

Heinz Böker

# Psychotherapie der Depression



HUBER



Böker  
**Psychotherapie der Depression**

Verlag Hans Huber  
**Psychiatrie**



## Bücher aus verwandten Sachgebieten

Dinner

### **Depression: 100 Fragen 100 Antworten**

Hintergründe – Erscheinung – Therapie

2. Aufl. 2010. ISBN 978-3-456-84876-1

Little

### **Selbsterstörung leicht gemacht**

Wie Sie sich Probleme schaffen und wieder loswerden

2010. ISBN 978-3-456-84838-9

Bodenmann

### **Depression und Partnerschaft**

Hintergründe und Hilfen

2009. ISBN 978-3-456-84724-5

Wengenroth

### **Das Leben annehmen**

So hilft die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

2008. ISBN 978-3-456-84512-8

Barnow / Freyberger / Fischer / Linden (Hrsg.)

### **Von Angst bis Zwang**

Ein ABC der psychischen Störungen: Formen, Ursachen und Behandlung

3. Aufl. 2008. ISBN 978-3-456-84495-4

Schäfer / Rütger

### **Tagebuch meiner Depression**

Aktiv mit der Krankheit umgehen

2003. ISBN 978-3-456-83881-6

Woggon

### **Ich kann nicht wollen!**

Berichte depressiver Patienten

3. Aufl. 2002. ISBN 978-3-456-83892-2

Schäfer

### **Depressionen im Erwachsenenalter**

Ein kurzer Ratgeber für Betroffene und Angehörige

2001. ISBN 978-3-456-83543-3

Battegay

### **Depression**

3. Aufl. 1991. ISBN 978-3-456-81996-9

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter [www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com).

Heinz Böker

# Psychotherapie der Depression

Verlag Hans Huber

*Anschrift des Autors:*

Prof. Dr. med. Heinz Böker  
Leitender Arzt  
Psychiatrische Universitätsklinik  
Zentrum für Depressions- und Angstbehandlung  
Lenggstrasse 31  
CH-8008 Zürich

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Bearbeitung: Ulrike Boos, Freiburg  
Herstellung: Isabel Garrod  
Umschlag: Claude Borer, Basel  
Druckvorstufe: ns prestampa sagl, Castione (TI)  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen  
Printed in Germany

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin/Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 45 00  
Fax: 0041 (0)31 300 45 93  
[verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

1. Auflage 2011

© 2011 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
(E-Book-ISBN 978-3-456-94989-5)  
ISBN 978-3-456-84989-8

# Inhalt

Vorwort.....	7
<b>I. Der Verlauf der Depression .....</b>	<b>13</b>
1. Verlust- und Trennungserfahrungen .....	15
2. Die anthropologische Dimension der Depression und das Zeiterleben Depressiver .....	20
3. Einteilungen und Klassifikationen.....	25
4. Manifeste Depressionen, symptomarme Intervalle und subklinische Beschwerden .....	31
5. Langzeitverlauf und Chronifizierung .....	36
<b>II. Modelle des psychischen Geschehens bei der Depression .....</b>	<b>41</b>
6. Begriffsgeschichte der Depression: Von der schwarzen Galle zur Major Depression .....	43
6.1 Antike .....	43
6.2 Acedia: Vom Umgang mit dem Überdruß .....	48
6.3 Mittelalter und Renaissance .....	51
6.4 Von der Melancholie zur Depression.....	55
6.5 Neuzeit .....	58
6.6 Die Depression in der Begegnung von klinischer Psychiatrie und Psychoanalyse.....	60
7. Depressionen als Psychosomatosen der Emotionsregulation.....	66
7.1 Psychomotorik.....	74
7.2 Emotion und Kognition .....	76
7.3 Neuroplastizität: Wie Psychotherapie und Pharmakotherapie das Gehirn verändern .....	95

8. Psychodynamische Modelle der Depression. ....	104
8.1 Triebmodell, Selbstwertgefühl und Beziehungswelt. ....	104
8.2 Die Bedeutung des Affektes. ....	125
8.3 Psychodynamische Prägnanztypen der Depression. ....	128
<b>III. Psychotherapie bei depressiv Erkrankten. ....</b>	<b>147</b>
9. Was hilft? Was hilft wem? . ....	149
10. Psychodynamische Psychotherapie. ....	156
10.1 Vier therapeutische Settings in der ambulanten Psycho-	
dynamischen Psychotherapie depressiv Erkrankter. ....	166
10.2 Stationäre Depressionsbehandlung. ....	171
11. Kognitiv-Behaviorale Therapie. ....	175
12. Interpersonelle Psychotherapie. ....	180
12.1 Durchführung der IPT. ....	182
12.2 Modifikationen der IPT. ....	183
13. Weitere Zugangswege. ....	185
13.1 Körpertherapie. ....	185
13.2 Selbstachtsamkeit: Mindfulness-based Cognitive Therapy	
(MBCT). ....	187
13.3 Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy	
(CBASP). ....	189
<b>IV. Ergebnisse der Therapie- und Psychotherapieforschung. ....</b>	<b>195</b>
14. Psychopharmakotherapie und Psychotherapie. ....	199
15. Die Psychotherapieverfahren im Vergleich. ....	204
15.1 Kurzzeit-Psychotherapie. ....	204
15.2 Langzeit-Psychotherapie. ....	206
16. Konsequenzen für die Therapie. ....	209
Schlussbemerkungen. ....	213
Literatur. ....	217
Sachregister. ....	239

# Vorwort

Depressionen zählen zu den häufigsten, schwersten, hinsichtlich ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung jedoch oftmals unterschätzten Erkrankungen. Nach WHO-Schätzungen werden schwere depressive Erkrankungen bis zum Jahre 2030 nach der ischämischen Herzerkrankung den zweiten Rang in der Reihenfolge derjenigen Erkrankungen einnehmen, die Hauptursache für verlorene Lebensjahre durch schwerwiegende Behinderung oder Tod («Disability Adjusted Life Years», DALY) sind. Etwa die Hälfte der Patienten erkrankt bereits vor dem 31. Lebensjahr; in Deutschland wie auch in anderen Ländern besteht die Tendenz, dass die Erkrankungsraten in jüngeren Altersgruppen zunehmen. In höherem Lebensalter sind Depressionen die häufigste psychische Erkrankung. Dabei besteht eine hohe Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen. Insbesondere ist auch zu berücksichtigen, dass die Suizidrate kontinuierlich mit dem Lebensalter ansteigt.

Die große Häufigkeit depressiver Erkrankungen bildet sich in einer entsprechend hohen Inanspruchnahme medizinischer Institutionen ab. Bis zu 20% der Praxispatienten von Allgemeinmedizinerinnen und Internisten leiden an einer Depression. Untersuchungen zeigten, dass von einem «diagnostischen Defizit» ausgegangen werden kann: Lediglich etwa die Hälfte der Erkrankten wird von Primärärzten erkannt. Die vorliegenden Verlaufsstudien unterstreichen ferner, dass lediglich etwa ein Drittel der Patienten mit schweren Depressionen in Deutschland angemessen behandelt wird.

Besondere Herausforderungen an die Therapie der Depression ergeben sich aus der hohen Rückfallwahrscheinlichkeit und der Tendenz zur Chronifizierung: Jeder zweite Patient erkrankt nach der ersten Episode einer schweren Depression innerhalb der beiden ersten Jahre nach Behandlungsbeginn erneut! Die Lebenszeit-Rückfallwahrscheinlichkeit einer ersten Episode einer majoren Depression (Major Depression) beträgt bis zu 80%. Etwa ein Drittel der Erkrankten spricht nicht oder nur in geringem Umfang auf eine psychopharmakologische Therapie an (vgl. Übersicht in Böker 2009). Gerade auch in diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse der in den beiden vergangenen Jahrzehnten durchgeführten Outcome-Studien bei depressiv Erkrankten bemerkenswert. Sie unterstreichen die große Bedeutung psychotherapeutischer Interventionen in der Behandlung der



Depression. Wirksamkeitsnachweise liegen inzwischen für die Kognitiv-Behaviorale Therapie (KBT), die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und die Psychodynamische Psychotherapie vor. Bekannt ist ferner, dass die Dysthymie zu den häufigsten von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern gestellten Diagnosen gehört.

Soviel zunächst zu den quantitativen Aspekten der Depression. Die Behandlung Depressiver stellt an die Behandelnden besondere Herausforderungen. Sie werden vom depressiven Affekt des Betroffenen unmittelbar erfasst, «affiziert», und auf diese Weise in das depressive Geschehen miteinbezogen. Häufig lösen Depressive intensive Gegenübertragungsgefühle aus. Die Begegnung mit dem unbeweglich versteinerten depressiven Patienten trägt auch zu einer Erstarrung im Erleben der Therapeuten bei. Die depressive Hemmung wird in der therapeutischen Begegnung als lähmendes Gefühl erfahrbar und kann zu Rückzug oder inadäquatem Aktivismus Anlass geben. In der Begegnung mit dem manischen Patienten, der sich jeder relativierenden Einsicht durch Grandiosität und Flucht entzieht, kann sehr schnell eine Aggressivierung im Erleben und in der Haltung der Therapeuten ausgelöst werden. In der Behandlung depressiv Erkrankter – sowohl in der Psychotherapie wie auch in der Psychopharmakotherapie – ist es bedeutsam, diese Gegenübertragungsgefühle kreativ für die Gestaltung einer hilfreichen und förderlichen therapeutischen Beziehung zu nützen. Bei der notwendigen Diagnostik der Depression darf insbesondere nicht die Besonderheit des jeweiligen Einzelfalls (Persönlichkeit, innere Konflikte, Belastungen im psychosozialen Umfeld) bei einer auf die Kriterien «Schweregrad» und «Verlauf» gerichteten Sichtweise übersehen werden.

Wesentliches Ziel dieses Buches besteht darin, therapeutische Zugänge zum depressiv erkrankten Menschen zu eröffnen. Die Ansatzpunkte der verschiedenen Psychotherapie-Verfahren ergeben sich aus dem dargestellten integrativen, zirkulären Modell der Depression als «Psychosomatose der Emotionsregulation». Dieses Modell zielt auf die Wechselwirkungen biologischer, psychologischer und sozialer Dimensionen der Depression. In psychologischer Hinsicht ist die Depression neben der bedrückten Stimmung (besser: «Herabgestimmtsein») durch einen Mangel an affektiver Ansprechbarkeit und durch einen Mangel an Selbstwertgefühl gekennzeichnet. Schuldgefühle und Schuldwahn sind dabei extreme Ausdrucks- und Erlebensmuster einer durch ein extrem strenges, rigides Gewissen gekennzeichneten Persönlichkeit. In der Manie wird diese Gewissensstrenge (psychodynamisch als rigides Über-Ich bezeichnet) nur vorübergehend aufgehoben. Unerträgliche Scham- und Schuldgefühle sind häufig der hohe Preis dieses vergeblichen Befreiungsversuches. In expressiv-motorischer Hinsicht äußert sich dieses innere Drama um Angst, Wut und Schuldgefühl (nicht zu verwechseln mit realer Schuld!) in einer Erstarrung von Mimik und Gestik. In sozialer und kommunikativer Hinsicht entwickeln sich Teufelskreise, in die die Partner depressiv

Erkrankter und das weitere soziale Umfeld einbezogen sind. Weder ungeduldiges Drängen noch übergroße Rücksicht tragen zu einer Weiterentwicklung bei.

In dem Versuch, ihr labiles Selbstwertgefühl zu retten, sind depressiv Erkrankte gezwungen, sich immer wieder an das «ambivalente Objekt» zu klammern. Die aus diesem Bedürfnis nach emotionaler Nähe resultierenden Selbstdemütigungen und der Selbsthass vermitteln sich auch dem Behandelnden in der Gegenübertragung. In einer ermutigenden, die Bedürfnisse der Patienten positivierenden Haltung kann dieser depressive Circulus vitiosus zunächst stellvertretend für die Patienten durch die Behandelnden aufgehoben werden. Wesentliches therapeutisches Ziel ist es dementsprechend, zwischenmenschliche Verstrickungen in der therapeutischen Begegnung zu erkennen und zu überwinden, oder mit anderen Worten, die «oralen» Wünsche des depressiv Erkrankten akzeptierend zur Kenntnis zu nehmen, jedoch nicht «automatisch fütternd zu befriedigen» (vgl. Mentzos 1995). Angesichts der Schwere der depressiven Symptomatik ist für Psychotherapeuten die Erkenntnis bedeutsam, dass die psychopharmakotherapeutische Behandlung in vielen Fällen eine Voraussetzung für wirksame Prozesse in der psychotherapeutischen Beziehung darstellen kann. Diese komplementäre Funktion von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie setzt – neben dem Wissen um die Mehrdimensionalität der Depression – ein Verständnis der dynamischen Prozesse in der therapeutischen Beziehung auf Seiten der Therapeuten und Therapeutinnen voraus.

Aufgrund klinischer Erfahrungen ist heute davon auszugehen, dass die Prognose vieler depressiv Erkrankter durch eine frühzeitig – vor dem Eintreten der oftmals erheblichen psychosozialen Einbußen – eingeleitete intensive Psychotherapie entscheidend verbessert werden kann. Die Psychotherapie der Depression ist wirksam, sie trägt zu einer Überwindung depressiver Sackgassen und zu einer Weiterentwicklung wesentlich bei.

Das Buch richtet sich an alle diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich mit der Psychotherapie depressiv Erkrankter auseinandersetzen. Der gewählte theoretische Ausgangspunkt, nämlich des Modell der Depressionen als Psychosomaten der Emotionsregulation, ermöglicht es, sich therapieschulenunabhängig mit den unterschiedlichen therapielevanten Aspekten der Depressionsbehandlung auseinanderzusetzen. Ein wesentliches Anliegen besteht auch darin, zu einem Dialog zwischen den Vertretern unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze beizutragen. Dementsprechend setzt sich dieses Buch mit der psychodynamischen, der kognitiven, der interpersonellen und der neurobiologischen Dimension der Depression auseinander und stellt auf diese Weise Erkenntnisse zur Verfügung, die für eine Differentialindikation bei depressiv Erkrankten herangezogen werden können. Es eignet sich sowohl für Berufsanfänger, die sich in der Psychotherapie-Weiterbildung befinden, wie auch für Fortgeschrittene, die sich ein Update neue-

rer Erkenntnisse der Depressionsforschung und deren Anwendung auf die Depressionsbehandlung wünschen.

Das vorliegende Buch beginnt mit einer Übersicht über den Verlauf depressiver Erkrankungen. Hiermit verbunden sind Informationen, die für die Klinik der Depression bedeutsam sind (Symptomatologie, Epidemiologie, diagnostische Kategorien, Verlaufparameter). Es folgt ein historischer Rückblick auf die in unterschiedlichen Epochen entwickelten Krankheitskonzepte der Depression. Dabei zeigt sich auch, wie sehr unser aktuelles Nachdenken über die Depression auf früheren Annäherungen an ein Verständnis depressiven Leidens als eine existentielle Grenzsituation des Menschen gründet.

Im Zentrum des Buches steht das Modell der Depression als «Psychosomatose der Emotionsregulation». Die unterschiedlichen biologisch-neurobiologischen, kognitiven, intrapsychischen und interpersonellen Aspekte, auf denen dieses Modell gründet, werden erörtert. Im Hinblick auf eine diagnostische Typisierung von Untergruppen depressiv Erkrankter werden – vor dem Hintergrund der Entwicklung der psychoanalytischen Modelle der Depression – die psychodynamischen Prägnanztypen der Depression vorgestellt.

Das Modell der Depression als «Psychosomatose der Emotionsregulation» dient als Ausgangspunkt für die Beschreibung der unterschiedlichen therapeutischen Zugänge in der mehrdimensionalen Behandlung der Depression (Psychodynamische Psychotherapie, Kognitiv-Behaviorale Therapie, Interpersonelle Therapie). Neuere Therapieverfahren, die vor allem auch bei der Behandlung der rezidivierenden und chronischen Depression bedeutsam sind, werden in diese Betrachtung einbezogen (CBASP, MBCT). Der Stellenwert der Psychopharmakotherapie wird besonders berücksichtigt. In einer Synopsis werden die Ergebnisse der vorliegenden Pharmakotherapie- und Psychotherapiestudien kritisch gesichtet.

Die dargestellten Befunde der Depressionsforschung sind so aufbereitet, dass sie als Rüstzeug für die diagnostischen Entscheidungen und die Gestaltung der Therapie durch die Behandelnden herangezogen werden können.

Das Buch ist in einer Weise konzipiert, die es ermöglicht, dass die Leser mit dessen Lektüre – je nach eigenem Interessenschwerpunkt – in dem jeweils ausgewählten Kapitel beginnen können.

Das Buch entstand auf der Grundlage langjähriger klinischer Erfahrungen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen am Zentrum für Depressions- und Angstbehandlung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, ferner an den Psychiatrischen Universitätskliniken Frankfurt/Main und Gießen. Vielfältige Begegnungen mit Kolleginnen und Kollegen, die teilweise sehr unterschiedliche fachliche Schwerpunkte vertraten, trugen zur Entwicklung einer therapeutischen Haltung bei, die sich wohl als meine psychotherapeutische Identität apostrophieren lässt. Erwähnen möchte ich – in chronologischer Folge – insbesondere Herrn Dr. med. K.-U. Nöhring (Kinder- und

Jugendpsychiater, Psychoanalytiker, Hamburg), Dr. med. F. Linnemann (Psychiater, Psychoanalytiker, Gießen), Dr. med. T. Rohlfs (Psychiater, Psychoanalytiker, Gießen), Frau Dr. med. C. Schöttler (Internistin, Psychoanalytikerin, Gießen), Dipl. Psych. J. Hardt (Psychoanalytiker, Wetzlar), Dr. med. Z. Erd'ely (Psychoanalytiker, Frankfurt/M.), Prof. Dr. med. M. Wirsching (Systemische Therapie, Psychiatrische Universitätsklinik, Freiburg/Br.), Dr. med. M. Dümpelmann (Psychiater, Psychoanalytiker, Tiefenbrunnen/Göttingen), Dr. med. G. Lempa (Psychiater, Psychoanalytiker, Psychoanalytische Psychosen-Psychotherapie, München), Prof. Dr. med. P. Hartwich (Psychiater, Psychoanalytiker, Frankfurt/M.), Prof. Dr. med. Pflug (Psychiatrische Universitätsklinik Frankfurt/M.), Prof. Dr. med. D. Hell (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich), Prof. Dr. med. C. Scharfetter (Funktionale Psychopathologie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich), Dr. med. A. Moser (Psychiater, Psychoanalytiker, Zürich), Dr. med. T. Stark (Psychiater, Psychoanalytiker, Winterthur), Prof. Dr. phil. M. Hautzinger (Kognitiv-Behaviorale Therapie, Psychologisches Institut, Universität Tübingen), Prof. Dr. med. O. Kernberg (Psychoanalytiker, Übertragungs-Fokussierte Therapie der Persönlichkeitsstörungen, Cornell University, New York) und Prof. Dr. J.P. McCullough (Psychotherapeut, Begründer von CBASP, University of Virginia, Richmond/USA).

Im Hinblick auf die Depressionsforschung bin ich sehr dankbar für die Unterstützung und Kooperation mit Kolleginnen und Kollegen, die mir einen Zugang vermittelten zu der Vielfalt in Frage kommender methodologische Ansätze. Ebenfalls in chronologischer Abfolge möchte ich mich bedanken bei Herrn Prof. Dr. phil. D. Beckmann (Psychosomatische Universitätsklinik Gießen), Prof. Dr. phil. E. Brähler (Medizinische Psychologie, Universität Leipzig), Prof. Dr. J. Scheer (Medizinische Psychologie, Einzelfallforschung, Universität Gießen, jetzt Hamburg), Frau Dr. phil. A. Catina (Forschungsstelle für Psychotherapieforschung, Stuttgart, Ulm), Frau Prof. Dr. phil. M. Leuzinger-Bohleber (Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M.), Prof. Dr. med. H. Deserno (Psychiater, Psychoanalytiker, Psychoanalytic University Berlin), Prof. Dr. phil. H. Stassen (Molekulargenetische Forschungsgruppe, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich), Dr. med. A. Richter (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) und nicht zuletzt bei Dr. med. H. Himmighoffen (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich). Meine Fähigkeit zum Dialog mit den Neurowissenschaften wurde ganz wesentlich gefördert durch die langjährige Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. G. Northoff (University of Ottawa, Kanada), Prof. Dr. rer. nat. P. Boesiger (ETH und Universität Zürich) und Frau Dr. rer. nat. S. Grimm (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Humboldt-Universität Berlin). Viele andere können an dieser Stelle leider nicht erwähnt werden. Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. S. Mentzos, dem früheren Leiter der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Frankfurt/Main. Er vermittelte mir, wie bedeut-

sam es ist, die Dilemmata depressiv Erkrankter und die Teufelskreise der Depression zu verstehen, wie hilfreich ein psychodynamisches Verständnis der Erkrankung in der unmittelbaren Begegnung mit depressiv Erkrankten ist und auf welche Weise es zu einer Überwindung erstarrter Muster beitragen kann. Für die nachhaltige Wirkung der eigenen Selbsterfahrung bin ich meinem Lehranalytiker, Herrn Prof. Dr. phil. H. Müller-Braunschweig (Psychosomatische Universitätsklinik und Institut für Psychoanalyse, Gießen), bis heute tief verbunden.

Sehr dankbar bin ich Herrn Klaus Reinhardt, dem Lektor des Verlags Hans Huber, für die außerordentlich anregende und konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit dem Text.

Mein spezieller Dank gilt Frau Dawn Eckelhart, die in ihrer gewohnten zuverlässigen und umsichtigen Weise die Vorbereitung des Text- und Bildmaterials übernommen und mich humorvoll davor bewahrt hat, mich in den Verästelungen der vielfältigen Befunde der Depressionsforschung zu verlieren.

Zürich, im Januar 2011

# I. Der Verlauf der Depression

