

Die Göttinger Psychotherapiestudie

Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Als Goldstandard für Wirksamkeitsstudien im Rahmen der Psychotherapie werden randomisierte kontrollierte Studien („randomized controlled trials“, RCTs) angesehen (z. B. Chambless u. Hollon 1998). Randomized controlled trials werden jedoch zunehmend kritischer beurteilt, da ihre Ergebnisse – im Gegensatz zu denen naturalistischer Studien – für die Praxis nur begrenzt repräsentativ sind (z. B. Seligman 1995). Nach den Kriterien von Chambless und Hollon (1998) werden paradoxerweise nur solche Studien (nämlich RCTs) als Wirkungsnachweise zugelassen werden, die gerade keine oder nur begrenzte Aussagen über die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens in der Praxis erlauben. Weiterhin sind RCTs allenfalls für Kurzzeittherapien angemessen, jedoch nur eingeschränkt für Langzeittherapien (LZT): Über mehrere Jahre hinweg sind

glaubhafte Vergleichsbedingungen ebenso wenig möglich wie die Durchführung von Therapien nach Manualen (Seligman 1995). Versuche, die Randomisierung auf LZT anzuwenden, sind am Widerstand der Patienten gescheitert (Sandell et al. 1999). Darüber hinaus zerstört die Randomisierung den Untersuchungsgegenstand, wenn es um die Untersuchung der Effekte (psychoanalytischer) LZT geht: Patienten, die sich für eine LZT entscheiden, unterscheiden sich von solchen, die sich für eine kürzere (z. B. tiefenpsychologisch fundierte) Therapie entscheiden, nicht im Hinblick auf Diagnosegruppen, sondern im Hinblick auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Betonung von Abhängigkeit vs. Autonomie; Rudolf et al. 1994). Eine zufällige Zuweisung der Patienten in eine LZT-Gruppe und eine – wie auch immer geartete – Therapievergleichsgruppe zerstört die intrinsische Verklammerung von Patientenmerkmalen und Therapiemethode. Selbst wenn also die Patienten eine zufällige Zuweisung mitmachen würden, wären die Ergebnisse, zu denen eine solche Studie führen würde, nicht mehr für die Patienten gültig, die sich in der Praxis für genau diese Methode der LZT entscheiden. So angewendet, verkommt die Randomisierung zu einem rein formalen, zwanghaft durchgeführten Ritual. Wenn die angewendete Methode nicht mehr auf die inhaltliche Fragestellung be-

* Falk Leichsenring: Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie Universität Gießen – Reinhard Kreische: Vorsitzender Lou-Andreas Salome-Institut Göttingen und niedergelassen in eigener Praxis, Göttingen – Joachim Biskup: Niedergelassen in eigener Praxis, Göttingen – Hermann Staats: Fachhochschule Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Potsdam – Gerd Rudolf: Prof. emeritus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg – Thorsten Jakobsen: Institut für Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung Heidelberg und niedergelassen in ambulanter Praxis, Basel

zogen wird, besteht die Gefahr, dass eine (für bestimmte Fragestellungen sinnvolle) Methode sich verselbstständigt und zum Dogma erhoben wird. Unter Zugrundelegung aktueller wissenschaftstheoretischer Auffassungen von der Struktur wissenschaftlicher Theorien und Hypothesen – der strukturalistischen Theorienkonzeption – lässt sich zeigen, dass sich RCTs und naturalistische Studien auf unterschiedliche „intendierte Anwendungen“ (Labor vs. Feld; Leichsenring 2004) beziehen. Diese Sichtweise hat mehrere wichtige Implikationen:

- Randomized controlled trials und naturalistische Studien stehen nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern zielen auf unterschiedliche Fragestellungen.
- Randomized controlled trials und naturalistische Studien unterscheiden sich bei dieser Sichtweise *nicht* prinzipiell im Hinblick auf ihre interne und ihre externe Validität.
- Die Evidenz aus naturalistischen Studien ist nicht grundsätzlich von geringerer Qualität als die aus RCTs.
- Die Wirkungsbelege aus RCTs können nicht unmittelbar auf die psychotherapeutische Praxis übertragen werden.
- Die Wirksamkeit im Feld ist eigens nachzuweisen. Naturalistische Studien liefern Belege für die Wirksamkeit im Feld.
- Die bisherigen an RCTs orientierten Schemata zur Einstufung der empirischen Evidenz sind nicht auf die Frage der Wirksamkeit im Feld (naturalistische Studien) anwendbar.
- Für naturalistische Studien sind eigene Kriterien und Evidenzstufen zu formulieren. Hierzu ist an anderer Stelle ein Vorschlag gemacht worden, der sich als Parallele zu bestehenden Evidenzeinstufungen versteht (Leichsenring 2004). Daraus lässt sich eine Forschungsagenda zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren im Feld ableiten.

Für LZT bieten sich daher naturalistische Studien unter Praxisbedingungen an. Naturalistische Bedingungen erschweren zwar die Selektion von homogenen symptombezogenen Stichproben, da in den Praxen (in Deutschland) häufig Patienten mit chronifizierten und komplexen Störungen behandelt werden – mit komplexen Störungen sind multimorbide Patienten gemeint, bei denen mehrere ICD-10-Diagnosen gestellt werden. Studien unter Praxisbedingungen haben aber den Vorteil, dass genau die Patienten, die Therapeuten und die Therapieformen untersucht werden, die für die klinische Praxis repräsentativ sind. Zudem ist aus psychoanalytischer Sicht eine vergleichbare Symptomatik nicht so relevant wie z. B. die der Symptomatik zugrunde liegenden unbewussten Konflikte oder das strukturelle Funktionsniveau (s. hierzu auch Arbeitskreis OPD 2006). Diese können bei gleicher Symptomatik sehr unterschiedlich sein, sodass auch die Behandlung unterschiedlich zu konzipieren ist. In der Praxis des analytischen LZT-Verfahrens ist es daher erforderlich je nach Behandlungsfall Behandlungstechnik, Sitzungsfrequenz und Therapiedauer variabel zu handhaben und auf den jeweiligen Patienten abzustimmen. Therapiemanuale werden in aller Regel nicht verwendet. Die therapeutische Zielsetzung der psychodynamischen LZT ist eine zweifache: zum einen soll die vorherrschende, krankheitswertige Symptomatik nachhaltig reduziert werden, zum anderen wird v. a. eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, d. h. von zeitlich stabilen dispositionellen Merkmalen angestrebt (unbewusste Konflikte und strukturelle Einschränkungen). Für die Erfassung der Umstrukturierung im Bereich der Persönlichkeit liegen verschiedene Instrumente vor, z. B. die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al. 2000) oder die Skalen Psychischer Kompetenzen (Huber et al. 2006). Für die Untersuchung von Veränderungen in der Symptomatik und im zwischenmenschlichen Bereich haben sich in der Psychotherapieforschung international

Falk Leichsenring · Reinhard Kreische · Joachim Biskup · Hermann Staats · Gerd Rudolf
Thorsten Jakobsen

Die Göttinger Psychotherapiestudie – Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Zusammenfassung

Es besteht ein großer Bedarf an empirischen Studien, die die Wirksamkeit analytischer Langzeittherapie (AP) belegen. Insbesondere mangelt es an störungsspezifischen Wirkungsnachweisen. In der vorliegenden Arbeit wird die Wirksamkeit ambulanter AP hinsichtlich der Symptombesserung und der Reduktion interpersoneller Probleme untersucht. Im Besonderen geht es um die Frage der Wirksamkeit der AP bei Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Zu diesem Zweck werden die Daten der Göttinger Studie zur Wirksamkeit ambulanter AP für die oben genannten Diagnosegruppen spezifisch ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass AP signifikante Verbes-

serungen in der Symptomatik und in interpersonellen Problemen sowohl bei Therapieende als auch in der Einjahreskatamnese erreicht. Die Effekte sind groß und in der Einjahreskatamnese stabil. In den meisten Fällen nehmen die Effekte zur Katamnese sogar tendenziell zu. Dies gilt für affektive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Weitere Studien zur Wirksamkeit der AP bei spezifischen Störungen sind erforderlich. Zusätzlich zur Untersuchung von Veränderungen in der Symptomatik sollten zukünftig Maße einbezogen werden, die spezifische Aspekte der AP erfassen, wie etwa die Veränderung unbewusster Konflikte oder struktureller Defizite.

The Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy – Outcome of long-term psychoanalytic therapy in depressive, anxiety, obsessive-compulsive, somatoform and personality disorders

Abstract

Empirical studies demonstrating that psychoanalytic therapy works are urgently needed. This is especially true with respect to the effectiveness in specific mental disorders. This study addressed the efficacy of long-term psychoanalytic therapy in depressive, anxiety, obsessive-compulsive, somatoform and personality disorders. Data from the Göttingen Study addressing the effectiveness of long-term out-patient psychoanalytic therapy were used. Evaluations were carried out for specific disorders allowing for comorbid diagnoses. The effects of psychoanalytic therapy were assessed by pre-post and pre-follow-up comparisons.

Additionally, effect sizes were calculated. According to the results, long-term psychoanalytic therapy was associated with a significant reduction of symptoms and interpersonal problems in the abovementioned psychiatric disorders. The effect sizes were large and stable at 1-year follow-up. Further studies of long-term psychoanalytic therapy in specific mental disorders are recommended. In addition to the assessment of improvements in symptoms, measures more specific for long-term psychoanalytic therapy should be applied that refer to alterations of unconscious conflicts or structural deficits.

die Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R; Franke 1995) und das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP; Horowitz et al. 1993) als Standardinstrumente etabliert.

Im Bereich der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten LZT wurden in jüngerer Zeit im deutschsprachigen Raum mehrere prospektive Studien durchgeführt, namentlich in Göttingen, Frankfurt – Hamburg, München und Heidelberg – Berlin, von denen zwei abgeschlossen sind (Brockmann et al. 2002; 2006; Grande et al. 2006) und zwei weitere sich im sehr fortgeschrittenen Stadium der Datenerhebung befinden (Huber und Klug 2005; Leichsenring et al. 2005).

In der vorliegenden Studie werden die Daten der Göttinger Studie für Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen störungsspezifisch ausgewertet werden. Die vorliegende Auswertung konzentriert sich auf die Untersuchung von Veränderungen der Symptomatik und der interpersonellen Probleme. Zur Frage der strukturellen Veränderungen s. Rudolf et al. (2000), Grande et al. (2006) sowie Klug und Huber (2003). Eine Darstellung für die Gesamtstichprobe der Göttinger Studie ohne Differenzierung nach Diagnosegruppen ist an anderer Stelle vorgenommen worden (Leichsenring et al. 2005).

In der vorliegenden Arbeit soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- (1) Wie ist das Behandlungsergebnis analytischer Langzeittherapien (AP) in der Symptomatik und bei interpersonellen Problemen für Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen?
- (2) Wie ist die katamnestiche Stabilität der Ergebnisse?

Methoden

Allgemeine Studiencharakteristiken

In der Göttinger Studie (Leichsenring et al. 2005)¹ werden in einem prospektiven Design AP und tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP) unter Praxisbedingungen untersucht. Bei den Therapeuten handelt es um qualifizierte niedergelassene Psychotherapeuten mit längerer Berufserfahrung. Zur Untersuchung der Therapieeffekte wird neben SCL-90-R und IIP-D eine Reihe weiterer Instrumente eingesetzt (Leichsenring et al. 2005). Messungen finden vor Therapiebeginn, zu verschiedenen Zeitpunkten während der Therapie sowie bei Therapieende und ein Jahr nach Therapieende statt. Gegenwärtig liegen erst die Daten zur AP vor (n=36). Die Datenerhebung bei den mit TP behandelten Patienten ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich daher auf die Daten der mit AP behandelten Patienten.

Diagnoseerfassung

In der Göttingen-Studie erfolgte die Erfassung der Diagnosen durch die behandelnden Psychotherapeuten anhand der ICD-10-Kriterien unter Zuhilfenahme von ICD-10-Checklisten (Leichsenring et al. 2005). Insgesamt ist die Erfassung der Diagnosen in allen Studien durch erfahrene Therapeuten unter Zuhilfenahme von Checklisten gesichert.

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der in der Göttinger Untersuchung mit AP behandelten Patienten umfasst insgesamt 36 Patienten (Leichsenring et al. 2005). Davon sind 25 Patienten Frauen. Daten zur Alters- und Geschlechterverteilung finden sich in ■ Tabelle 1. Wie aus ■ Tabelle 2 hervorgeht, wurde bei 26 Pa-

¹ Die Studie wird durch die DGPT und die DPG gefördert.

Tabelle 1

Verteilung von Alter und Geschlecht in der Untersuchungsstichprobe der Göttinger Studie zur analytischen Langzeittherapie für verschiedene Diagnosegruppen

		Alle	F3	F40	F42	F45
Alter [Jahre]	M	35,3	33,6	34,8	31,7	36,6
	SD	8,6	8,0	11,7	5,9	8,8
	n	36	26	13	11	13
Geschlecht	W (n)	25	16	8	5	7
	W (%)	69,4	61,5	61,5	45,5	53,8
Gesamt	n	36	26	13	11	13

M Mittelwert, *SD* Standardabweichung. *F3* affektive Störungen, *F40* Phobien, *F42* Zwangsstörungen, *F45* somatoforme Störungen.

Tabelle 2

Verteilung der ICD-10-Diagnosen in der Untersuchungsstichprobe der Göttinger Studie zur analytischen Langzeittherapie (AP)

Anzahl der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe		Alle	F3	F40	F42	F45	F60	F60 ohne F60.31
F3	Affektive Störungen	26	26	9	8	10	6	6
F40; F41; F42	Phobien, andere Angststörungen und Zwangsstörungen	21	14	13	11	9	8	7
F43	Belastungsstörungen	5	2	2	1	2	2	1
F44, F45, F48	Dissoziative, somatoforme Störungen und Neurasthenie	14	10	6	5	13	6	6
F50	Essstörungen	3	2	0	1	1	1	1
F51, F52	Nichtorganische Schlaf- und sexuelle Funktionsstörungen	1	1	0	0	0	1	1
F60–F62	Persönlichkeitsstörungen	13	6	4	6	3	13	12
F1, F55	Abhängigkeit und Missbrauch	1	1	0	0	1	1	1
Gesamt		36	26	13	11	13	13	12

Tabelle 3

Therapiedauer und Stundenzahl in der Untersuchungsstichprobe der Göttinger Studie zur analytischen Langzeittherapie (AP) für verschiedene Diagnosegruppen

		Alle	F3	F40	F42	F45	F60	F60 ohne F60.31
Dauer [Monate]	M	36,2	35,6	40,3	46,7	39,5	39,1	37,5
	SD	14,4	15,5	17,2	13,8	17,5	17,5	17,3
	Minimum	12,0	12,0	20,3	23,0	13,8	18,4	18,4
	Median	34	32	42	45	34	34	34
	Maximum	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8	77,8
Sitzungszahl	M	254,7	250,7	252,8	299,1	255,6	262,0	259,3
	SD	72,5	79,2	88,9	78,1	74,9	53,6	55
	Minimum	126	126	126	126	144	160	160
	Median	275	278	240	300	280	275	258
	Maximum	426	426	426	426	360	360	360
	n	36	26	13	11	13	13	12

M Mittelwert, SD Standardabweichung. F3 affektive Störungen, F40 Phobien, F42 Zwangsstörungen, F45 somatoforme Störungen, F60 Persönlichkeitsstörungen, F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ

tienten der Gesamtstichprobe (n=36) eine affektive Störung (ICD-10 F3) diagnostiziert, bei 13 Patienten eine Phobie (ICD-10 F40), bei 9 Patienten eine „andere Angststörung“ (F41), bei 11 Patienten eine Zwangsstörung (ICD-10 F42), bei 13 Patienten eine somatoforme Störung (ICD-10 F45) und bei ebenfalls 13 Patienten eine Persönlichkeitsstörung, hierunter ein Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hierbei sind Mehrfachdiagnosen möglich. Die Anzahl auswertbarer Daten reduziert sich je nach Vollständigkeit der Fragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten jeweils in geringfügigem Umfang.

Therapiebedingungen

In der Göttinger Studie wurden die Therapien von 21 Psychoanalytikern und Psychotherapeuten durchgeführt. Es handelte sich hierbei um erfahrene, niedergelassene

Therapeuten, die für die Richtlinienpsychotherapie zugelassen waren. Alle haben ihre Ausbildung am Lou-Andreas-Salomé-Institut in Göttingen absolviert. Für die vorliegende Untersuchung wurde für die Definition der AP eine Mindestzahl von 120 Sitzungen festgelegt. Die Behandlungen erfolgten mit mehreren Sitzungen pro Woche. Daten zur Therapiedauer und zur Sitzungszahl, nach Diagnosegruppen differenziert, finden sich in **■ Tabelle 3**.

Messzeitpunkte

Messungen wurden vor Therapiebeginn, zu verschiedenen Zeitpunkten während der Behandlung, nach Therapieende und zur Katamnese ein Jahr nach Therapieende durchgeführt. Für die vorliegende Untersuchung wurden die Erhebungen vor Therapiebeginn, nach Therapieende und zur Katamnese ein Jahr nach Therapieende einbezogen.

Differenzierung nach psychischen Störungen

Die Daten der Göttinger Untersuchung (Leichsenring et al. 2005) wurden spezifisch für Patienten mit affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (■ Tabelle 4) ausgewertet. Für Auswertungen bei anderen Diagnosegruppen erwiesen sich die Fallzahlen als zu gering ($n < 10$). Als Outcomemaße wurden die SCL-90-R und das IIP-D verwendet. Die im Laufe der Therapie erreichten Veränderungen wurden über einen Vergleich der Daten mithilfe des t-Tests für abhängige Stichproben ermittelt. B-E bezeichnet die Effekte von Beginn der Therapie zum Therapieende und B-K vom Beginn der Therapie zur Katamnese. Effektgrößen wurden nach Cohen (1988) als Prä-post/Katamnese-Differenzen errechnet, geteilt durch die Standardabweichung des jeweiligen Maßes vor Therapiebeginn.

Ergebnisse

Affektive Störungen (F3)

Die mit AP behandelten Patienten mit affektiven Störungen weisen signifikante Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen auf, sowohl bei Therapieende als auch in der Einjahreskatamnese (s. ■ Tabelle 4). Die Effekte in der Depressivität, erfasst mit der Depressionsskala des SCL-90-R, sind signifikant und in der Einjahreskatamnese stabil. Nach der Definition von (Cohen 1988) sind die erreichten Effekte groß, sowohl bei Therapieende ($d = 1,55$) als auch in der Einjahreskatamnese ($d = 1,83$). Zur Katamnese nehmen die Effekte tendenziell zu.

Phobische Störungen (F40)

Auch bei Patienten mit phobischen Störungen sind die Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Be-

ziehungen signifikant und stabil (s. ■ Tabelle 4). Die Effekte in der Phobie-Skala des SCL-90-R sind groß (1,02 bzw. 0,96).

Zwangsstörungen (F42)

Vergleichbare Effekte werden bei Zwangsstörungen erreicht. Die spezifischen Effekte in der SCL-90-R-Skala Zwanghaftigkeit sind groß und nehmen zur Katamnese noch deutlich zu (1,00 bzw. 1,53).

Somatoforme Störungen

Auch hier werden vergleichbare Effekte erreicht. Dies gilt insbesondere auch für die SCL-90-R-Skala Somatisierung. Eine Zunahme der Effekte zur Katamnese findet sich hier ebenfalls (0,99 bzw. 1,43).

Persönlichkeitsstörungen (F60)

Spezifische (Achse-I-)Symptome existieren per definitionem für Persönlichkeitsstörungen nicht. Symptome finden sich hier als komorbide Störungen. Kennzeichnend für Persönlichkeitsstörungen sind dagegen interpersonelle Probleme. Wie ■ Tabelle 4 zeigt, erreicht AP bei den Persönlichkeitsstörungen signifikante und stabile Verbesserungen in der (komorbiden) Symptomatik. Die Effekte sind bemerkenswert groß (1,88 bzw. 2,19). Dies gilt auch für Verbesserungen bei interpersonellen Problemen (1,41 bzw. 1,50). Letzteres ist umso bemerkenswerter, als der IIP nicht besonders veränderungssensitiv ist. Um zu prüfen, inwieweit die Effekte von schweren Persönlichkeitsstörungen beeinflusst werden – je stärker die Symptomatik, desto leichter lassen sich große Effekte erreichen – wurden die Effekte auch noch einmal unter Ausschluss der Borderline-Persönlichkeitsstörung berechnet. – Hier handelte es sich allerdings nur um einen Patienten. Die erreichten Effekte sind jedoch unter Ausschluss der Borderline-Persönlichkeitsstörung vergleichbar (s. ■ Tabelle 4).

Tabelle 4

Ergebnisse analytischer Psychotherapie, getrennt nach Diagnosegruppen

		Therapie- beginn	Therapie- ende	Einjahres- katamnese
F3 Affektive Störungen	SCL-90 GSI, Mittelwert	1,02	0,42	0,35
	n	26	26	18
	SD	0,52	0,36	0,34
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,000	(B-K) p=0,000
	Effektgröße	–	(B-E) 1,34	(B-K) 1,46
	SCL-90 Depressivität	1,58	0,54	0,45
	n	26	26	15
	SD	0,79	0,53	0,46
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,000	(B-K) p=0,000
	Effektgröße	–	(B-E) 1,55	(B-K) 1,83
	IIP Gesamt, Mittelwert	14,57	11,68	9,84
	n	26	26	15
SD	2,74	4,62	3,96	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,001	(B-K) p=0,000	
Effektgröße	–	(B-E) 0,76	(B-K) 1,44	
F40 Phobien	SCL-90 GSI, Mittelwert	1,02	0,49	0,60
F42 Zwangsstörung	n	13	13	11
	SD	0,43	0,39	0,52
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,000	(B-K) p=0,022
F45	Effektgröße	–	(B-E) 1,29	(B-K) 1,13
Somatofome Störungen	SCL-90 Phobie	0,49	0,15	0,16
	n	13	13	11
	SD	0,44	0,17	0,15
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,016	(B-K) p=0,129
	Effektgröße	–	(B-E) 1,02	(B-K) 0,96
	IIP Gesamt, Mittelwert	14,73	11,49	12,93
	n	13	13	12
	SD	2,94	3,35	4,13
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,007	(B-K) p=0,117
	Effektgröße	–	(B-E) 1,03	(B-K) 1,00

Tabelle 4

(Fortsetzung)

	Therapie- beginn	Therapie- ende	Einjahres- katamnese	
SCL-90 GSI, Mittelwert	0,87	0,46	0,19	
n	11	11	11	
SD	0,48	0,43	0,21	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,004	(B-K) p=0,034	
Effektgröße	–	(B-E) 0,90	(B-K) 1,66	
SCL-90 Zwang	1,28	0,51	0,30	
n	11	11	11	
SD	0,89	0,63	0,26	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,006	(B-K) p=0,057	
Effektgröße	–	(B-E) 1,00	(B-K) 1,53	
IIP Gesamt, Mittelwert	13,86	12,16	9,09	
n	11	11	11	
SD	3,94	4,02	6,00	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,036	(B-K) p=0,366	
Effektgröße	–	(B-E) 0,43	(B-K) 0,74	
SCL-90 GSI, Mittelwert	0,87	0,42	0,19	
n	13	13	11	
SD	0,38	0,33	0,17	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,000	(B-K) p=0,005	
Effektgröße	–	(B-E) 1,26	(B-K) 2,28	
SCL-90 Somatoform	0,89	0,52	0,27	
n	13	13	11	
SD	0,41	0,33	0,26	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,010	(B-K) p=0,007	
Effektgröße	–	(B-E) 0,99	(B-K) 1,43	
IIP Gesamt, Mittelwert	14,51	12,45	9,61	
n	13	13	12	
SD	2,63	3,68	4,70	
Signifikanz	–	(B-E) p=0,076	(B-K) p=0,056	
Effektgröße	–	(B-E) 0,64	(B-K) 1,27	
F60 Persönlichkeits- störungen mit F60.3	SCL-90 GSI, Mittelwert	0,99	0,36	0,22
	n	13	13	12
	SD	0,39	0,27	0,13

Tabelle 4

(Fortsetzung)

		Therapie- beginn	Therapie- ende	Einjahres- katamnese
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,000	(B-K) p=0,002
	Effektgröße	–	(B-E) 1,88	(B-K) 2,19
	IIP Gesamt, Mittelwert	15,52	11,61	12,12
	n	13	13	12
	SD	2,64	2,90	3,01
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,005	(B-K) p=0,010
	Effektgröße	–	(B-E) 1.41	(B-K) 1,50
F60(–)	SCL-90 GSI, Mittelwert	0,97	0,36	0,18
Persönlichkeits- störungen ohne F60.3	n	12	12	11
	SD	0,40	0,29	0,10
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,001	(B-K) p=0,006
	Effektgröße	–	(B-E) 1,75	(B-K) 2,12
	IIP Gesamt, Mittelwert	15,40	11,91	12,32
	n	12	12	11
	SD	2,72	2,81	3,19
	Signifikanz	–	(B-E) p=0,012	(B-K) p=0,027
	Effektgröße	–	(B-E) 1,26	(B-K) 1,31

GSI , IIP Inventory of Interpersonal Problems, SCL Symptom Check List, SD Standardabweichung.

Dies gilt für affektive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Diskussion

Für psychodynamische Kurztherapien ist die Wirksamkeit bei spezifischen psychischen Störungen durch RCTs belegt (z.B. Fonagy et al. 2005; Leichsenring 2005). Für psychodynamische LZT liegen Ergebnisse aus naturalistischen Studien vor, die Belege für die Wirksamkeit liefern. In diesen Studien sind diagnostisch heterogene Patientengruppen untersucht worden. Bisher liegen kaum Wirkungsnach-

weise für psychodynamische LZT bei spezifischen psychischen Störungen vor. Ausgenommen sind hier allerdings die Persönlichkeitsstörungen (Bateman und Fonagy 1999; Clarkin et al. 2007).

Abgesehen von Wirkungsnachweisen bei Persönlichkeitsstörungen gibt es wenige störungsspezifische Belege für die Wirksamkeit psychodynamischer LZT. Bemerkenswert ist deshalb eine Studie von Jakobsen et al. (2007). In dieser Studie wurden die Datensätze von vier in Deutschland durchgeführten Studien zur AP zusammengefügt (Grande et al. 2006; Brockmann et al. 2002; Huber et al. 2005; Leichsenring et al. 2005). Auf diese Weise entstand eine in ihrem Umfang weltweit

bisher nicht vorhandene Stichprobe von Patienten, die mit AP behandelt worden sind. Der große Stichprobenumfang erlaubte störungsspezifische Auswertungen für depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Analytische Langzeittherapie erzielte in allen genannten störungsspezifischen Bereichen signifikante und in der Katamnese stabile Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. Die Verbesserungen entsprechen großen Effekten. Zwischen AP und TP konnten keine Unterschiede in der Wirksamkeit in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen gefunden werden. Weitere Auswertungen der von Rudolf und Kollegen (z.B. Grande et al. 2006) durchgeführten Praxisstudie analytischer Langzeittherapie (PAL) zeigen jedoch, dass AP mehr strukturelle Veränderungen nach sich zieht als TP.

Die hier präsentierten Daten der Göttinger Studie liefern Belege dafür, dass AP bei affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen signifikante Verbesserungen in der Symptomatik und in den interpersonellen Problemen erreicht, sowohl bei Therapieende als auch in der Einjahreskatamnese. Die Effekte sind in fast allen Fällen groß und in der Einjahreskatamnese stabil. In den meisten Fällen nehmen die Effekte zur Katamnese sogar tendenziell zu.

Es ist eine wichtige Frage, für welche Patienten kürzere Behandlungen ausreichen und für welche LZT erforderlich sind. Nach den Ergebnissen von Kopta et al. (1994) sind 70% der Patienten mit akuten Belastungen klinisch signifikant nach 21 Sitzungen gebessert; nach 29 Sitzungen sind es 75%. Bei Patienten mit chronischen Belastungen sind 70% der Patienten nach etwa 50 Sitzungen klinisch signifikant gebessert. Für Patienten mit Persönlichkeitsstörung leiten Perry et al. (1999) aus den vorliegenden Daten die Schlussfolgerung ab, dass eine Behandlungsdauer von 1,3 Jahren oder 92 Sitzungen erforderlich

sind, damit bei 50% der Patienten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllt sind, und 2,2 Jahre oder 216 Sitzungen, damit dies bei 75% der Patienten der Fall ist. Insbesondere für Patienten mit Persönlichkeitsstörung scheint demnach LZT erforderlich zu sein. Persönlichkeitsstörungen haben einen prognostisch ungünstigen Effekt auf die komorbiden depressiven Störungen (Gunderson et al. 2004; Shea et al. 1990). Für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten Gunderson et al. (2004), dass erst Verbesserungen im Bereich der Persönlichkeitsstörung erforderlich sind, bevor Verbesserungen in der depressiven Symptomatik eintreten. Die Autoren warnen deshalb davor, bei diesen Patienten in der Hoffnung, dann würde sich auch die Persönlichkeitsstörung bessern, primär die Depression zu behandeln. Kliniker sollten stattdessen auf die Persönlichkeitsstörung fokussieren (Gunderson et al. 2004).

Schlussbemerkung

Weitere Studien zur Wirksamkeit der AP bei spezifischen Störungen sind erforderlich. Zusätzlich zur Untersuchung von Veränderungen in der Symptomatik sollten Maße einbezogen werden, die spezifische Aspekte der AP erfassen.

Anschrift

Prof. Dr. Falk Leichsenring

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie

Universität Gießen

Ludwigstr. 76

35392 Gießen

E-Mail: Falk.Leichsenring@psycho.med.uni-giessen.de

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2. Grundlagen und Manual. Huber, Bern
- Bateman A, Fonagy P (1999) The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 156:1563–1569

- Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J (2002) Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut* 47:347–355
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2006) Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut* 51:15–25
- Chambless D, Hollon SD (1998) Defining empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol* 66:7–18
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922–988
- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd edn. Erlbaum, Hillsdale, HJ
- Fonagy P, Roth A, Higgitt A (2005) Psychodynamic psychotherapies, evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin* 69:1–58
- Franke G (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz, Göttingen
- Grande T, Dilg R, Jakobsen TH et al (2006) Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 16:470–485
- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL et al. (2004) Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 65:49–56
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (1993) *Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Beltz Test, Weinheim
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41:159–164
- Huber D, Klug G (2005) Munich Psychotherapy Study (MPS). Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy – A prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychother Psychosom Med* 55:101
- Huber D, Klug G, Wallerstein RS (2006) Skalen psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Incl. Manual und Interviewleitfaden. Kohlhammer, Stuttgart
- Jakobsen T, Staats H, Brockmann J et al (2007) Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53:87–110
- Klug G, Huber D (2003) Unterwegs zur Messung struktureller Veränderung: Die Scales of Psychological Capacities (SPC). *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 51:71–81
- Kopta SM, Howard KI, Lowry JL, Beutler LE (1994) Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62:1009–1016
- Leichsenring F (2004) Randomized controlled versus naturalistic studies: a new research agenda. *Bull Menninger Clin* 68:137–151
- Leichsenring F (2005) Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 86:841–868
- Leichsenring F, Rieger U (2004) Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard? *Z Psychosom Med Psychother* 50:203–217
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H (2005) The effectiveness of psychoanalytic therapy. First results of the Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy. *Int J Psychoanal* 86:433–455
- Perry J, Banon E, Floriana I (1999) Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:1312–1321
- Rudolf G, Manz R, Öri C (1994) Ergebnisse psychoanalytischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 40:25–40
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (2000) Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut* 45:237–246
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A (1999) Wiederholte Langzeitkammessen von Langzeitpsychotherapien und Psychoanalysen. *Z Psychosom Med Psychother* 45:43–56
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol* 50:965–974
- Shea T, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Backham E, Glass DR, Dolan RT, Parloff MB (1992) Course of depressive Symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 49:782–787