerl U, Niescken S, Depression bewältigen – die Lebensfreude wiederfinden. Trias, Stuttgart 2004
- 8 Meyer TD, Manisch-depressiv? Was Betroffene und Angehörige wissen sollten. Beltz, Weinheim 2005
- 9 Burns D, Fühl dich gut. Angstfrei mit Depression umgehen. editions treves, Trier 1988
- 10 Gloaguen V et al., A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49(1):59–72
- 11 De Rubeis RJ et al., Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:409–16
- 12 Thase ME et al., Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11):1009–15
- 13 Balslev Jørgensen M et al., The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression: a review. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98(1):1–13
- 14 De Mello et al., A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(2):75–82
- 15 van Hees ML et al., The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013; 13:22
- 16 Crits-Christoph P, The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149(2):151–8
- 17 Leichsenring F, Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioral therapy in depression: a meta-analytical approach. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(3):401–9
- 18 Cuijpers P et al., Adding Psychotherapy to Pharmacotherapy in the Treatment of Depressive Disorders in Adults: A Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(9):1219–29
- 19 Leichsenring F, Rabung S, Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300(13):1551–65
- 20 Huber & Klug 2006 bitte ergänzen
- 21 Huber D et al., Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients - a three year follow-up study. *Psychosom Med Psychother* 2012; 58:299–316
- 22 King M et al., Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess* 2000; 4(19):1–83
- 23 Watson JC et al., Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71(4):773–81
- 24 Leff J et al., The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000; 177:95–100
- 25 Cuijpers P et al., Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:51–62
- 26 McCullough JP Jr, Psychotherapie der chronischen Depression. Urban & Fischer, München 2006
- 27 Keller MB et al., A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342(20):1462–70
- 28 Schatzberg AF et al., Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(5):513–20
- 29 Schramm E et al., Efficacy of Interpersonal Psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *J Affect Disord* 2008; 109(1–2):65–73
- 30 Frank E et al., Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164(5):761–7
- 31 Williams M et al., Der achtsame Weg durch die Depression. Arbor, Freiamt 2010
- 32 Schaub A et al., Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen: Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen 2004
- 33 Meyer TD & Hautzinger M, Manisch-depressive Störungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz, Weinheim 2004

#### Weiterführende Literatur:

- Böker H, Psychotherapie der Depression. Huber, Bern 2011
- Hautzinger M, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Beltz, Weinheim 2003