

Arne Hofmann, Luca Ostacoli,
Maria Lehnung, Michael Hase

Depressionen behandeln mit EMDR

Techniken und Methoden für die
psychotherapeutische Praxis

Mit dem
Behandlungs-
manual
DeprEnd®

Fach-
buch 
Klett-Cotta

Arne Hofmann, Luca Ostacoli,
Maria Lehnung, Michael Hase

Depressionen behandeln mit EMDR

**Techniken und Methoden für die
psychotherapeutische Praxis**

Mit dem Behandlungsmanual DeprEnd

Unter Mitarbeit von Benedikt Amann, Alessandra Minelli, Sara Carletto,
Susanne Altmeyer, Visal Tumani, Gabriella Bertino, Elisabetta Maffio-
letti, Carmen Settanta, Lorena Giovinazzo und Francesca Malandrone

Mit einem Beitrag zu bipolaren Störungen von Benedikt Amann

Übersetzung der fremdsprachigen Beiträge von Ulrike Stopfel

Klett-Cotta

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann

unter Verwendung eines Fotos von © photocase/Fotoline

Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-98227-5

E-Book: ISBN 978-3-608-12044-8

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20449-0

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

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.

Inhalt

Teil 1 Erinnerungsarbeit – ein neuer Weg der Depressions-	
behandlung	7
1 Einleitung	9
2 EMDR-Therapie als neuer Behandlungsansatz	29
Teil 2 Das EMDR-DeprEnd-Behandlungsmanual	45
3 DeprEnd – Das EMDR-Protokoll zur Behandlung	
von Depressionen	47
4 Vorbereitung – Psychoedukation und Stabilisierung	64
5 Bearbeitung von Episodenauslösern	109
6 Überzeugungssysteme mit EMDR behandeln	123
7 Bearbeitung von depressiven oder suizidalen States	137
8 Rückfallprophylaxe	144
9 Komorbidität mit komplexen Traumafolgestörungen	154
Teil 3 Zukunftsperspektiven	163
10 Forschungsstand und praktische Erfahrung zur Behandlung	
der Bipolaren Störung mit EMDR (B. L. Amann)	165
11 Chronische, wiederkehrende und therapieresistente Formen	
der majoren Depression (A. Minelli und E. Maffioletti)	177
12 Folgen für die praktische Arbeit	189
Anhang	193
Das EMDR-Drawing-Integration-(EMDR-DI)-Protokoll:	
Ein visueller Ansatz zur Behandlung dissoziativer und depressiver Zustände	195
Wie finde ich eine gute EMDR-Therapeutin?	223
Kontrollierte wissenschaftliche Studien zu EMDR und Depression	226
Literatur	228
Danksagungen	251
Die HerausgeberInnen und die AutorInnen	254

TEIL 1

**Erinnerungsarbeit –
ein neuer Weg der
Depressionsbehandlung**

KAPITEL 1

Einleitung

Dieses Buch wurde von einer internationalen Gruppe von Klinikern und Forschern geschrieben, die seit über zehn Jahren gemeinsam die Behandlung depressiver Störungen mit der EMDR-Methode untersuchen. Wir haben dabei zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Buches fünf kontrollierte klinische Studien, davon drei RCT-Studien, zu dieser Frage selbst durchgeführt und über 500 depressive Patienten mit den dabei gewonnenen Erkenntnissen behandelt (Hofmann 2014, Hase et al. 2015, Hase et al. 2018, Ostacoli et al. 2018, Minelli et al. 2019).

Aus diesen Erkenntnissen ist ein eigener Ansatz für die Behandlung depressiver Störungen entstanden, den wir in diesem Buch vorstellen möchten.

Zentral für diesen Ansatz ist die Annahme, dass die meisten depressiven Störungen in engem Zusammenhang mit belastenden Erlebnissen und den daraus entstehenden Erinnerungsstrukturen stehen. Diese Erinnerungsstrukturen, die wir pathogene Erinnerungen nennen, können klinisch in verschiedener Weise auffällig werden und spielen in der Behandlung eine entscheidende Rolle. Die Erinnerungen sind bei depressiven Patientinnen meist nicht mit Lebensgefahr verbunden und erfüllen meist auch nicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (vor allem nicht Kriterium A). Sie sind aber, ähnlich wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung, durch eine EMDR-Therapie gut und nachhaltig auflösbar. Dabei geht die depressive Symptomatik der meisten Patienten mit zunehmender Verarbeitung der pathogenen Erinnerungen zurück.

Dieser Behandlungsansatz führt nach unseren Beobachtungen nicht nur zu einer deutlich höheren Zahl von Patienten, die ihre depressive Symptomatik am Ende der Behandlung komplett verlieren (komplette Remission), sondern scheint auch depressive Rückfälle deutlich zu reduzieren. Nach unserer Meinung kann dieser neue therapeutische Ansatz, den wir im Laufe unseres gemeinsamen Forschungsprojektes entwickelt haben, dabei hilfreich sein, dass mehr Patienten mit depressiven Erkrankungen erfolgreich behandelt werden.

Ein Grund, warum uns der neue, traumatherapeutisch arbeitende Behandlungsansatz Hoffnung für eine Verbesserung der Behandlung schwer depressiv

erkrankter Patienten gibt, sind eine Reihe von Behandlungserfahrungen wie die der folgenden Patientin:

Der etwas über 50-jährigen Frau ging es zu Beginn der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung sehr schlecht, sie war schwer depressiv und hatte Schwierigkeiten ihren Alltagsablauf aufrechtzuerhalten. Sie litt unter Schlafstörungen, Panikattacken, Angstgefühlen in vielen Lebenssituationen, Schwierigkeiten, Ärger zu kontrollieren und Beziehungen aufrechtzuerhalten. Zeitweise hatte sie Alkoholprobleme und eine Essstörung. Sie beschrieb intrusive Erinnerungen an einen sexuellen Missbrauch in ihrer Kindheit, der vom 3. bis 10. Lebensjahr gedauert hatte, ohne dass eine posttraumatische Belastungsstörung bestand. Sie berichtete über eine psychiatrische Vorgeschichte, die so weit zurückreichte, wie sie sich erinnern konnte, und die über zehn depressive Episoden, mehr als fünf Krankenhausaufenthalte in der Psychiatrie sowie drei Selbstmordversuche beinhaltete. Zum Zeitpunkt des Beginns ihrer Behandlung lebte sie von Hartz IV.

Die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit wiederholten Rückfällen sowie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden gestellt.

In der ersten Phase der Behandlung arbeitete die Therapeutin mit klassisch kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansätzen wie der Hinterfragung irrationaler Überzeugungen, dem Versuch von Verstärkungsstrategien für erwünschtes Verhalten sowie Strategien zur Symptomreduktion. Dies war teilweise erfolgreich, veränderte Stimmungslage und Depression jedoch wenig. Es veränderte nicht die Intrusionen der Patientin, die mit einem Gefühl von Selbstverachtung und Scham verbunden waren. In der Mitte der Therapie hatte die Patientin von EMDR gehört und bat die Therapeutin dies zu versuchen. Nach einigen EMDR-Sitzungen zur Stabilisierung der Patientin konnten in 8 erinnerungsbearbeitenden EMDR-Sitzungen die schweren Erfahrungen der Patientin direkt bearbeitet werden. Fokussiert wurden dabei zuerst zwei belastende Trennungserfahrungen, die zeitlich jeweils mit dem Beginn einer depressiven Episode zusammenfielen. Danach wurden Erinnerungen an die sexuellen Übergriffe sowie eindringliche Verlassenheitserfahrungen der Patientin fokussiert. Im Verlauf dieser Prozesse gewann die Patientin ein deutlich besseres Selbstwertgefühl und am Ende der letzten EMDR-Sitzung hatte sie erstmals ein starkes positives und warmes Körpergefühl. Am Ende der 80 Behandlungssitzungen war die Patientin stabil und fühlte sich deutlich besser. Obwohl ihre Depression zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig ver-

schwunden war, hatte sie im Laufe dieser Behandlung ihre Borderline-Diagnose und die meisten ihrer Borderline-Symptome verloren.

In einer Nachbefragung 6 Jahre nach Ende ihrer Behandlung fühlte sie sich viel besser und erzählte, seither keine depressive Episode mehr gehabt zu haben. Die Depression war nun vollständig verschwunden, ihre Borderline-Symptome waren nicht mehr aufgetreten und sie benötigte keine Medikamente mehr. Sie war seit Ende der Behandlung wieder berufstätig geworden, wobei sie nun auch Verantwortung für Mitarbeiter hatte. Trotz starker belastender Erlebnisse und mehr als zehn früheren depressiven Episoden konnte sie mit neueren schweren Belastungen gut und ohne einen depressiven Rückfall umgehen.

12 Jahre nach Beendigung der Behandlung ergab sich ein weiterer Kontakt. Es hatte in der ganzen Zeit keine depressiven Rückfälle gegeben, die Patientin war stabil und hatte mittlerweile anderen eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen.

Depressive Störungen können sehr vielfältig und die Verläufe sehr unterschiedlich sein. Die Literatur und die Studien dazu sind kaum noch zu überblicken. Dennoch möchten wir in dieser Einleitung einige grundsätzliche Zusammenhänge für die Behandlung depressiver Störungen ansprechen, um dann im Einzelnen unsere klinischen Ansätze und das von uns entwickelte Manual zur Behandlung depressiver Störungen mit EMDR (das ständig weiterentwickelt wird) im Detail vorzustellen.

Depressive Störungen

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen und betreffen nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation weltweit mehr als 300 Millionen Menschen (WHO 2017). Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken, liegt national wie international bei 16–20% (Ebmeier et al. 2006). Dies macht die depressive Störung zu einer der wichtigsten Volkskrankheiten in Europa und weltweit. Im Indikator *Disability adjusted life years (DALYs)*, der die Summe der Lebensjahre erfasst, die durch Behinderung oder vorzeitigen Tod aufgrund einer Erkrankung verloren gehen, nahmen unipolare depressive Störungen 2004 den dritten Rang aller Erkrankungen weltweit ein. Da die Zahl der depressiven Erkrankungen steigt, geht die WHO davon

aus, das unipolare Depressionen bis 2030 den ersten Platz für die meisten durch Erkrankungen verlorenen Lebensjahre einnehmen werden (WHO 2004, Schneider et al. 2012).

Bei ca. einem Fünftel der Patienten, die an depressiven Episoden erkranken, treten hypomanische oder manische Episoden auf. Diese »bipolaren Störungen« werden als eigenständige Erkrankung von der »unipolaren Depression« abgegrenzt. Wir werden diese Störungsbilder detailliert in Kapitel 4 ansprechen.

Im Folgenden werden wir, wenn wir von Depression sprechen, meist über die unipolare majore Depression sprechen, wie sie in der ICD-11, dem derzeit gültigen Klassifikationsmanual der Weltgesundheitsorganisation (WHO), definiert ist.

Depressive Erkrankungen sind häufig. In der Allgemeinbevölkerung wird die Häufigkeit einer unipolaren Depression in einem Zeitfenster von zwölf Monaten auf 7,7% geschätzt (12-Monats-Prävalenz). Das Erkrankungsrisiko von Frauen ist dabei etwa doppelt so hoch wie bei Männern.

Die Anzahl der im Laufe eines Jahres von einer Depression betroffenen Menschen in Deutschland liegt bei ca. 6,2 Millionen (DGPPN et al. 2015). Man kann daher davon ausgehen, dass die große Mehrzahl der Menschen in Deutschland im persönlichen Umfeld oder nahen Freundeskreis einen Menschen mit einer depressiven Erkrankung kennt.

Etwa 60% der depressiv erkrankten Menschen leiden zusätzlich an einer weiteren psychischen Erkrankung. Am häufigsten sind dabei Angsterkrankungen, Suchterkrankungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Eines der Hauptrisiken einer depressiven Störung ist der Suizid. Fast alle Patienten mit einer schweren Depression haben Suizidgedanken. In Deutschland nehmen sich insgesamt pro Jahr mehr als 10 000 Menschen das Leben. Die große Mehrzahl dieser Suizide wird auf depressive Störungen zurückgeführt. Die Anzahl der Suizidversuche liegt dabei ca. 7–12-mal höher als die der vollzogenen Suizide. Im höheren Alter steigt die Zahl der Suizidversuche, wie auch der Anteil der tödlichen Suizidversuche, deutlich an.

Depressive Störungen treten nicht selten im Zusammenhang mit schweren körperlichen Erkrankungen auf. Depressionen gehen aber auch selbst mit einer erhöhten Sterblichkeit – unabhängig von Suiziden – einher. So ist auch das Risiko für einen Herz-Kreislauf-Tod bei depressiven Menschen deutlich erhöht. Dieses Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Ursache zu sterben, erwies sich nach einer neueren Untersuchung für depressive Patienten höher als die Risiken, die durch Hypercholesterinämie und Fettleibigkeit entstehen (Ladwig et al. 2017). Viele Depressionen werden nicht erkannt bzw. nicht behandelt. Dies stellt ein wichtiges

eigenständiges Problem in der Versorgung dieser Menschen dar, zu dessen Behebung derzeit viele Anstrengungen unternommen werden.

Interessant ist, dass viele depressive Erkrankungen »Vorläufer« in der Kinder- und Jugendzeit haben. Diese depressiven Vorläufer im Kindes- und Jugendalter stellen einen eigenständigen Risikofaktor für eine spätere Depression im Erwachsenenalter dar. Nach einer repräsentativen Studie von 12- bis 17-Jährigen in Deutschland waren schon 8,2% der befragten Jugendlichen von einer depressiven Symptomatik betroffen (Wartberg et al. 2018). Andere Studien zeigen, dass derartige depressive Symptome (oder depressive Episoden) bei Jugendlichen einen starken Risikofaktor für eine spätere Depression darstellen und das Risiko des späteren Auftretens der Störung um das Zwei- bis Vierfache erhöhen (Pine et al. 1998). Auf der anderen Seite zeigen Studien auch, dass Depressionen in der Kindheit und Jugend häufig mit belastenden und traumatischen Erlebnissen zusammenhängen und einen deutlich komplizierteren und schwierigeren Verlauf im Vergleich zu später entstandenen depressiven Erkrankungen haben (Nanni et al. 2012).

Depressionen zeichnen sich durch einen Verlauf in Phasen (Episoden) aus. Dies bedeutet, dass sie, wie man aus der Zeit vor der Einführung von Psychopharmaka weiß, häufig auch ohne therapeutische Maßnahmen nach ca. 6–8 Monaten abklingen (Üstün et al. 2004, Berger & van Calker 2004). Die Entwicklung effektiver Therapien führte zu einer Verkürzung dieser Zeit auf ca. vier Monate und einer weniger starken Ausprägung einzelner Episoden (Kessler et al. 2003). Von einigen Forschern wird vermutet, dass antidepressive Medikamente eher symptomunterdrückend wirken als ursächlich heilend wirksam sind (Hollon et al. 2002).

Die Verläufe depressiver Störungen weisen eine große Variabilität auf, wobei die Anzahl der depressiven Episoden wie auch die Vollständigkeit des Verschwindens der depressiven Symptome (vollständige Remission) eine wichtige Rolle für den weiteren Verlauf der Erkrankung spielen. Die nach einer unvollständigen Remission verbleibenden Restsymptome werden von den Patienten häufig noch als deutlich einschränkend erlebt. Derartige Restsymptome stellen auch einen der stärksten Risikofaktoren für einen depressiven Rückfall dar (Nierenberg et al. 2003). Man rechnet, dass das Risiko eines depressiven Rückfalles im Falle einer unvollständigen Remission der depressiven Störung ca. 5-fach gegenüber den Patienten mit einer vollständigen Remission erhöht ist. Im Durchschnitt rechnet man zwei Jahre nach Abschluss einer erfolgreichen Behandlung einer depressiven Störung mit einer Rückfallwahrscheinlichkeit von 40–50% (de Jong-Meyer et al. 2007, Keller 1999, Hautzinger & de Jong-Meyer 1996, Hollon et al. 1992).

International rechnet man, dass lediglich 20–30 % der depressiven Patienten nur eine einzige depressive Episode erleiden, bei 70–80 % kommt es, je nach der Länge der Nachbeobachtung, zu erneuten Episoden (Angst 1986, Greden 2002). Die Wahrscheinlichkeit der Wiedererkrankung an einer Depression erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70 % und liegt nach der dritten Episode bei 90 % (Kupfer 1991). Bei vielen Patienten scheint sich dabei mit jeder neuen Episode der Depression ein beschleunigtes Auftreten der nächsten, eher behandlungsresistenteren Episode zu zeigen (Keller et al. 1998). Bei ca. 20 % der Patienten kommt es zu einer Chronifizierung der Erkrankung (Eaton et al. 2008, Keller et al. 1992). Bei der großen Mehrzahl der depressiven Patienten kann man daher von einer chronischen oder in Phasen wiederkehrenden Erkrankung sprechen.

Derzeitige Behandlungsmöglichkeiten und ihre Grenzen

Neben der aktiv abwartenden Begleitung (*watchful waiting*), die bei weniger schweren depressiven Erkrankungen Anwendung findet, gibt es drei grundlegende Therapieansätze sowie eine Reihe von weiteren etablierten Therapiemethoden zur Behandlung depressiver Störungen. Die am häufigsten verwendeten Behandlungsformen sind medikamentöse Behandlungen, psychotherapeutische Behandlungen sowie eine Kombination von medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Weitere Therapieverfahren, die häufig in Kombination mit den oben genannten Behandlungsformen adjuvant eingesetzt werden, sind zum Beispiel: Lichttherapie, Wachtherapie, Sport und Bewegungstherapien, Elektrokonvulsionstherapie (EKT), die transkraniale Magnetstimulationstherapie (TMS) sowie die in stationären Behandlungen eingesetzte Ergotherapie, künstlerische Therapien und Körpertherapien (DGPPN et al. 2015). Alle diese Therapiemöglichkeiten haben die Behandlung depressiver Erkrankungen zum Teil deutlich verbessert. Einige grundlegende Probleme der Behandlung depressiver Patienten sind jedoch bis heute nicht gelöst.

Diese ungelösten Behandlungsprobleme führen immer noch zu einer hohen Zahl von schwer depressiv erkrankten Menschen, vor allem solchen, die unter wiederholten depressiven Episoden leiden oder in ihrer chronischen schweren Depression immer wieder nur kurzfristige bzw. gar keine Erleichterung erleben.

Im Folgenden möchten wir zuerst auf die drei grundlegenden, in den Leitlinien etablierten Therapieansätze zur Behandlung depressiver Störungen eingehen. Einige der anderen Therapieverfahren werden im weiteren Verlauf des Buches angesprochen werden.

Die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung der Depression hat die Behandlungen depressiver Patienten deutlich erleichtert. Sie hat vielen Patienten mit zum Teil kaum erträglichen depressiven Zuständen Erleichterung gebracht und Hoffnung gegeben. Zur Wirksamkeit von Antidepressiva liegen daher auch sehr viele randomisierte klinische Studien sowie Metaanalysen vor. Als Nachweis einer klinisch relevanten Wirksamkeit wird in diesen Studien eine mindestens 50-prozentige Verbesserung der Symptome der Patienten angesehen. In den wissenschaftlichen Studien zu medikamentösen Behandlungen kommt es in der Regel bei einer Behandlung von bis zu zwölf Wochen bei ca. 50–60 % der Patienten zu einer derartigen Verbesserung, einer Response (Walsh et al. 2002). Zu einer vollständigen Auflösung der depressiven Symptome, einer vollständigen Remission, kommt es jedoch meist nur bei weniger als der Hälfte der Patienten (Bauer et al. 2005). In längeren Nachuntersuchungen zeigt sich, dass viele der Patienten dabei zwischen den Zuständen der Teilremission, vollständiger Remission und einem Wiederauftreten der Symptomatik hin und her zu pendeln scheinen.

Auch erleiden 15–20 % der depressiven Patienten trotz einer Behandlung eine Chronifizierung ihrer Depression mit einer Beschwerdedauer von über zwei Jahren (Spijker et al. 2002).

Ein weiteres wichtiges Problem, das Auftreten von depressiven Rückfällen, wird durch eine medikamentöse Therapie nur teilweise reduziert, selbst durch eine kontinuierlich fortgesetzte medikamentöse Therapie (Erhaltungstherapie). Betrachtet man das Rückfallrisiko insgesamt, so liegt dieses, abhängig von der Art der Behandlung, nach dem ersten Jahr bei 30–40 % (Belsher & Costello 1988). Nach einem Zeitraum von zwei Jahren nach einer erfolgreichen Behandlung muss mit einer Rückfallwahrscheinlichkeit von 40–50 % gerechnet werden.

Weiterhin wird zunehmend klar, dass die Wahrnehmung der (Fach-)Öffentlichkeit die Wirksamkeit von Antidepressiva eher überschätzt. Dies unter anderem dadurch, dass Studien, in denen das Antidepressivum sich als wirksamer zeigte, häufiger publiziert werden als solche, in denen dies nicht der Fall war (Elkin et al. 1989).

Es zeigte sich auch, dass bei einer leichten oder mittelgradigen Depression nach neueren Metaanalysen klinischer Studien der klinische Effekt einer medikamentösen Behandlung in der Größenordnung einer Placebo-Wirkung (d. h. ohne eigene nachweisbare stoffgebundene Wirksamkeit) eingeschätzt werden muss. Ein klinisch signifikanter Unterschied ist in diesen Metaanalysen erst bei einer schweren Depression (mit Testwerten in der Hamilton Skala über 25) nachweisbar (Fournier et al. 2010). Eine 2019 erschienene Metaanalyse, die 522 Studien analy-

sierte, kommt sogar zu dem Ergebnis, dass durch mögliche methodische Fehler bis heute unklar ist, ob Antidepressiva tatsächlich wirksamer sind als Placebos (Munkholm et al. 2019).

Ein zusätzliches Problem bei der Anwendung antidepressiver Medikamente liegt darin, dass vor allem ihre längerfristige Einnahme durch Nebenwirkungen wie z.B. eine häufige Gewichtszunahme und Compliance-Probleme, die zum heimlichen Weglassen der Medikamente führen können, eingeschränkt ist (Hirschfeld 2003, Reid & Barbui 2010).

Insgesamt können psychopharmakologische Interventionen daher bei schweren Depressionen notwendig sein, stoßen jedoch in ihrer Wirksamkeit, ganz abgesehen von der Diskussion ihrer generellen Wirksamkeit, speziell bezüglich der Prävention einer Chronifizierung und der Verhinderung von Rückfällen an deutliche Grenzen.

In den Empfehlungen verschiedener internationaler Leitlinien zur Behandlung depressiver Störungen wird daher meist eine Kombination von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie als Standardbehandlung für schwere depressive Störungen empfohlen (DGPPN et al. 2015, NICE 2018). In der Realität der klinischen Versorgung wird dieses empfohlene Vorgehen aus verschiedenen Gründen jedoch häufig nicht eingehalten.

Psychotherapeutische Interventionen haben eine lange Tradition in der Behandlung der Depression. Zu den am häufigsten eingesetzten und wissenschaftlich gut untersuchten psychotherapeutischen Ansätzen für depressive Störungen gehören die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), psychodynamische Psychotherapie (PD) und interpersonelle Psychotherapie (IPT). Viele Studien und Metaanalysen belegen, dass diese psychotherapeutischen Ansätze zur Behandlung depressiver Episoden in ihrer Wirksamkeit mindestens so effektiv wie eine medikamentöse Behandlung sind (Hollon et al. 2002, DeRubeis et al. 2005). Auch wenn, wie bei anderen Patientengruppen, bei ca. 5–10 % der mit Psychotherapie behandelten Patienten eine zumindest zeitweilige Verschlechterung angenommen wird (Lambert & Ogles 2004, Mohr 1995), scheinen diese Nebenwirkungen für viele Patienten gegenüber den Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung akzeptabler.

Gegenüber der alleinigen medikamentösen Behandlung scheint die Psychotherapie insgesamt deutliche Vorteile zu haben. So fand eine Metaanalyse von 28 Studien, dass eine Behandlung mit kognitiver Verhaltenstherapie – allein oder in Kombination mit einer Pharmakotherapie – die Behandlungsergebnisse signi-

fikant verbesserte. Auch das Risiko eines Rückfalls oder eines Rückfalls zum Ende der Erhaltungstherapie war signifikant reduziert (Hollon et al. 2006, Vittengl et al. 2007, Beck 2005). In den deutschen nationalen Leitlinien heißt es daher als Empfehlung zur Behandlung einer depressiven Störung: »zur Stabilisierung des Therapieerfolges sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss einer Akutbehandlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungstherapie) angeboten werden«. Weiterhin empfiehlt die wissenschaftliche Leitlinie: »längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden« (DGPPN et al. 2015).

Diese Empfehlungen sind auch deshalb wichtig, weil die Rückfallraten auch unter Patienten nach einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung hoch sind. In einer Studie hatten nach einem Jahr 29 % und nach zwei Jahren 54 % der Patienten eine erneute depressive Episode (Vittengl et al. 2007). Ähnliche Zahlen finden sich in einer Reihe von anderen Studien.

Von vielen Kliniken und Forschern wird die Depression daher zunehmend als schwere chronische Erkrankung betrachtet, die nur bei einem kleineren Teil der Patienten vollständig geheilt werden kann (Nierenberg et al. 2003). Dies ist sicher auch einer der Gründe, warum in letzter Zeit eine zunehmende Zahl von Forschern verstärkt nach neuen Ansätzen im Verständnis und in der Behandlung depressiver Störungen sucht (Buckman et al. 2018, Kraus et al. 2019, Heinz et al. 2016).

Ein Faktor wieder neu im Blickfeld: belastende Erlebnisse

Depressive Störungen können in sehr verschiedenen Situationen auftreten, und mögliche Ursachen und Auslöser sind in vielen wissenschaftlichen Studien analysiert worden. Da es eine einzelne Ursache nicht zu geben scheint, versucht man die Faktoren, die zum Entstehen einer Depression beitragen können, zu identifizieren und, wenn möglich, auf diesem Weg neue Therapieansätze zu gewinnen. Einige der festgestellten Risikofaktoren für das Auftreten einer depressiven Episode sind zum Beispiel: genetische Faktoren, hormonelle Faktoren, Licht und Jahreszeiten, mangelnde Bewegung, soziodemografische Faktoren, Grübeln, bestimmte Medikamente, aber auch frühere depressive Episoden und auch die Hauterkrankung Akne und andere chronische Entzündungen (Vallerand et al. 2018, Bullmore 2018a, Bullmore 2018b).

Zwei der wichtigsten Einflussgrößen, die in den vielen Jahren der Entwicklung

von Therapieansätzen zur Behandlung depressiver Erkrankungen immer wieder in den Blickpunkt geraten sind, sind genetische Faktoren, von den man sich neue medikamentöse Behandlungsansätze erhoffte, und belastende bzw. traumatische Lebensereignisse. In den letzten Jahren scheint sich dabei, vor allem durch die neueren Ergebnisse neurobiologischer Stress- und Traumaforschung, eine stärkere Zusammensicht beider Ursachenkomplexe bei einer zunehmenden Gewichtung der belastenden und traumatischen Lebensereignisse anzudeuten.

Durch die bei eineiigen Zwillingen in 50 % der Fälle bei beiden Zwillingen auftretenden unipolaren depressiven Erkrankungen (Konkordanzrate – sie beträgt bei zweieiigen Zwillingen 15–20 %) wurde früh schon die Aufmerksamkeit auf den Beitrag genetischer Faktoren zum Risiko einer depressiven Erkrankung gelenkt. Die Suche nach dem einen genetischen Faktor, der zu depressiven Störungen führt, war jedoch nur wenig erfolgreich. Auch wenn immer wieder einzelne »Kandidatengene« als Risikofaktoren depressiver Störungen gefunden wurden, kann derzeit davon ausgegangen werden, dass der genetische Faktor bei depressiven Erkrankungen von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Gene mitverursacht wird.

Ein Beispiel für die lange Diskussion über Kandidatengene sind die Studien zu den Varianten des Serotonintransporter-Gens. Dieses Gen ist eines der am besten untersuchten Kandidatengene, die mit dem Auftreten depressiver Episoden in Zusammenhang gebracht werden. In einer Untersuchung von Avshalom Caspi zeigte eine Variante dieses Gens (mit einem kurzen Allel) zusammen mit mehreren belastenden Lebensereignissen einen signifikanten Einfluss auf das vermehrte Auftreten depressiver Störungen (Caspi et al. 2003).

Sechs Jahre nach dieser Studie untersuchte Neil Risch, einer der führenden amerikanischen Molekulargenetiker, die seither zu dieser Frage entstandenen 26 RCT-Studien in einer Metaanalyse. In dieser Metaanalyse zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen den Varianten des Serotonintransporter-Gens und dem Auftreten einer depressiven Störung nicht nachgewiesen werden konnte. Ebenso wenig konnte ein Zusammenhang zwischen der Genvariante zusammen mit mehreren belastenden Lebensereignissen und dem Auftreten einer depressiven Störung festgestellt werden. Der einzig signifikante Zusammenhang, den die Metaanalyse feststellen konnte, war der Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen allein und dem Auftreten einer depressiven Störung (Risch et al. 2009).

In einer neueren Metaanalyse wurden 18 weitere Kandidatengene über eine Reihe großer Stichproben in ihrem Einfluss auf das Entstehen depressiver Erkran-

kungen noch einmal untersucht. Ebenso wie in der Risch-Studie zeigte sich kein Zusammenhang mit Depressionen zwischen den Kandidatengeneten allein oder im Zusammenspiel mit belastenden Umweltsituationen. Einzig die belastenden Umweltsituationen allein zeigten starke Effekte bezüglich der Entwicklung depressiver Störungen. Die Autoren stellten fest: »In Übereinstimmung mit der amerikanischen Arbeitsgruppe des Mental Health Council for Genomic des National Institute for Health (NIH) folgern wir, dass es für die Depressionsforschung an der Zeit ist, die Suche nach historischen Kandidatengeneten und deren Gen-Umwelt-Interaktion zu beenden« (Border et al. 2019).

Nach diesen Ergebnissen sieht es tatsächlich so aus, als ob die vorhandenen genetischen Einflussfaktoren gegenüber dem in der Metaanalyse wesentlich einflussreicheren Faktor der belastenden Lebensereignisse in den Hintergrund treten. Doch genetische Studien wie diese sind nicht der einzige Hinweis auf den zunehmend ins Blickfeld kommenden Faktor der belastenden und traumatischen Lebensereignisse.

Von Seiten der klinischen Forschung werden mittlerweile vor allem frühe Kindheitsbelastungen und Traumatisierungen und ihre neurobiologischen Folgen als ein signifikanter Faktor in der Verursachung und Entwicklung depressiver Episoden angesehen (Heim & Nemeroff 2001, Nanni et al. 2012). In seinen Untersuchungen konnte Martin Teicher mit seinem Team am McLean-Krankenhaus in Boston in prospektiven Studien nicht nur den Zusammenhang von frühkindlichen Misshandlungen, sexuellem Missbrauch mit einem erhöhten Depressionsrisiko bestätigen, sondern auch den zum Teil noch stärkeren Zusammenhang von Depressionen mit emotionalem und verbalem Missbrauch und Vernachlässigung (Khan et al. 2015). In weiteren Untersuchungen konnten so deutliche neurobiologische Veränderungen identifiziert werden, die durch derartige Stressoren in verschiedenen Entwicklungsaltern bei Jungen und Mädchen verursacht werden (Teicher et al. 2018).

In größeren epidemiologischen Studien zeigt sich, dass traumatische Erfahrungen und das Erleben eines dysfunktionalen Zuhauses in der Kindheit für einen großen Teil des populationsabhängigen Risikos für majore Depressionen und Suizide verantwortlich zu sein scheinen (Dube et al. 2003, Dube et al. 2001).

Die mit depressiven Störungen zusammenhängenden Belastungen umfassen keineswegs nur die in den diagnostischen Manualen eigens definierten »traumatischen Erlebnisse«, die meist Erfahrungen im Zusammenhang mit erlebter Lebensgefahr beschreiben und im Kriterium A in den jeweiligen diagnostischen Manualen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bzw. der Amerikanischen

psychiatrischen Fachgesellschaft (APA) leicht unterschiedlich beschrieben werden. Wichtige Stressoren, die als klare Risikofaktoren für spätere Depression gelten, werden nicht durch das Kriterium A erfasst, lassen sich aber häufig mit dem Konzept der »Bindungstraumatisierungen« erfassen. Dies gilt speziell für Trennungen und Verluste, aber auch Vernachlässigung und emotionale Misshandlungen, für die ein Zusammenhang mit depressiven Episoden belegt ist. Interessant ist, dass die neurobiologischen Folgen derartiger Bindungstraumatisierungen in der Kindheit ähnlich schwer sind wie die Folgen von körperlicher Gewalt. Als Risikofaktor für spätere depressive Störungen scheinen belastende Bindungs- und Beziehungserfahrungen deutlich gewichtiger zu sein, als bisher vermutet (Chapman et al. 2004, Teicher et al. 2006, Minelli et al. 2019). So zeigen auch Studien depressiv erkrankter Patienten, dass diese im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen zwei- bis dreimal so viele frühe Verlusterlebnisse erlitten haben (Agid et al. 1999).

Belastende Erlebnisse, die mit einem Depressionsrisiko bzw. der direkten Auslösung einer depressiven Episode verbunden sind, gibt es nicht nur im Kindesalter. So zeigen Studien, dass Erlebnisse von Trennungen, Verlusten, Beschämungen und Erniedrigungen auch im Erwachsenenalter in einem deutlich nachweisbaren Zusammenhang mit dem Beginn depressiver Episoden stehen können (Kendler et al. 2003). Auch Mobbing-Erlebnisse sowie chronischer psychosozialer Stress am Arbeitsplatz erhöhen das Depressionsrisiko signifikant (Siegrist 2008). In der klinischen Diagnostik können ja auch viele depressive Patienten die Situationen und Umstände benennen, die sie mit dem Beginn ihrer depressiven Erkrankung in Zusammenhang bringen.

Vielleicht ist es ganz gut, dass die Forschung uns zunehmend darauf hinweist, den belastenden Erlebnissen, die die Patienten in diesen Zusammenhängen schildern, mehr Aufmerksamkeit zu widmen, selbst wenn diese Erlebnisse nicht die Kriterien einer traumatischen Auslösesituation (Kriterium A) erfüllen.

An dieser Stelle scheint der schon in der klassischen psychoanalytischen Literatur beschriebene Begriff des Traumas als Bindungstrauma im Zusammenhang mit der Depression wieder an Bedeutung zu gewinnen (Bowlby 1980, Wöller 2006, Brisch 2017). Der auf belastende Ereignisse, die das Kriterium A erfüllen, eingeschränkte klassische Traumabegriff scheint zwar im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung hilfreich zu sein, gegenüber im Kontext der depressiven Störung auftretenden belastenden Erlebnissen aber zu kurz zu greifen. Die Frage ist hier tatsächlich, ob man derartige Erlebnisse, die zwar krankheitsauslösend, pathogen zu sein scheinen, aber nicht das Kriterium A der posttraumati-

schen Belastungsstörung erfüllen, alle unter dem doch in den diagnostischen Manualen eng beschriebenen Begriff »Trauma« zusammenfassen sollte.

Ein anderer Weg, diese zum Teil schwer klassifizierbaren belastenden Erlebnisse zu erfassen, ist der Rückgriff auf die den ACE-Studien zugrunde liegenden, teils leicht unterschiedlichen Listen zu meist 9 Kategorien von Missbrauch in der Kindheit und Störungen der häuslichen Umgebung des Kindes (*household dysfunction*). ACE steht hierbei für *Adverse Childhood Experiences*, die nicht auf klassische Traumatisierungen in der Kindheit beschränkt sind, sondern viele Einflüsse aus dem nahen sozialen Umfeld des Kindes mit einbeziehen. Insgesamt gibt es in der klassischen ACE-Liste 9 Kindheitserfahrungen, die in den Befragungen mit einfachen Antworten wie ja oder nein ausgefüllt werden können. (In neueren ACE-Listen werden einzelne Formen belastender Erlebnisse hinzugefügt oder weggelassen, grundsätzlich bleiben die Ergebnisse jedoch gleich.) Die klassische ACE-Liste enthält folgende neun Risikofaktoren:

- wiederholter physischer Missbrauch
- wiederholter emotionaler Missbrauch
- sexueller Missbrauch mit körperlichem Kontakt
- Alkohol- oder Drogenkranke im Haushalt
- Haushaltsmitglied im Gefängnis
- Haushaltsmitglied mit chronischer Depression, psychischer Erkrankung, in stationärer Behandlung oder suizidal
- Mutter erfährt Gewalt
- allein erziehender Elternteil oder keine Eltern
- emotionale oder physische Vernachlässigung (*neglect*).

Jedes »Ja« bei einer der Fragen aus der Liste zählte dabei einen Punkt. Die erste ACE-Studie entstand in einer Kooperation des nationalen amerikanischen Center for Disease Control and Prevention (CDC) mit der Abteilung für präventive Medizin einer großen amerikanischen Versicherung in San Diego, Kalifornien. In der Studie wurden über 17 000 Amerikaner der Mittelklasse (Altersdurchschnitt 57 Jahre) mit der ACE-Liste und gleichzeitig zu ihrem Gesundheitszustand und zu Erkrankungen befragt. Die Ergebnisse zeigen einen sehr stark signifikanten Zusammenhang zwischen den ACE-Punktwerten (0–9 Punkte waren insgesamt möglich) und psychischen Problemen wie Depressionen, Suizidversuchen und Suchterkrankungen. Bei den depressiven Erkrankungen wurde zusätzlich beobachtet, dass diese, wenn stärkere Belastungsfaktoren aus der Kindheit, beson-

ders psychischer Missbrauch und Vernachlässigung hinzukommen, im Erwachsenenalter deutlich schwerer behandelbar sind (Nanni et al. 2012, Infurna et al. 2016).

Weiterhin zeigten sich starke Zusammenhänge zwischen ACE-Faktoren und Risikoverhalten wie Rauchen, Schwangerschaft im Teenageralter, einem erhöhten Risiko erneuter Traumatisierung und eigener Täterschaft sowie ein Zusammenhang mit einer Reihe von schweren körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Herzkranzgefäßerkrankungen und Herzinfarkten, Lungenerkrankungen oder HIV (Felitti et al. 1998, Anda et al. 2006). Mittlerweile wurde diese Studie vielfach international wiederholt und in einer Metaanalyse von Frau Professor Karin Hughes vom europäischen Regionalbüro der WHO, die 37 dieser ACE-Studien mit insgesamt über 250 000 Teilnehmern noch einmal analysierte, in ihren Ergebnissen bestätigt (Hughes et al. 2017).

Interessant ist, dass sich in den ACE-Studien ein deutlicher kumulativer Dosis-Wirkungs-Effekt der Anzahl der Arten belastender Erlebnisse hinsichtlich einer depressiven Symptomatik zeigt – eine höhere Belastung führt auch zu einer stärkeren Symptomatik (Witt et al. 2019a, Witt et al. 2019b). Dieser Dosis-Wirkungs-Zusammenhang zeigt sich auch in anderen Studien zu depressiven Störungen (Mollica et al. 1998, Wise et al. 2001, Shore et al. 1986a, Shore et al. 1986b).

In anderen Studien zeigt sich zusätzlich ein zeitlicher Zusammenhang zwischen belastenden Erlebnissen und dem Auftreten depressiver Symptomatik. Dieser zeitliche Zusammenhang war deutlich enger für Depressionen, als dies für Angststörungen und Ereignisse mit Lebensgefahr gezeigt werden konnte (Kendler et al. 2003, Kendler & Gardner 2016, Strauss et al. 2018).

Beide Zusammenhänge, der zeitliche Zusammenhang von Ereignis und Erkrankung wie auch die Dosis-Wirkungs-Beziehung, legen einen ursächlichen Zusammenhang zwischen belastenden bzw. traumatischen Erlebnissen und dem Auftreten depressiver Episoden nahe.

Der Zusammenhang zwischen schweren belastenden Erlebnissen, die nur zum Teil in der Definition der WHO als »traumatische« Lebensereignisse erfasst werden können, und depressiven Störungen ist mittlerweile durch wissenschaftliche Studien gut belegt und wird seit über zehn Jahren in der Forschung diskutiert. Diese Ergebnisse haben jedoch bislang kaum Eingang in die praktische Behandlung depressiver Patienten gefunden.

Unsere Autorengruppe, deren klinische Erfahrung auch durch die Entwicklung und praktische Anwendung der neuen Ansätze traumazentrierter Psychotherapie geprägt ist, hat nun zunehmend Belege und Erfahrungen für den Erfolg eines auf

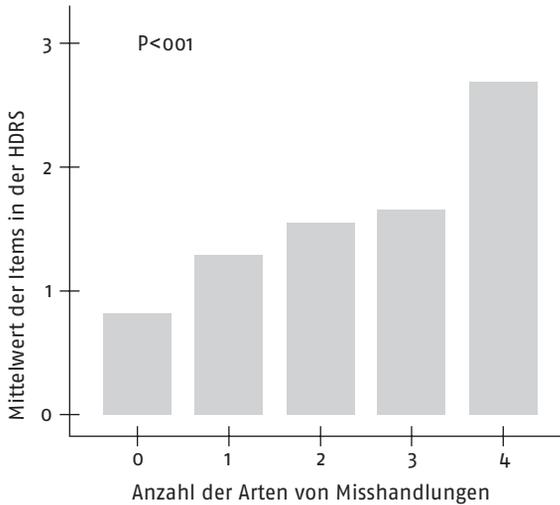


Abb. 1-1: Dosis-Wirkungs-Zusammenhang zwischen Anzahl der Arten von Misshandlungen und depressiver Symptomatik (nach Khan et al. 2015)

diesen Erkenntnissen aufbauenden neuen Therapieansatzes für depressive Störungen mithilfe der EMDR-Therapie gefunden. In diesem neuen, an die traumazentrierte Psychotherapie angelehnten therapeutischen Ansatz können die belastenden und traumatischen Erinnerungen und ihre Folgen direkt fokussiert und bearbeitet werden.

Pathogene Erinnerungen und EMDR-Therapie

Grundlage dieses neuen Ansatzes ist das Modell der pathogenen Erinnerungen, die sich als Erinnerungsstruktur nach klassisch traumatischen und nach nicht-traumatischen belastenden Erinnerungen wie Trennungen und Verlusten, aber auch in anderen Situationen, zum Beispiel durch Schmerzen oder suchtbildende Substanzen, ausbilden (Hase et al. 2017). Das Modell der pathogenen Erinnerungen baut auf dem von Francine Shapiro bereits 2001 postulierten Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) auf, das schon auf die spezielle Art verwies, in der traumatische und belastende Erlebnisse im Gehirn gespeichert und erinnert werden (dysfunktional gespeicherte Erinnerungen). Pathogene Erinnerungen sind biologisch aktive, meist mit vegetativer Erregung oder körpernaher Symptomatik verbundene Einzelerinnerungen bzw. Erinnerungskomplexe. Die Patienten können die »Aktivität« dieser Erinnerungen meist sehr gut

beurteilen und skalieren. Dies nutzt Shapiro, indem sie die von Josef Wolpe entwickelte Skala der Subjective Units of Disturbance (SUD) modifizierte und in die EMDR-Therapie integrierte (Shapiro 1995, Wolpe 1969). Auf der so entstandenen 11-Punkte-Likert-Skala kann der Patient den Grad seiner subjektiven Belastung von 0 bis 10 angeben. Dabei bedeutet null »das Ereignis war damals sehr belastend, heute macht es mir nichts mehr aus«, während 10 die maximal vorstellbare Belastung darstellt. Diese Skala ist in Behandlungen sehr gut einsetzbar, hat gute psychometrische Eigenschaften und ist bei EMDR-Therapien ein guter Indikator für therapeutische Veränderungen (Kim et al. 2008). Das Abfallen des SUD in EMDR-Therapien ist hierbei signifikant mit einem Abfall der psychophysiologischen Erregung verbunden (Sack et al. 2008). In einer Untersuchung mit bildgebenden Verfahren konnte Pagani an PTBS-Patienten zeigen, dass die neuronale Aktivität im Gehirn bei Aktivierung einer pathogenen Erinnerung stark im limbischen, subkortikalen Bereich zentriert war. Nach der erfolgreichen EMDR-Behandlung hatte sich bei erneuter Aktivierung der nun nicht mehr als belastend erlebten Erinnerung die neuronale Aktivität deutlich in die assoziativen kortikalen Areale verlagert (Pagani et al. 2012).

Die meisten depressiven Patienten, die ein auslösendes Erlebnis mit dem Beginn ihrer depressiven Episode verbinden können, geben bei einer Befragung diesem Erlebnis einen hohen Wert auf der SUD-Skala. Dies geschieht häufig auch, wenn diese belastenden Erlebnisse (Verluste, Trennungen, Mobbing etc.) bereits in Psychotherapien bearbeitet (besprochen) wurden.

Bei vielen dieser Patienten beträgt der Abstand zwischen einem derartigen Ereignis und dem Beginn der depressiven Episode etwa 4–8 Wochen, kann gelegentlich aber länger sein. Auch wenn die Zusammenhänge bei einigen Patienten komplexer sind, nennen wir diese mit dem Beginn von depressiven Episoden zusammenhängenden Ereignisse Episodenauslöser.

Wenn Sie also prüfen möchten, ob ein Patient mit einer depressiven Episode, der in Ihrer Behandlung ist, von einer EMDR-Therapie profitieren könnte, fragen Sie ihn nach dem zum jetzigen Zeitpunkt bestehenden Belastungsgrad (SUD) bezüglich seines vermuteten Episodenauslösers.

In vielen Fällen werden Sie feststellen, dass selbst bei Erlebnissen, die bereits mehrfach in der Behandlung besprochen und verstanden wurden, der Belastungsgrad immer noch deutlich erhöht ist. Eine typische Aussage eines derartigen Patienten wäre: »Ich verstehe das Erlebnis heute viel besser, kann auch besser damit umgehen, aber wenn ich mir das Ereignis heute vorstelle, fühlt es sich immer noch belastend für mich an.«

Es scheint so, als ob auf der kortikalen Seite der depressiven Problematik zwar eine Verbesserung erreicht wurde, aber durch die überwiegend im limbischen Bereich verankerten pathogenen Erinnerungen die Belastung immer noch gefühlt werden kann. So verbleibt nicht selten auch nach erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlungen eine Restsymptomatik, die nicht nur das Erreichen einer vollständigen Auflösung der Symptomatik verhindert, sondern auch das Risiko späterer depressiver Rückfälle erhöhen kann.

Erste systematische Untersuchungen

Unsere erste systematische Studie, die die Effektivität eines solchen Einsatzes von EMDR-Therapie bei depressiven Patienten überprüfen sollte, war eine retrospektive Studie, die wir 2008 begannen. Wir hatten bereits von einer Reihe von Kolleginnen und Kollegen gehört, die von erfolgreich mit EMDR behandelten depressiven Störungen berichteten. Einige berichteten auch, dass bei einigen Patienten, die bislang immer wieder mit neuen depressiven Episoden rückfällig geworden waren, diese Rückfälle nach einer EMDR-Behandlung aufhörten.

Dies wollten wir systematischer untersuchen. Das EMDR-Institut Deutschland ist ein 1992 gegründetes Ausbildungs- und Forschungsinstitut, das über ein bundesweites Netzwerk von Dozenten und Supervisoren verfügt. In diesem Netzwerk fragten wir erfahrene EMDR-Ausbilderinnen und -Ausbilder, ob sie in den letzten Jahren Patienten mit rezidivierenden Depressionen ohne eine posttraumatische Belastungsstörung mit EMDR-Therapie behandelt hätten. Dabei interessierten uns besonders Behandlungen, die erfolgreich beendet worden waren und bereits einige Zeit zurücklagen. Wir baten die Kolleginnen und Kollegen dann, mit diesen Patientinnen erneut Kontakt aufzunehmen und sie zu befragen. Dabei interessierten uns besonders zwischenzeitlich aufgetretene Rückfälle. Außerdem wurden die Patienten gebeten, noch einmal ein Beck-Depressions-Inventar auszufüllen.

Insgesamt konnten zehn Patienten (neun Frauen, ein Mann) für die Studie gewonnen werden. Das durchschnittliche Alter war 52 Jahre, alle hatten rezidivierende Depressionen (F33.X), zwei sogenannte doppelte Depressionen (*double depression*, F 33.X und F 34.1). Bei drei Patientinnen war die Depression bereits chronisch geworden und bestand über zwei Jahre. Die Zahl der Rückfälle betrug im Schnitt 6,4 (Spanne 3–13). Alle Patientinnen waren in ambulanten verhaltenstherapeutischer oder psychodynamischer psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Die Länge der Behandlungen betrug im Schnitt 60 Sitzungen, von denen