

Zur Psychotherapie der Depression

Eine Zusammenfassung der DGPPN-S3-Leitlinien

Joachim Küchenhoff

Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal

Quintessenz

- Psychotherapie ist wirksam in der Behandlung der akuten unipolaren Depression.
- Die allen Verfahren gemeinsamen Wirkfaktoren sind wichtig, insbesondere die Qualität der therapeutischen Beziehung.
- Bei allen Schweregraden der Depression ist Psychotherapie sinnvoll und empfehlenswert.
- Psychotherapie ist auch nach der depressiven Episode als Rezidivschutz indiziert.

Einleitung

Es ist eine erfreuliche Tatsache, dass die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung Depressiver als erwiesen gelten kann. Sicherlich müssen Dauer, Schweregrad und Phänomenologie der Depression berücksichtigt werden. Aber grundsätzlich ist diese Aussage gültig. Es ist auch eine Kernaussage der S3-Leitlinien zur Behandlung der unipolaren Depression, die von der deutschen Fachgesellschaft DGPPN in Auftrag gegeben worden waren und die im November 2009 veröffentlicht worden sind (www.awmf.de). Als Vertreter der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung konnte ich an diesem Leitlinienprozess teilnehmen. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt, allerdings nur für die Psychotherapie. Die Empfehlungen für die biologischen Behandlungsformen wurden in dieser Zeitschrift bereits ausführlich dargestellt [1, 2].

Entscheidungshilfen, aber keine Richtlinien

Was in Leitlinien formuliert wird, kann als Idealvorgabe für «Standardpatienten» gelten. Leitlinien sind keine Richtlinien, der individuelle Fall ist immer reicher und schwieriger als der Standardfall! Ausserdem sind Leitlinien Momentaufnahmen der wissenschaftlichen Erfahrung und der klinischen Praxis, sie werden immer neu angepasst, verkörpern also nicht «die Wahrheit», sondern den Erkenntnisstand, der gültig ist, wenn sie erstellt werden.

Methodenkritische Anmerkungen

Die Kriterien, nach denen der sogenannte Evidenzgrad von Studien eingeschätzt wird, sind bekannt. Sie bevorzugen die experimentellen Studien. Die höchste sogenannte Evidenz erhalten randomisierte kontrollierte

Studien (RCTs) zum Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren. Das macht insofern Sinn, als sie zu reliablen Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit (efficacy) führen. Andererseits erlauben sie nicht, den Nutzen des spezifischen Psychotherapieverfahrens unter den real existierenden Versorgungsbedingungen (effectiveness) abzubilden. Ausserdem ist fraglich, ob die randomisierten Studien das ganze Spektrum der Therapien erfassen. Die in RCTs aufgenommenen Patientenkollektive werden im Vergleich zur ambulanten psychotherapeutischen Praxis deutlich kürzer behandelt. Adäquate Kontrollbedingungen zu schaffen, z.B. ein psychotherapeutisches Alternativangebot durchzuführen oder vernünftige andere Kontrollgruppen zu finden, ist oft sehr schwierig. Wenn nur die expliziten Depressionsstudien berücksichtigt werden, gehen die empirischen Psychotherapie-Studien an einer heterogenen Klientel unter, obgleich z.B. in den Studien zur stationären Psychotherapie und ihrem Outcome depressive Störungen immer wieder die grösste Untergruppe darstellen. Im Bereich der Psychotherapieforschung werden die psychodynamischen Verfahren durch die RC-Bedingung benachteiligt. Für sie sind die «Passung» zwischen Patient und Therapeut und die persönliche Wahl des Therapieverfahrens wichtig; dann aber ist eine randomisierte Zuweisung problematisch.

Die Empfehlungsgrade in der Darstellung der Leitlinien werden in 4 Graden ausgewiesen:

- A: «soll»
- B: «sollte»
- O: «kann»
- KKP: klinischer Konsenspunkt (ohne wissenschaftlichen Ausweis)

Hauptteil

Gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie

Für die Psychotherapie der Depression stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung. Die Therapieforschung zeigt, dass ein wesentlicher Teil der Psychotherapiewirkung von den «common factors», den allgemeinen Faktoren, ausgeht, die in allen Psychotherapieangeboten mehr oder weniger enthalten sind. Zu diesen gemeinsamen Faktoren zählen:

- Ressourcenaktivierung, also Nutzen der motivationalen Bereitschaften und Fähigkeiten der Patienten;
- Problemaktualisierung, z.B. durch Aufsuchen realer Situationen (Verhaltenstherapie), Einbeziehen von Personen, die an den Problemen beteiligt sind (u.a. Familien-, Paartherapie), Nutzen der therapeuti-

Der Autor hat keine finanzielle Unterstützung und keine anderen Interessenskonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

schen Beziehung und der in ihr auftretenden Konflikte und Gefühle;

- Problembewältigung, also Unterstützung darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit ihren Problemen im Sinne einer korrigierenden emotionalen Erfahrung zu machen.

Diese Faktoren gelten für Psychotherapien allgemein. Für die Psychotherapie der Depression lassen sich Basisfaktoren identifizieren, die in mehr oder weniger grossem Ausmass in den verschiedenen Therapien realisiert werden:

- aktives und stützendes Vorgehen, Ermutigung;
- Empathie, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung;
- Exploration des subjektiven Krankheitsmodells, Klärung der Therapieerwartungen;
- Vermittlung eines «biopsychosozialen Krankheitsmodells» zur Entlastung des Patienten von Schuldgefühlen;
- Klärung aktueller äusserer Problemsituationen, Entlastung von überfordernden Pflichten und Ansprüchen;
- Verhinderung depressionsbedingter Wünsche nach überstürzter Veränderung der Lebenssituation, Unterstützung beim Erreichen konkreter, erreichbarer Ziele;
- Ansprechen von Suizidimpulsen, Erarbeitung eines Krisenmanagements.

Auch für die Depressionsbehandlung gilt: Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist entscheidend für Qualität und Ergebnis der Psychotherapie. Daher formuliert die Leitlinie eine erste Empfehlung, die der therapeutischen Beziehung gewidmet ist:

Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt (B).

Spezifische Psychotherapie-Verfahren

Psychoanalytische Psychotherapien

In der psychodynamischen Konzeption der Depression spielt die Unfähigkeit, Verluste zu ertragen, eine zentrale Rolle [3]. Trennungserfahrungen gehören zu den wesentlichen Entwicklungsherausforderungen für jeden Menschen. Ihre Integration gelingt, wenn die biologische Reifung nicht behindert ist, traumatische Erfahrungen ausbleiben, die Qualität der Beziehungen zur primären Bezugsperson («Mutter») gut ist, die gute Beziehung zu anderen Bezugspersonen («Vater») die notwendige Ablösung erleichtert und Halt gibt, so dass sich verlässliche Strukturen bilden können. Die Trennungsüberempfindlichkeit auf der anderen Seite hat ihren Ursprung u.U. in den frühen Erfahrungen unsicherer Bindungen infolge von Traumatisierungen, mit der Folge grosser Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen. Die depressiven Symptome können so verstanden werden, dass sie der Sicherung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen gewidmet sind.

Nicht immer ist die Verlustangst gleichbedeutend mit realen Verlusterfahrungen. Sie kann sich auch aus anderen Quellen speisen (vgl. [4]). Mit dem ganzen Spektrum beziehungsorientierter Interventionen kann in der psychoanalytischen Psychotherapie die grundlegende Verlustangst des Depressiven auf ihre unbewusste Motivation hin untersucht und bearbeitet werden.

Kognitive Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutisch ausgerichtet sind die Verstärkerverlusttheorie (Depression als Mangel an positiver Verstärkung) und die Theorie der gelernten Hilflosigkeit (Depression als Erleben der «Nichtkontrollierbarkeit» einer belastenden Situation). Wichtiger ist die Kognitive Therapie der Depression: Das Denken Depressiver ist durch automatische, sich wiederholende negative Gedankenketten (negative Schemata) bestimmt, die in belastenden Situationen, v.a. durch Verlusterlebnisse oder Traumata, aktiviert werden. Diese «kognitiven Verzerrungen» sind einseitig, übertrieben negativ, selektiv und willkürlich. Depressive Symptome werden durch Veränderung der dysfunktionalen Einstellungen und Denkschemata verändert. Der Patient wird angeleitet, seine auf Selbstabwertung beruhenden Selbstkonzepte zu erkennen und alternative Denk- und Verhaltensmuster auszuprobieren.

Das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP) wird für die Behandlung chronischer Depressionen eingesetzt, die bewirken, dass Rückmeldungen und Kontrolle durch die Umgebung nicht mehr ankommen. In der Therapie werden kognitive, behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Strategien verbunden, um neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen und durch eine Situationsanalyse Denkmuster und ihre Folgen zu erkennen und zu relativieren, frühere von aktuellen Beziehungsformen zu differenzieren und neue Verhaltensfertigkeiten aufzubauen.

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist ein Kurzzeitverfahren zur Depressionsbehandlung im Umfang von 12 bis 20 Sitzungen, das auf der Grundlage psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Modelle darauf ausgeht, belastende zwischenmenschliche Stressoren (unbewältigte Trauer, Rollenkonflikte, Isolation, familiäre Konflikte) zu bearbeiten, unabhängig davon, ob sie Ursache oder Folge der Depression sind.

Gesprächspsychotherapie

Die Ursachen für eine Depression werden in der Diskrepanz von Selbstbild und Selbstideal gesehen, mit der Folgen der Selbstabwertung, von Schuldgefühlen und einer frustrierten Suche nach Anerkennung. Therapeutisches Ziel ist v.a. die Korrektur der überhöhten Selbstideale und Beziehungserwartungen. Eine kurzzeittherapeutische Variante der GT liegt in der Process Experiential Psychotherapy vor, die auf 15–20 Stunden begrenzt ist. Innerhalb dieser Zeit wird auf drei Erlebensbereiche fokussiert: übermässige Selbstkritik, unbewältigte Erinnerungen und unangemessene Verhaltensweisen.

Empfehlungen zur psychotherapeutischen Akutbehandlung

Die Leitlinien empfehlen zunächst einmal das «watchful waiting», das Abwarten (bis zu 14 Tagen); schon das ist bemerkenswert! Nicht sofort muss also eine fach- und störungsspezifische Behandlung angeboten werden, wenn eine leichte Depression diagnostiziert wird; möglicherweise kann die ärztliche Begleitung, z.B. durch den Hausarzt, hilfreich sein.

Entscheidend ist die nächste, grundlegende Empfehlung. Sie wertet die Psychotherapie als Behandlungsverfahren enorm auf. Der Reflex, gleich zu einem Antidepressivum zu greifen, wenn eine leichte bis mittelgradige Depression vorliegt, ist mit dieser Empfehlung zumindest einseitig. Sie lautet:

Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden (A).

Wenn die Depression schwer und akut ist, und auch hier entsprechen die Forschungsergebnisse der klinischen Erfahrung, ist es geboten, nicht allein auf das Gespräch zu zählen, allerdings auch nicht allein auf die Medikation. Vielmehr sollte beides, das Antidepressivum ebenso wie die Psychotherapie, durchgeführt werden.

Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden (A).

Allerdings schliessen, und auch das gilt es zu beachten, die Leitlinien nicht völlig aus, dass die behandelnde Ärztin eine Monotherapie bevorzugt. Sie wird aber nicht dazu aufgefordert, Pharmaka zu verschreiben. Sie kann auch die Psychotherapie wählen.

Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden (A).

Psychopharmaka allerdings, und auch das sollte klar sein, sind geboten dann, wenn die Depression mit psychotischen Erlebnissen einhergeht.

Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten (Statement).

In der ausführlichen Version der Leitlinien, die von der awmf publiziert worden ist, werden in zusammenfassenden Tabellen und in ausführlichen Kommentaren die Forschungsergebnisse zusammengefasst, die als

Grundlage für die Empfehlungen dienen. Die interessierten Leser seien an die Langversion verwiesen. Hier soll nur ein Kommentar stehen: Immer wird in den empfehlenden Grundsätzen von «Psychotherapie» gesprochen, nicht von einzelnen Verfahren. Dass die kognitive Verhaltenstherapie in ihrer Wirkung auch bei der Behandlung der monopolen Depression am besten evaluiert ist, überrascht nicht. Psychodynamische Verfahren sind v.a. in zeitlich begrenzten Settings, als Kurz- und Fokalthérapien durchgeführt, sehr gut belegt. Die empirischen Analysen, die die Wirksamkeit der länger dauernden psychoanalytischen Settings belegen, nehmen zu; auf die methodischen Fallstricke, die in der Forschungslogik der empirischen Studien verborgen sind, wurde einleitend bereits hingewiesen. Der Entschluss, die Leitlinien nicht verfahrensspezifisch, sondern global für Psychotherapie insgesamt zu formulieren, ist sicher ein weiser Entschluss; anderenfalls hätte eine Prioritätsstreitigkeit unter den Sachwaltern der einzelnen Therapierichtungen den wesentlichen und für alle wichtigen Befund überdeckt, der festgehalten werden muss: Die Leitlinien werten die Psychotherapie auch in der akuten Behandlung der unipolaren Depression sehr auf!

Effektivität psychotherapeutischer Verfahren bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression

Die Forschungslage bei der Behandlung von Menschen mit Dysthymien, Double Depression und chronischer Depression ist leider viel dürftiger – aus methodischen Gründen: Langfristig notwendige Behandlungen sind schwerer zu evaluieren, weil man dazu mehr Zeit braucht. Aber andererseits geht es bei diesen Erkrankungen um die in der Lebensgeschichte unter Umständen tief verwurzelte depressive Haltungen und Einstellungen, die sich in das Erleben des Betroffenen tief eingegraben haben und die deshalb nicht leicht aufzuheben oder aufzuhellen sind. Jede Form der Behandlung wird es daher schwer haben, wenn sie darauf ausgerichtet ist, grundlegende Veränderungen erreichen zu wollen. Die Lage wird in dem folgenden Empfehlungssatz zusammengefasst:

Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist (A).

Gemessen an der grossen Relevanz der Patientengruppe, die mit dieser Empfehlung angesprochen wird, klingt dieser Satz sehr lapidar und verdichtet. Was sagt er aus? Dass auch hier die Behandlung nicht einseitig sein sollte und dass der Patient über die besseren Chancen einer Kombinationstherapie aufgeklärt werden sollte. Die Leitlinie sieht nicht vor, dass die Kombinationstherapie zwingend angewendet werden muss; die Empfehlung wird für die Aufklärung des Patienten, der in seiner Behandlung mitreden können muss, gegeben.

Es lohnt, in Bezug auf die Empfehlungen ein wenig ins Detail zu gehen. Für spezifische Subgruppen liegen hinreichende Studienbelege vor, die eine Differentialindikation zur Kombinationstherapie von Antidepressiva und Psychotherapie erlauben, nämlich für schwere depressive Episoden, chronisch depressive Patienten, rezidivierende Depressionen sowie ältere (59–70 Jahre alte) depressive Patienten. Für sie lassen sich statistisch signifikante additive Effekte einer Kombinationstherapie gegenüber einer alleinigen Psychotherapie (bei schweren) oder einer alleinigen Pharmakotherapie (bei chronisch depressiven sowie älteren depressiven Patienten) nachweisen.

Allerdings bleiben viele und wesentliche Fragen offen [5]. Da ist zunächst die Frage, wie die Behandlungen kombiniert werden. Psychotherapie wird ja in der Praxis im Rahmen der Behandlung depressiver Störungen häufig mit einer Pharmakotherapie kombiniert. Offen bleibt aber auch die grundlegende Frage, welche therapeutischen Verfahren besonders gut in der Lage sind, mit lange anhaltendem Leiden umzugehen. Es sind die psychoanalytischen Verfahren, die am besten die lebensgeschichtlichen Wurzeln chronisch depressiver Haltungen und Konflikte aufdecken und verändern können. Die kognitiven Therapien können am leichtesten auf die eingespielten Denkmuster aufmerksam machen und an der Flexibilisierung einseitiger Überzeugungen arbeiten. Schliesslich ist es nicht eine technische Angelegenheit allein, wenn Therapieverfahren kombiniert werden; sie müssen zueinander auch in ein Verhältnis gebracht werden. Für den Patienten ist es entscheidend, eine Behandlungskonzeption und damit auch eine subjektive Krankheits- und Therapietheorie zu haben, die es ihm erlauben, sein Leiden besser zu verstehen und die gewählten Behandlungsformen besser einordnen zu können. – Festgehalten werden kann, wenn auch mit etwas erniedrigtem Evidenzgrad:

Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden (B).

Nun hat die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmakologie Auswirkungen auf die Mitarbeit der Patientinnen und Patienten. Medikamente werden weniger rasch wieder abgesetzt oder nur in guter Absprache mit dem Therapeuten oder der Therapeutin fortgeführt.

Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe durch Psychotherapie

Depressive Störungen können häufig rezidivieren. Auch Psychotherapie hat einen wesentlichen Einfluss auf die Stabilität des Behandlungserfolges und auf die Prävention von Rückfällen. Psychotherapie kann Rückfälle verhindern! Dabei ist es wichtig, dass sie bereits in der Akutphase begonnen wird.

Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden (A).

Eine Behandlung nach der akuten depressiven Krise soll dann längerfristig erfolgen, wenn Patienten ein hohes Risiko für ein Rezidiv aufweisen. In Bezug auf die einseitige Tendenz, Psychotherapien immer kürzer zu halten, ist dieser Hinweis, der sich aus der Datenlage der empirischen Forschung speist, von hohem Gewicht.

Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden (A).

Effektivität von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression

Was kann und was soll der Therapeut tun, wenn eine Behandlung mit Psychopharmaka nicht anschlägt? Die Studienlage für den Einsatz von Psychotherapie bei behandlungsresistenter Depression ist dürftig und erlaubt keine ganz sicheren Aussagen. Dennoch werden die Leitlinien Psychotherapie auch bei therapieresistenter Depression empfohlen.

Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden (B).

Weitere Empfehlungen

Nun treten depressive Störungen sehr häufig nicht alleine auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenhang zwischen der Depression und einer anderen Belastung alles andere als klar ist. Die depressive Störung kann eine andere nach sich ziehen, beide Störungen können auf eine gemeinsame Ursache verweisen. Es kann aber auch an den überlappenden diagnostischen Kriterien liegen, dass sowohl eine depressive Störung wie eine andere Störung diagnostiziert werden. Für die Komorbidität mit Angststörungen und Alkoholabhängigkeit werden – im Sinne eines Statements – Psychotherapie empfohlen. Sehr überraschend ist, dass aufgrund der Studienlage es bisher nicht möglich ist, zur Behandlung der Essstörung mit gleichzeitiger Depression klare Empfehlungen für die Psychotherapie auszusprechen. Dies ist deshalb erstaunlich, weil psychotherapeutische Behandlungsformen bei Essstörungen zum Standard gehören. Hier zeigt sich einmal mehr, dass Forschungsergebnisse und klinische Erfahrungen doch weit auseinander gehen können. Etwas besser, aber nicht über ein Statement hinausgehend, wird die Psychotherapieempfehlung auf der Grundlage einer Komorbidität von depressiver Störung und Persönlichkeitsstörung formuliert. Für maligne Erkrankung, koronare Herzkrankungen, Schlaganfall und somatoforme Störungen

ist die Studienlage ebenfalls dürftig. Eine Ausnahme ist die Depression bei einem Diabetes mellitus; hier wird Psychotherapie nahegelegt (B).

Zusammenfassung

Der Befund, der in den S3- und nationalen Versorgungsleitlinien Therapie der unipolaren Depression festgehalten ist und der nicht für Deutschland gilt, ist eindeutig: Die Psychotherapie hat einen wesentlichen Stellenwert in der Behandlung der Depression. Für viele klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen mag diese Schlussfolgerung fast lächerlich klingen, weil sie doch nur bestätigt, was der verantwortungsvoll handelnde Therapeut ohnehin ständig in seiner Praxis erfährt. Aber die Befunde sind natürlich keineswegs überflüssig. Die Leitlinien sind auf der Grundlage eines gemeinsamen Grundkonsenses zwischen zahlreichen Fachverbänden entstanden. Auch wenn sie keine Richtlinien sind und ständig korrigiert werden können, so kann an diesen Aussagen doch nicht vorbeigesehen werden. Psychotherapie gehört zu den basalen Grundlagen der Depressionsbehandlung und kann nicht übergangen werden. Dabei ist es eben auch wichtig zu sehen, dass nicht nur in der Akutphase, sondern auch darüber hinaus die Psychotherapie bedeutsam ist. Die Befunde sind nicht nur für den Kliniker wichtig, sondern auch für die Krankenversicherer. Auch in einer Zeit, in der die Gefahr besteht, dass psychotherapeutische Leistungen, gerade wenn sie länger dauern, schrittweise reduziert werden, sind die Befunde wichtig und folgenreich.

Auf der anderen Seite dürfen Leitlinien nicht überschätzt werden. Da sie sich so eng an einen Forschungskatalog anlehnen, der Einseitigkeiten enthält, ergeben sich Diskrepanzen zwischen klinischer Erfahrung und den Forschungsbefunden. Diese Diskrepanz ist dann gut, wenn sie eine Initiative zur besseren Erforschung auch psycho-

therapeutischer Verfahren darstellt. Sie wird nur lähmen, wenn systematisch bestimmte Behandlungsformen unterbewertet werden.

Die SGPP empfiehlt diese Zusammenfassung. Sie ergänzt die beiden Artikel zur somatischen Behandlung der unipolaren depressiven Störungen in Heft 46 und 47/2010 des Schweizerischen Medizin-Forums (www.medicalforum.ch → Für Leser → Archiv). Auf der Website www.psychiatrie.ch findet sich zudem die ausführliche Version dieser Zusammenfassung der Empfehlungen zur Psychotherapie der Depression vom selben Autor.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Joachim Küchenhoff
Kantonale Psychiatrische Klinik
Biententalstr. 7
CH-4410 Liestal
[Joachim.Kuechenhoff\[at\]junibas.ch](mailto:Joachim.Kuechenhoff[at]junibas.ch)

Literatur

- 1 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. Teil 1. Schweiz Med Forum. 2010;10(46):802–9.
- 2 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, Brand S, Hemmeter UM, et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. Teil 2. Schweiz Med Forum. 2010;10(47):818–22.
- 3 Hell D. Welchen Sinn macht Depression? Reinbek: Rowohlt; 1992.
- 4 Küchenhoff J. Verlieren, trauern, verzeihen – zur Psychodynamik der Depression. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009;160:200–7.
- 5 Küchenhoff J. Zum Verhältnis von Psychopharmakologie und Psychoanalyse – am Beispiel der Depressionsbehandlung. Psyche. 2010;64: 890–916.
- 6 Schauenburg H, Leiendecker C, Simon R, Küchenhoff J, Franz M. Neue Depressionsleitlinien – Zentrale Rolle der Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother. 2009;55(4):354–64.