



**Deutsche
Psychoanalytische
Vereinigung**

*(Zweig der Internationalen
Psychoanalytischen Vereinigung) e.V.*

Indikation und Wirksamkeit

Psychoanalyse und
psychoanalytische Verfahren
in der medizinischen
Versorgung

Informationsschrift

Indikation und Wirksamkeit

Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung

Informationsschrift

*Herausgegeben vom
Vorstand der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung
(Zweig der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung)e.V.*

*Geschäftsstelle: Körnerstraße 11, 10785 Berlin,
Telefon +49-30-265 52-504, Telefax +49-30-265 52-505,
geschaeftsstelle@dpv-psa.de, www.dpv-psa.de*

*Verfasst von Mitgliedern der Kommission:
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel,
Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber,
unter Mitarbeit von Dipl.-Psych. Marcus Rasting*

*Redaktion: Dr. phil. Dipl.-Psych. Franziska Henningsen,
Dr. med. Rosemarie Kennel, Dipl.-Psych. Christa Leiendecker,
Dipl.-Psych. Jürgen Doebert*

Gestaltung: MetaDesign AG, Berlin

*© Deutsche Psychoanalytische Vereinigung
(Zweig der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung)e.V.
Berlin 2001*

Was ist Psychoanalyse?

Psychoanalyse beinhaltet in ihrer klinischen Anwendung die Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte, psychische Entwicklungsdefizite, traumatische Erfahrungen und frühe pathogene Beziehungsmuster zugrunde liegen. Ängste, Depressionen und Zwänge in ihren verschiedenen Ausprägungsformen, Störungen der Beziehungs-, Liebes- und Arbeitsfähigkeit, Störungen im Selbsterleben und im Realitätsbezug sowie körperliche Beschwerden, die seelisch bedingt oder mitbedingt sind, gehören zu den Indikationen analytischer Therapie.

Die Psychoanalyse bedient sich in Diagnostik und Therapie ihres spezifisch methodischen Verfahrens, in dessen Mittelpunkt die Therapeut-Patient-Beziehung steht. In der analytischen Situation kann diese Beziehung, die von früheren Erfahrungsmustern mitgeprägt ist, in ihren bewussten und unbewussten, emotionalen und kognitiven Anteilen untersucht und in einem Prozess, der Entwicklung, Erkenntnis und damit Heilung fördert, bearbeitet werden. Wesentlich sind dabei auch die Rahmenbedingungen, das so genannte Setting, vor allem die regelmäßigen, verbindlichen Termine in u.U. hoher wöchentlicher Frequenz sowie die Abstinenz und Neutralität des Therapeuten. Sie geben dem Patienten Raum für seine freien Einfälle, seine Phantasien und für seine spezifische Beziehungsgestaltung zum Therapeuten. Diese freien Assoziationen und die Übertragung enthalten bewusste, vorwiegend aber auch verborgene, erst in analytischer Arbeit zu erhellende Anteile aus frühen Erlebnisschichten. Im kommunikativen Zusammenwirken beider Beziehungspartner wird die emotionale szenische Wiederbelebung dynamisch unbewusster Persönlichkeitsanteile des Patienten und deren Verstehen durch den Analytiker ermöglicht. Deutungsaktivität und therapeutische Beziehung werden auf diese Weise zur Basis zunehmender Verstehens- und Verständigungsprozesse zwischen Patient und Analytiker. Dadurch werden dynamische Prozesse in Gang gesetzt, die Einsichten, inneren Erfahrungszuwachs und Entwicklung bewirken und Selbsterkenntnis fördern. Sie führen zur Reintegration von Persönlichkeitsanteilen, die durch die Krankheit fixiert oder abgespalten worden waren, zur Wiedergewinnung historischer Kontinuität

und persönlicher Identität und damit zur Heilung oder Besserung von seelischem Leid. Da seelische Erkrankung immer auch die Person als Ganzes erfasst, ist das Ziel analytischer Behandlung nicht nur die Symptomheilung, sondern auch die strukturelle Persönlichkeitsveränderung i. S. größerer innerer Erlebnis- und Denkfähigkeit wie auch einer besseren Anerkennung der Wirklichkeit. Erst dies führt zu einer nachhaltigen seelischen Gesundheit. Die häufig äußerst komplexen Bedingungen pathologischer psychischer Organisation erfordern mitunter lange therapeutische Prozesse.

Im Unterschied zu anderen therapeutischen Verfahren, wie z. B. einer medikamentösen Behandlung, sind die Wirkfaktoren in der analytischen Therapie von der Subjektivität der beteiligten Personen nicht zu trennen. Dynamische, prozessorientierte und subjektive Faktoren spielen also eine zentrale Rolle, so dass die bspw. in der pharmakologischen Forschung gebräuchlichen Verfahren zur Wirksamkeitsprüfung (Wiederholbarkeit der Untersuchungen, Doppelblindstudien, Placebobedingungen, randomisierte Behandlungszuweisungen) nur eingeschränkt zur Anwendung kommen können. Neben inzwischen ausdifferenzierten, gut abgesicherten, theoretisch systematisierten Beobachtungs- und Erfahrungsdaten der empirischen Wissenschaft spielen daher intersubjektiv-narrative Ansätze in der Forschung zur Psychoanalyse eine wesentliche Rolle.

Anwendungen der Psychoanalyse und von ihr abgeleitete psychotherapeutische Verfahren in der gesetzlichen Krankenversorgung

Die Psychoanalyse hat in ihrer über 100-jährigen Geschichte ein großes Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung zusammengetragen. Durch die ständige Weiterentwicklung von Theorie und Anwendung der Psychoanalyse entstand ein breites Spektrum psychotherapeutischer Verfahren, die von Kurzinterventionen bis hin zu intensiven Langzeitverfahren reichen.

In der kassenärztlichen Praxis wird in der Regel unterschieden zwischen:

- tiefenpsychologisch fundierter (1- bis 2-stündig im Sitzen) und
 - analytischer Psychotherapie (in der Regel 3- bis 4-stündig im Liegen).
- Weitere psychodynamische Therapieverfahren sind:
- Kurzzeittherapien
 - analytische Gruppentherapie und
 - Paar- und Familientherapie.

In der Hand des erfahrenen und gründlich ausgebildeten Psychotherapeuten werden diese Verfahren differenziert den Erfordernissen der Patienten hinsichtlich Störungsbild, Persönlichkeits-Eigenarten, sozialen Lebensumständen, Ressourcen und Erfolgsaussichten angepasst. Die wissenschaftlichen Befunde zu Indikation und Wirksamkeit der Psychoanalyse und der verschiedenen psychodynamischen Verfahren bestätigen diese Praxis.

Kurzzeittherapien (KZT): Indikation und Wirksamkeit

Indikation: *Kurzzeittherapien* haben sich vor allem bei umschriebenen Problemen und akuten Belastungsreaktionen (z.B. krisenhafte Übergänge in der Entwicklung, traumatische Ereignisse und akute Lebenskrisen z.B. nach Verlust eines Angehörigen) bewährt (Beutel, 2000).

Wirksamkeit: Auch Kurzzeittherapie fördert ein vertieftes Verständnis für die unbewussten Determinanten der aktuellen Erkrankung, hilft deren Symptome zu beseitigen und trägt zur Gesundung und Rehabilitation bei. Es fanden sich bezüglich der Symptombesserung insgesamt keine Unterschiede zu *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren* mit vergleichbarer Dauer. Im Vergleich zu *medikamentöser Behandlung* vermag Psychotherapie langfristig die Lebensbewältigung von Patienten (Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und zu erhalten, Verständnis der Ursache der Depression) besser zu beeinflussen als eine medikamentöse Behandlung (Blatt et al., 2000).

Jegliche Kurzzeit-Therapieverfahren stoßen jedoch an ihre Grenzen bei schweren und chronischen Krankheitsbildern. So ergab die sorgfältig durchgeführte NIMH-Studie, dass durch 16 Wochen ambulante

Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonale Therapie) nur bei 24% der schwer depressiven Patienten nach 18 Monaten stabile Besserung erzielt wurde (Blatt et al. 2000, Elkin, 1994). Insgesamt nimmt die Wirkung von Psychotherapie im Laufe der Zeit wieder ab. Dieser Effekt trifft vorwiegend für kürzere Therapien zu. Wie zu zeigen sein wird, können dagegen Patienten den Effekt längerer Therapien durch die erzielte Persönlichkeitsveränderung über das Therapieende hinaus sogar noch steigern.

Langzeittherapien (LZT): Indikation und Wirksamkeit

Indikation: Längere Behandlungen sind vor allem dann erforderlich, wenn eine Kurzzeittherapie aufgrund der Schwere oder der Besonderheiten der Störung des Patienten wenig Aussicht auf dauerhaften Erfolg hat.

- ◆ Chronische und tief greifende Probleme, wie sie bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Depressionen zu finden sind und die erhebliche Beziehungsstörungen nach sich ziehen, erfordern eine länger dauernde Behandlung. Bestimmte Patienten sind nicht fähig, eine emotional bedeutsame Beziehung zum Therapeuten in einem eng gesteckten Zeitraum aufzunehmen.
- ◆ Manche Patienten können die emotionalen Erfordernisse eines intensivierten kurzzeittherapeutischen Prozesses nur schwer tolerieren und die Beziehung bei Beendigung nicht lösen (z. B. Persönlichkeitsstörung mit mangelnder Impulskontrolle). Eine vorzeitige Beendigung kann eine traumatische Wiederbelebung früher Verluste bedeuten.
- ◆ Aus neuen Studien zum Bindungsverhalten und der modernen Gedächtnisforschung wissen wir, dass wesentliche Beziehungs- und Verhaltensmuster unbewusst gespeichert werden (so genanntes implizites Gedächtnis) und nur schwer der direkten Aufarbeitung zugänglich sind. Hier sind längere Zeiträume erforderlich mit engmaschigen Kontakten zum Psychotherapeuten, um nicht nur die Aufarbeitung, sondern auch neue Erfahrungen in der Behandlung zu ermöglichen.

- ◆ Schwer gestörte Patienten können ohne Hospitalisierung und unter Verzicht oder Reduktion von Medikamenten auch in krisenhaften Zeiten stabilisiert werden.

Wirksamkeit: Die therapeutische Anwendung der Psychoanalyse ist von Anfang an von Forschungsbemühungen begleitet worden. Erste Nachuntersuchungen wurden von Coriat 1917 durchgeführt. 1930 legte Fenichel den Ergebnisbericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts vor. Diesen ersten Studien folgte eine Reihe von methodisch fundierteren Studien, unter anderem von den psychoanalytischen Instituten Boston, Columbia und New York sowie von der Menninger Stiftung durchgeführt (zusfd. Wallerstein, 2001).

Langzeittherapien (LZT): aktueller Stand der Forschung

Ergebnisse im europäischen Vergleich

Zu den abgeschlossenen europäischen Prozess-Wirksamkeitsstudien zählen unter anderem:

- das Heidelberger Katamneseprojekt (von Rad, Senf & Bräutigam, 1998),
- die Berliner Psychotherapiestudie (Rudolf, Manz & Öri, 1994),
- die Stockholmer Studie (Sandell, Blomberg & Lazar, 1997).
- Katamnesenstudie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. u.a 2001)

Prospektive Studien zur Wirksamkeit von Psychoanalyse und Psychotherapie werden zurzeit durchgeführt in:

- Heidelberg (Rudolf et al., 2001) und
- München (Huber et al., 2001, vgl. Stuhr, Leuzinger-Bohleber & Beutel, 2001).

Übereinstimmend ergaben diese Studien, dass die Mehrzahl der Patienten (60 bis 90 %) beträchtlich von Psychoanalysen profitierten. Mit längerer Therapiedauer kam es in den meisten Studien auch zu besseren Behandlungsergebnissen (Crits-Christoph & Barber, 2000).

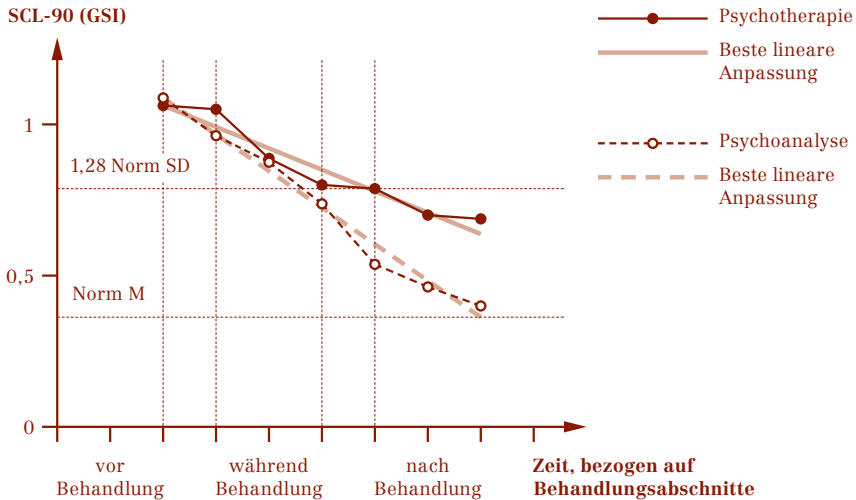


Abb. 1: Symptombelastung vor, während und nach Psychoanalyse bzw. Psychotherapie (M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Die Stockholmer Studie

In einer neueren, schwedischen Vergleichsstudie konnten Sandell und Mitarbeiter (1997) zeigen, dass nicht nur zum Abschluss einer Psychoanalyse oder tiefenpsychologischen Psychotherapie deutliche Veränderungen (weniger Beschwerden, bessere Lebensbewältigung) festzustellen waren, sondern dass sich diese Effekte auch noch im weiteren Zeitverlauf fortsetzten. Wie die Abbildung verdeutlicht, nimmt die Symptombelastung (erfasst mit dem Standardverfahren SCL-90R) mit zunehmender Behandlungsdauer ab, und es stellen sich auch nach Behandlungsende weitere Symptombesserungen ein. Sandell und Mitarbeiter konnten anhand zusätzlicher Auswertungen zeigen, dass sich dieser Effekt vorwiegend bei den intensiveren Psychoanalysen mit hoher Stundenfrequenz finden lässt.

In dieser Studie war zunächst vorgesehen, Patienten mit einer unbehandelten Wartekontrollgruppe zu vergleichen. Es zeigte sich aber, dass Patienten, die nicht sofort in eine längerfristige Behandlung vermittelt worden waren, sich auf eigene Faust andere Behandlungen gesucht hatten. Diese Patienten schnitten längerfristig am schlechtesten ab.

ten von allen ab. Ähnliche Befunde zur nachhaltigen Wirkung der Psychoanalyse zeigten die Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. Gerade bei Patienten mit chronischen funktionellen Störungen waren noch 3 Jahre nach Behandlungsbeginn Verbesserungen in einer fortlaufenden Therapie nachzuweisen.

Weitere internationale Studien

Eine Reihe weiterer Studien belegt die Wirksamkeit von Langzeittherapien. Anlässlich eines internationalen Kongresses zur Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen (Stuhr et al., 2001) wurden speziell die Ergebnisse dieser Studien referiert (vgl. Christoph & Barber, 2000). Gute Langzeitbehandlungsergebnisse bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zeigten beispielsweise Stevenson & Mearns (1992). Exemplarisch für die Behandlungszufriedenheit von Patienten sei hier der Consumer Report einer unabhängigen US-amerikanischen Organisation erwähnt, der unter einer Beteiligung von ca. 3000 Probanden ergab, dass vor allem die Patienten von Psychotherapie vermehrt profitierten, die länger in Behandlung waren (Seligman, 1995). Die Methodik dieser Befragung wurde von Zepf et al. (2001) an deutsche Verhältnisse angepasst und an einer großen Stichprobe repliziert. Erste Auswertungen der erhobenen Daten gehen in dieselbe Richtung wie die amerikanische Studie (s. a. Scheidt et al., 1999).

Die Katamnese studie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)

Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) hat sich in Zeiten verstärkter Konkurrenz auf dem psychotherapeutischen Markt und knapper Mittel im Gesundheitswesen den Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin gestellt, d. h. für die Psychoanalyse und die von ihr abgeleiteten Verfahren, den Behandlungserfolg nicht nur durch Einzelfall-Darstellungen, sondern auch mit statistischen Mitteln an repräsentativen Stichproben nachzuweisen. Die Studie, die kurz vor ihrem Abschluss steht, ist deshalb von besonderem klinischem Interesse, da sie Langzeitkatamnesen zu den langfristigen Wirkungen von Psychotherapie durchgeführt hat, eine bisher aufgrund der methodischen Schwierigkeiten in der Psychotherapieforschung seltene Vorgehensweise.

Diese von Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rürger und Beutel (2001) vorgelegte Katamnesestudie ist eine methodenkritische Studie, die psychoanalytische, qualitative Beobachtungen mit quantitativen Verfahren kombiniert. Die Untersuchung belegt mit einer repräsentativen Stichprobe eindrucksvoll die Veränderungen, die durch eine psychoanalytische Behandlung zu erreichen sind:

- Unbewusste Prozesse werden genauso erfasst wie objektive Daten (z. B. der Krankenkassen), Fragebogenergebnisse und bewusste Einschätzungen.
- Die Anforderungen an eine kontrollierte wissenschaftliche Forschung sind erfüllt.
- Die Untersuchung wird unter naturalistischen Bedingungen durchgeführt und vermeidet somit die Nachteile monosymptomatischer Kontrollgruppendesigns.
- Die Langzeitwirkungen von Psychotherapien werden erfasst.
- Die frühere Behandlung des Patienten wird nicht nachträglich gestört.
- Sowohl der Patient wie der Psychotherapeut bringen ihre Sicht des Psychotherapieprozesses in die Studie ein.
- Der Datenschutz für die beteiligten Patienten wurde gewahrt.
- Ethische Fragen der Beforschung seelischer und intimer Prozesse werden ausgiebig diskutiert.
- Eine Fülle von methodischen Fragen der Psychotherapie-Forschung wurden bearbeitet und zu konstruktiven Lösungen geführt.

Es wurde folgendes Vorgehen gewählt: Eingeschlossen wurde eine repräsentative Stichprobe (n=401) aller Langzeitbehandlungen erfahrener Psychoanalytiker der DPV (mindestens 5 Jahre nach Beendigung der psychoanalytischen Ausbildung). Behandlungen, die zwischen 1990 und 1993 abgeschlossen wurden und von längerer Dauer (d. h. über 1 Jahr) waren, wurden mindestens 6 Jahre nach Abschluss der Behandlung nachuntersucht. Neben dem Patienten wurde auch der ehemalige Behandler befragt, und es wurden unabhängige Experteneinschätzungen einer Katamnesegruppe und Krankenkassendaten erhoben.

Ausgewählte Ergebnisse:

- Über 70% der Patienten sind mit der Behandlung zufrieden und stellen eine Besserung ihres Befindens fest, die auch 6 Jahre nach Beendigung der Behandlung noch stabil ist.
- Über 70% berichten eine Besserung bei der Bewältigung von Lebensereignissen, eine Besserung des Selbstwertgefühls, der Stimmung, der Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit.
- Während und nach der Behandlung fand eine deutliche Reduktion von ambulanten Arztkontakten, Krankschreibungen, Krankenhaustagen und Medikamentenverbrauch statt, die auch 6 Jahre nach der Behandlung noch stabil war.
- Bei den Untersuchten handelt es sich um überdurchschnittlich schwer gestörte und traumatisierte Patienten (narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, schwere multiple Störungen, Depressionen, Zwangspatienten und Charakterstörungen).
- Abb. 2 zeigt Veränderungen der ehemaligen Psychoanalyse-Patienten auf den drei Dimensionen: Fähigkeit zur Selbstreflexion, Kreativität und Arbeitsfähigkeit

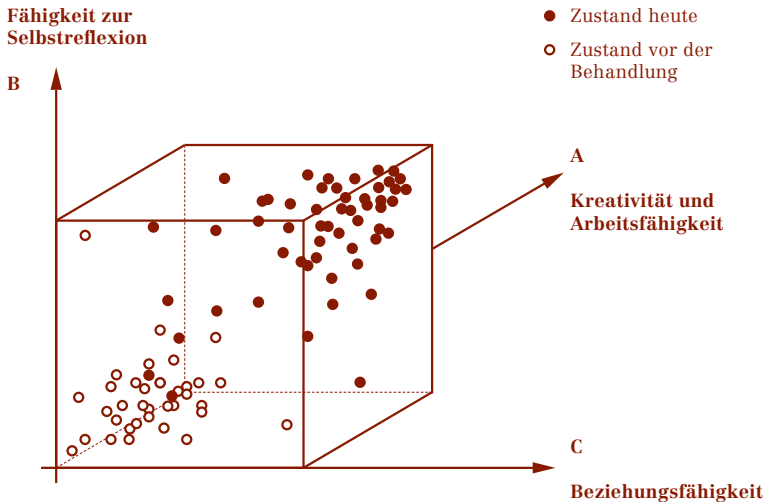


Abb. 2: Ehemalige Psychoanalyse-Patienten, eingeschätzt nach Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie Kreativität und Arbeitsfähigkeit

vität und Arbeitsfähigkeit und Beziehungsfähigkeit. Die Einschätzungen wurden durch unabhängige Beurteiler aufgrund des umfangreichen Interviewmaterials getroffen und zeigen günstige Effekte.

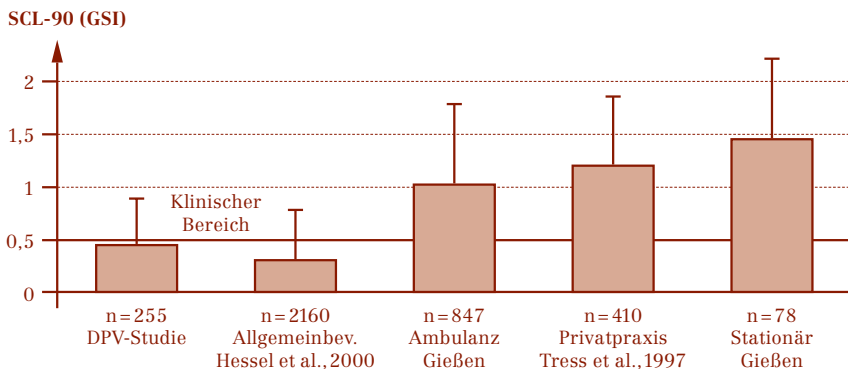


Abb. 3: Gegenwärtige Symptombelastung (GSI): Teilnehmer der Katamnese studie (DPV) im Vergleich mit anderen (dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichungen)

Auch im standardisierten Fragebogen zur gegenwärtigen Symptombelastung (SCL-90R) der katamnestic untersuchten Patienten lässt sich im Vergleich mit anderen Stichproben die Nachhaltigkeit der Langzeittherapie nachweisen. Wie die Abbildung verdeutlicht, sind die Teilnehmer der Katamnese studie sogar mehr als 6 Jahre nach Abschluss der Behandlung im Durchschnitt deutlich weniger belastet als vergleichbare Patientenstichproben (Psychosomatische Ambulanz, Privatpraxis, stationäre psychosomatische Patienten). Bezüglich ihrer Symptombelastung und Lebenszufriedenheit haben sie den Bereich der Allgemeinbevölkerung erreicht. Diese Ergebnisse sprechen nicht nur für eine deutliche Symptombesserung, sondern auch für eine hohe Stabilität der erzielten Behandlungseffekte.

Kostengesichtspunkte

Psychische und psychosomatische Störungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Krankschreibung und Frühberentung (VDR, 1999). Zur Einführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung trug die Studie an AOK-Versicherten von Dürssen und Jorswiek (1965) bei. Sie ermittelten aus den Krankenkassendaten die Zahl der Krankenhausaufenthalte im Jahrfünft vor und nach einer tiefenpsychologisch-psychotherapeutischen Behandlung mit 50 Stunden bei 125 Patienten und verglichen dies mit einer unbehandelten Wartekontrollgruppe von Neurotikern und durchschnittlichen AOK-Versicherten (jeweils 100 Probanden). Vor Behandlungsbeginn betrug die jährlichen Krankenhausaufenthalte der untersuchten Patienten im Mittel 26 Tage, ebenso in der unbehandelten Kontrollgruppe, verglichen mit 10 Tagen bei den durchschnittlichen AOK-Versicherten. Nach der Behandlung sanken die durchschnittlichen Krankenhausaufenthalte auf 6 Tage und waren damit signifikant geringer als bei den AOK-Versicherten im gleichen Jahr (12 Tage); bei den neurotischen Patienten auf der Warteliste blieben sie unverändert hoch. Diese Ergebnisse waren bezüglich der Kosteneinsparungen durch die Psychotherapie so überzeugend für die Krankenkasse, dass die analytischen Psychotherapieverfahren in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen

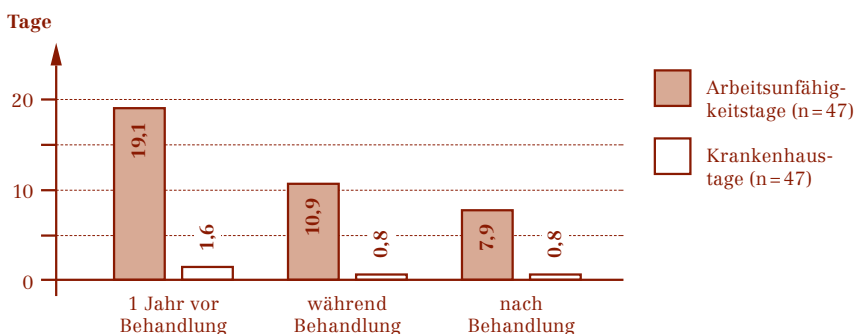


Abb. 4: Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalte vor, während und nach Psychotherapie (Angaben der Krankenkassen)

wurden. Ähnliche Ergebnisse wurden neuerdings für die analytische Psychotherapie von Keller et al. (2001) gefunden.

In Kooperation mit den Krankenkassen werden gegenwärtig gesundheitsökonomische Aspekte von Langzeittherapien erhoben. Die vorläufigen Ergebnisse der Katamnesestudie psychoanalytischer Langzeitbehandlungen bestätigen die Kosteneinsparungen durch Langzeitpsychotherapie bzgl. der Krankschreibungen und der Krankenhaustage; sie belegen, dass diese auch nach einem Zeitraum von über 6 Jahren nach Behandlungsabschluss nachzuweisen sind.

Fazit

Die Psychoanalyse in ihren verschiedenen klinischen Anwendungen spielt in der ambulanten und stationären Krankenversorgung eine zentrale Rolle. Für die unterschiedlichen Störungen stehen differenzierte Behandlungskonzepte zur Verfügung, von der Kurzzeittherapie und Krisenintervention bis hin zur intensiven Langzeittherapie sowie der Behandlung von Paaren, Familien und Patientengruppen. Die Wirksamkeit dieser Behandlungsverfahren und ihre therapeutische Indikation konnte in einer Reihe von Untersuchungen belegt werden. Umfangreiche Wirksamkeitsstudien, die in diesem Rahmen nicht vorgestellt wurden, liegen zur teilstationären (Bateman & Fonagy, 1999) und stationären psychoanalytisch orientierten Behandlung (Strauß & Meyer, 1994) vor.

Messbare Effekte reichen von der Minderung von Symptomen bis zur Wiedererlangung von Arbeits-, Genuss- und Beziehungsfähigkeit. Dies geht einher mit größerer Lebenszufriedenheit sowie psychischer und somatischer Gesundheit gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO, die psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden umfasst.

Da die Wirksamkeit von Psychotherapie sowohl hinsichtlich der Minderung psychischer Symptome als auch der Reduzierung von Gesundheitskosten gesichert ist, rücken die Fragen nach gezielter Indikation für spezifische Verfahren und zum Prozess der Veränderung in den Vordergrund. Die international hohe Forschungsaktivität im Bereich der psychoanalytischen Psychotherapieforschung wird durch

den im Internet veröffentlichten Open Door Review von Fonagy et al. (2001) belegt, die über 40 aktuell laufende oder abgeschlossene Studien zitieren. (So ist etwa ein Drittel aller neueren Studien dem Therapieprozess oder der Verknüpfung von Prozess und Ergebnis psychoanalytischer Psychotherapien gewidmet.)

Zur Untersuchung der Langzeiteffekte von Psychotherapie sind langfristige Katamnesen erforderlich. Die erwähnte repräsentative Katamnesestudie zu psychoanalytischen Langzeitbehandlungen zielt mit ihrem multimodalen Design auf die Erfassung vielfältiger Langzeitwirkungen ab und berücksichtigt die Erfahrungen und Daten der ehemaligen Patienten, ihrer Analytiker, psychoanalytischer und nicht-psychoanalytischer Experten, Krankenkassendaten und Fragebogen, die in der Psychotherapieforschung verwendet werden. Zur Absicherung der Ergebnisse und Bestätigung der gewonnenen Hypothesen sind weitere Studien mit prospektivem Design wünschenswert. Wegen des hohen Kostenaufwands bedürfen sie finanzieller Förderung.

Die Untersuchungsmethoden zur Erforschung komplexer therapeutischer Interaktionsprozesse entwickeln sich weiter. Impulse gehen u. a. aus von der Entwicklung spezifischer Behandlungskonzepte (z. B. für Borderline-Störungen), vom Dialog zwischen Gedächtnisforschung und Therapeutischer Prozess- und Ergebnisforschung, von der klinischen Affektforschung und der Bindungsforschung. Aus ihrer Sicht (Fonagy, 1999) wurde z. B. gezeigt, dass die Weitergabe von krankmachenden Bindungs- und Beziehungsmustern über Generationen hinweg unterbrochen werden konnte.

Psychoanalyse befasst sich mit komplexen inneren Zuständen, die sich aus den emotionalen Erfahrungen der Kindheit heraus entwickelt haben. Hier stoßen wir beim gegenwärtigen Stand an die Grenzen dessen, was messbar ist. Eine geringe psychopathologische Belastung mit Wohlbefinden, „Lebensqualität“ mit psychischer Gesundheit, Sinnhaftigkeit oder einem ethisch wertvolleren Leben gleichzusetzen wäre reduktionistisch. Die Entwicklung bedeutsamer Kriterien für die Bewertung von Psychotherapien muss sich daher letztlich am Menschen als Subjekt orientieren, an seiner Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Denken und seinen Möglichkeiten, sein Leben und seine Beziehungen eigenständig zu gestalten.

Literatur

- BATEMAN, A., FONAGY, P. (1999) *The effectiveness of partial hospitalization of borderline personality disorder: A randomized controlled trial*. American Journal of Psychiatry 156: 1563–1569
- BEUTEL, M. (2000) *Psychodynamische Kurztherapien*. Psychotherapeut 45: 203–213
- BLATT, S., ZUROFF, D., BONDIE, C., SANISLOW, C. (2000) *Short- and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of Depression: further analysis of data from the NIMH TDCRP*. Psychotherapy Research 10: 215–234
- CLARKIN, J. F., YEOMANS, F. E. & KERNBERG, O. F. (2000) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Psychodynamischen Therapie*. Schattauer, Stuttgart
- CRITS-CHRISTOPH, P., BARBER, J. P. (2000) *Long-term psychotherapy*. In: SNYDER, C. R., Ingram, R. E. (Eds) *Handbook of psychological change*. John Wiley, New York, 455–473
- DÜHRSEN A., JORSWIECK E., (1965) *Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung*. Nervenarzt 36: 166–169
- ELKIN, I. (1994) *The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are now*. In: BERGIN, A. E. & GARFIELD, S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., 114–135) New York: Wiley
- FENICHEL, O. (1930) *Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930*. In: RADO, S., FENICHEL, O. & MÜLLER-BRAUNSCHWEIG, C. (Eds.), *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Poliklinik und Lehranstalt (13–19). Int Psychoanal Verlag
- FONAGY, P. (1998) *An attachment theory approach to treatment of the difficult patient*. Bulletin of the Menninger Clinic 62: 147–69
- FONAGY, P. (1999): *The implication of contemporary neuroscience, psychology and the "cognitive revolution" for psychoanalysis*. International Psychoanalysis, Vol. 8, 2
- FONAGY, P., KÄCHELE, H., KRAUSE, R., JONES, E. & PERRON, R. (2001) *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytic Association (www.ipa.org)
- HESSEL, A., SCHUMACHER, J., GEYER, M., BRÄHLER, E. (2001) *Symptom-Checkliste SCL-90R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe*. Diagnostica 47: 27–39
- HUBER, D., KLUG, G. & VON RAD, M. (2001). *Die Münchner Psychotherapiestudie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 260–270
- KELLER, W., WESTHOFF, G., DILG, R., ROHNER, R., STUDDT, H. (2001), *Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestische Studie*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 343–355
- KANDEL, E. R. (1999): *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. American Journal of Psychiatry 156: 505–524.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M., STUHR, U., RÜGER, B., BEUTEL, M. (2001) *Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien – eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie*. Psyche 55: 193–276
- RAD, VON M., SENE, W., BRÄUTIGAM, W. (1998) *Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48: 88–100

RUDOLF, G., MANZ, R., ORI, C. (1994). *Ergebnisse psychoanalytischer Therapien*. Zsch Psychosom Med, 40, 25–40

RUDOLF, G., GRANDE, T. & DILG, R. (2001) *Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL)*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 238–259

SANDELL, R., BLOMBERG, J. & LAZAR, A. (1997) *When reality doesn't fit the blueprint: Doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program*. Psychotherapy Research 7: 333–344

SANDELL, R., BLOMBERG, J., LAZAR, A. u. a. (2001) *Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Aus der Forschung des Stockholmer Projekt. Psyche, 55, 277–310

SCHEIDT, C. E., SEIDENGLANZ, K., DIETERLE, W., HARTMANN, A., BOWE, N., HILLENBRAND, D., SCUDLEK, G., STRASSER, F., STRASSER, P., WIRSCHING, M. (1999) *Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie*. Psychotherapeut 44: 83–93

SELIGMAN, M. (1995). *The Effectiveness of Psychotherapy*. American Psychologist 50: 965–974

STEVENSON, J., MEARES, R. (1992) *An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorders*. American Journal of Psychiatry 149: 358–362

STRAUSS, B., MAYER, A. E. (1994) *Psychoanalytische Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart

STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M. (2001) *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel

WALLERSTEIN, RS. (2001) *Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick*. In: STUHR, U., LEUZINGER-BOHLEBER, M., BEUTEL, M.: *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Kiel, S. 38–60

ZEPF, S., MARX, A., MENGELE, U. (2001) *Die ambulante Versorgungssituation der Erwachsenen im Saarland*. Psychotherapeut 46: 75–81

VDR-Statistik (1999) *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger*, Frankfurt a. M.