

Evidenzbasierte Bausteine psychodynamischer Therapie

Horst Kächele

Lindauer Psychotherapiewochen 2009

www.horstkaechele.de

Hans Strotzka

- "es gibt keine andere Möglichkeit (als die Forschung), aus dem Dunkel subjektiver Willkür zu annähernd objektiver Abschätzung des Wertes verschiedener Techniken unter verschiedenen Bedingungen und bei wechselnden Indikationen zu kommen. Ich führe diese Verpflichtung zu einer annähernden Qualifizierung deswegen unter den sozialen Verantwortlichkeiten an, weil ohne solche wissenschaftliche Basis keine rationalen Vorschläge für die Ausbildung und die Organisation unter dem Gesichtspunkt sozialer Gerechtigkeit gemacht werden können" (S. 209).
 - Strotzka H (1973) Die soziale Verantwortung des Psychotherapeuten. In: Strotzka H (Hrsg) Neurose, Charakter, soziale Umwelt. Kindler Taschenbücher, München, S 203-214

Vier ethische Gesichtspunkte

- a) Respekt für die Autonomie des Menschen,
 - b) das Gebot der Schadensvermeidung,
 - c) die Verpflichtung zur Hilfe und
 - d) das Prinzip der Gerechtigkeit
-
- Reimer C (1999) Ethische Probleme bei Psychotherapie. In: Studt HH, Petzoldt ER (Hrsg) Psychotherapeutische Medizin. de Gruyter, Berlin, S 418-420.

Aufklärungspflicht

- Die Aufklärungspflicht des Psychotherapeuten gegenüber seinen Patienten bezüglich der Begründung der gewählten Psychotherapie erfordert vom Therapeuten, dass er das vorliegende **evaluative Wissen** kennt.

Haltung und Einstellung

- EBM ist damit Ethik plus weiteres Wissen und Können; nämlich bestimmte *Fähigkeiten* zu erlernen und dazu noch *Wissen* zu erwerben,

Was ist Evidenz?

- Die zunehmende Informationsflut zwingt uns, Methoden zu erlernen, um das zu finden, was wir suchen und um das Gefundene bewerten zu können (= Fähigkeiten, skills).
- Die Bewertung vollzieht sich bei Anwendung der EBM immer in den drei Schritten:

Was ist Evidenz?

- ‡ Ist die Information valide (stimmt das, was behauptet wird)
- ‡ Ist die valide Information bedeutend (oder handelt es sich um marginale Effekte) und
- ‡ Ist die valide und bedeutende Information bei meinem Patienten anwendbar (oder bestehen in unserer Praxis nicht die Voraussetzungen oder erfüllt mein Patient nicht die Bedingungen, um die wissenschaftliche Empfehlung umzusetzen)

Welche Formen von Evidenz?

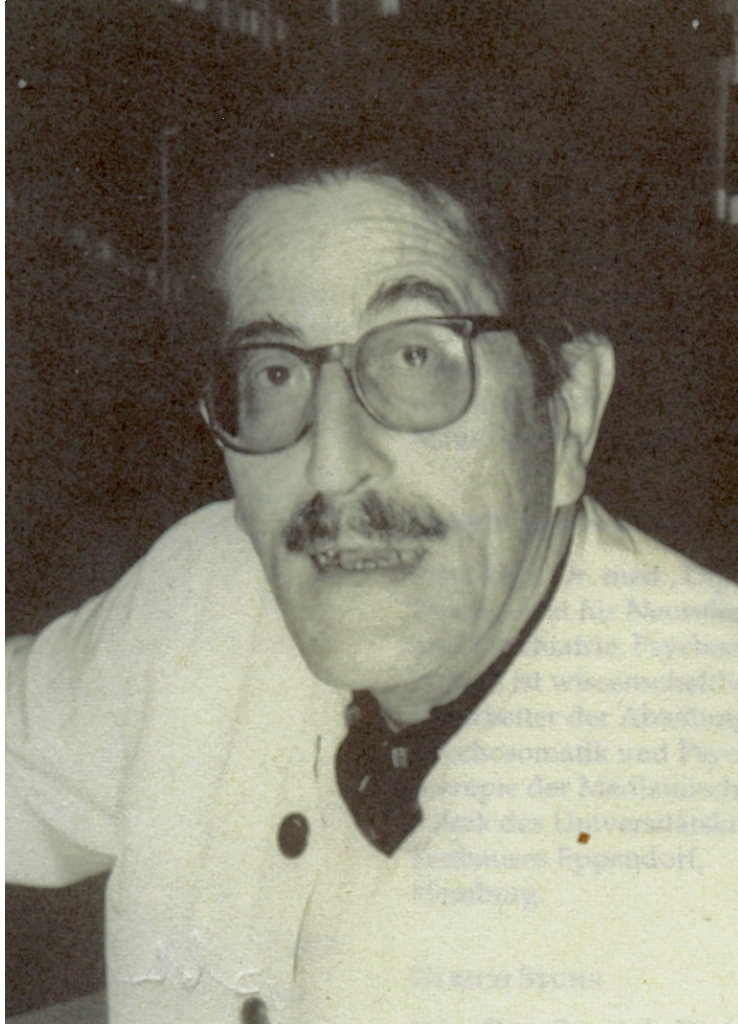
- # evidenz-basierte Therapie
- # evidenz-basierte Technik
- # evidenz-basierte Therapeuten
- *Und wie steht's mit der Überzeugungskraft von Freud's Fallgeschichten?*

Übersicht über klinische Fallstudien. (Vgl. Kachele 1981)

Autor	Fall	Datum der Behandlung	Dauer	Datum der Publikation	Material	Umfang Seitenzahl
Adler	„Fräulein R.“			1928	Nachschrift	146
Taft	7-jähriger Junge		31 h	1933	Mitschrift	161
Wolberg	42-jähriger Mann	1940	4 Monate	1945	Nachschrift	169
	„Johan R.“					
Berg	Junger Mann	ca. 1940		1946	Mitschrift	ca. 240
Sechehaye	18-jährige Frau	1930	10 Jahre	1947	Nachschrift	107
	„Renée“					
Deutsch	28-jähriger Mann	ca. 1948	14 h	1949	Verbatim	140
McDougall/Lebovici	9-jähriger Junge	1955	166	1960	Mitschrift	270
	„Sammy“					
Klein M.	10-jähriger Junge	1944	93 h	1961/1975	Nachschrift	490
	„Richard“					
Thomä	26-jährige Frau	1958	304 h	1961	Nachschrift	70
	„Sabine“					
Parker	16-jähriger Junge	1955	200 h	1962	Nachschrift	355
Bolland/Sandler	2-jähriger Junge	ca. 1960	221 h	1965	Nachschrift	88
	„Andy“					
De Boor	22-jähriger Mann	ca. 1960	580 h	1965	Nachschrift	30
	„Frank A“					
Pearson	12-jähriger Junge		6 Jahre	1968	Nachschrift	140
	„Adoleszent“					
Milner	23-jährige Frau	1943–1958	15 Jahre	1969	Nachschrift	410
	„Susan“					
Dolto	14-jähriger Junge	1968/1973	12 h	1971	Nachschrift	160
	„Dominique“					
Balint	43-jähriger Mann	1961/1962	29 h	1972	Nachschrift	130
	„Mr. Baker“					
Dewald	26-jährige Frau	ca. 1966	304 h	1972	Mitschrift	620
Winnicott	30-jähriger Mann	ca. 1954		1972	Nachschrift	
Argelander	35-jähriger Mann		ca. 600	1972	Nachschrift	75
Stoller	30-jährige Frau			1973	Mitschrift	400
Winnicott	2-jährige Mädchen	1964	14 h	1978	Nachschrift	200
	„Piggle“					
Firestein	25-jährige Frau			1978	Nachschrift	30
Goldberg	25-jähriger Mann			1978	Nachschrift	108
	„Mister I“					
Goldberg	31-jährige Frau	ca. 1966	ca. 600 h	1978	Nachschrift	98
Goldberg	22-jähriger Mann	ca. 1972	2 Jahre	1978	Nachschrift	134
	„Mister E“					
Ude	6-jährige Mädchen	ca. 1975	2 Jahre	1978	Nachschrift	160

•Klinische Fall-Studien

„Die historisch so fruchtbare narrative Vorgehensweise Freuds ist heute allein nicht mehr in der Lage, die Existenz der Analyse zu rechtfertigen, auch wenn sie für die Mitglieder der „analytischen Community“ hinsichtlich didaktischer und identitätsbildender Zwecke von zentraler Bedeutung ist, denn Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein“ (Stuhr 2004).



Meyer AE (1994)

Nieder mit der Novelle als
Psychoanalysedarstellung - **Hoch
lebe die Interaktionsgeschichte.**

Z Psychosom Med Psychoanal 40:
77-98

*„Novellen als
psychoanalytische
Fallgeschichten sind heute
antipsychoanalytisch und
unwissenschaftlich“*

Das Ulmer Fall-Archiv

Enthält mehr als 900 Abschlußberichte der DPV

Archiv Nr.	Diagnose	Diagnose II	ThGeschl	PatGeschl	PAlder
1997 FJ 01	Hysterische Neurose		F.	F.	37
1997 FJ 02	Hysterie	anale Abwehr	M.	F.	34
1997 FJ 03	Zwangsneurose	phobische Symptome	M.	F.	34
1997 FJ 04	Depression, neurotische	hysterische Abwehr	F.	F.	36
1997 FJ 05	traumatische Neurose		F.	F.	26
1997 FJ 06	narzißtische Traumatisierung, frühe	bulimisch - anorektische Abwehr	F.	F.	27
1997 FJ 07	Hysterische Neurose	Vaginismus	M.	F.	33

Lang F U, Pokorny D & Kächele H (2009) Psychoanalytische Fallberichte:
Geschlechtskonstellationen und sich daraus ergebende Wechselwirkungen auf Diagnosen
im Zeitverlauf von 1969 bis 2006. *Psyche – Z Psychoanal*, 63: 384-398

Das Ulmer Modell der Einzelfallstudie

I Klinische Fallstudie

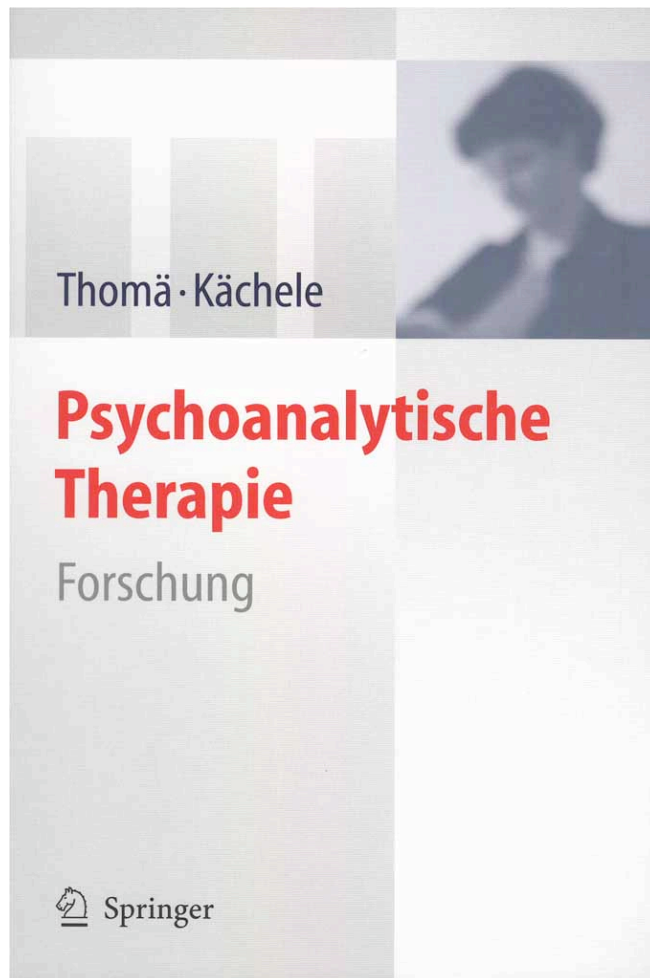
II systematische klinische Beschreibung

III klinische Beurteilung

IV linguistische und computer-gestützte
Textanalyse

Kächele H, Thomä H (1993) Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Assoc* 41: 109-129 Suppl.

Einzelfall-Studie



- Kächele, H. et alii (2006)
- Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X.
- *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse*, 60: 387-425.

evidenz-basierte Therapien

Arten von Therapiestudien:

Einzelfall-Studie

Randomisiert-kontrollierte Studie

Naturalistische Studie:

Kohorten-Studie,

Fall-Kontrollstudie

•Randomisiert-Kontrollierte Studien

RCT liefern Belege für die Wirksamkeit von Therapien unter streng kontrollierten Laborbedingungen:

Hochselektive Auswahl der Patienten

Manualisierung des Vorgehens

Training der Therapeuten

Festlegung der Therapiedauer

standardisierte Instrumente

Ziel: hohe interne Validität - Preis: niedrige externe Validität

evidenz-basierte Therapien

Das Muster-Beispiel:

ELKIN, I. (1994) The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are.

In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. A. E. Bergin & S. L. Garfield. New York: Wiley, 1994, pp. 114-139.

NIMH Treatment of Depression

- Majore Depression
- Kognitiv-behaviorale Therapie
- Interpersonelle Therapie
- Imipramin + Beratung (drug counselling)
- Placebo + Beratung (drug counselling)

evidenz-basierte Therapien

Deutsche Klassiker:

MEYER, A. E. (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics* 35:77-220

Vergleich von GT und psychoanalytische Fokaltherapie

GRAWE, K. (1976). *Differentielle Psychotherapie I*. Bern: Hans Huber.

Vergleich von GT und VT

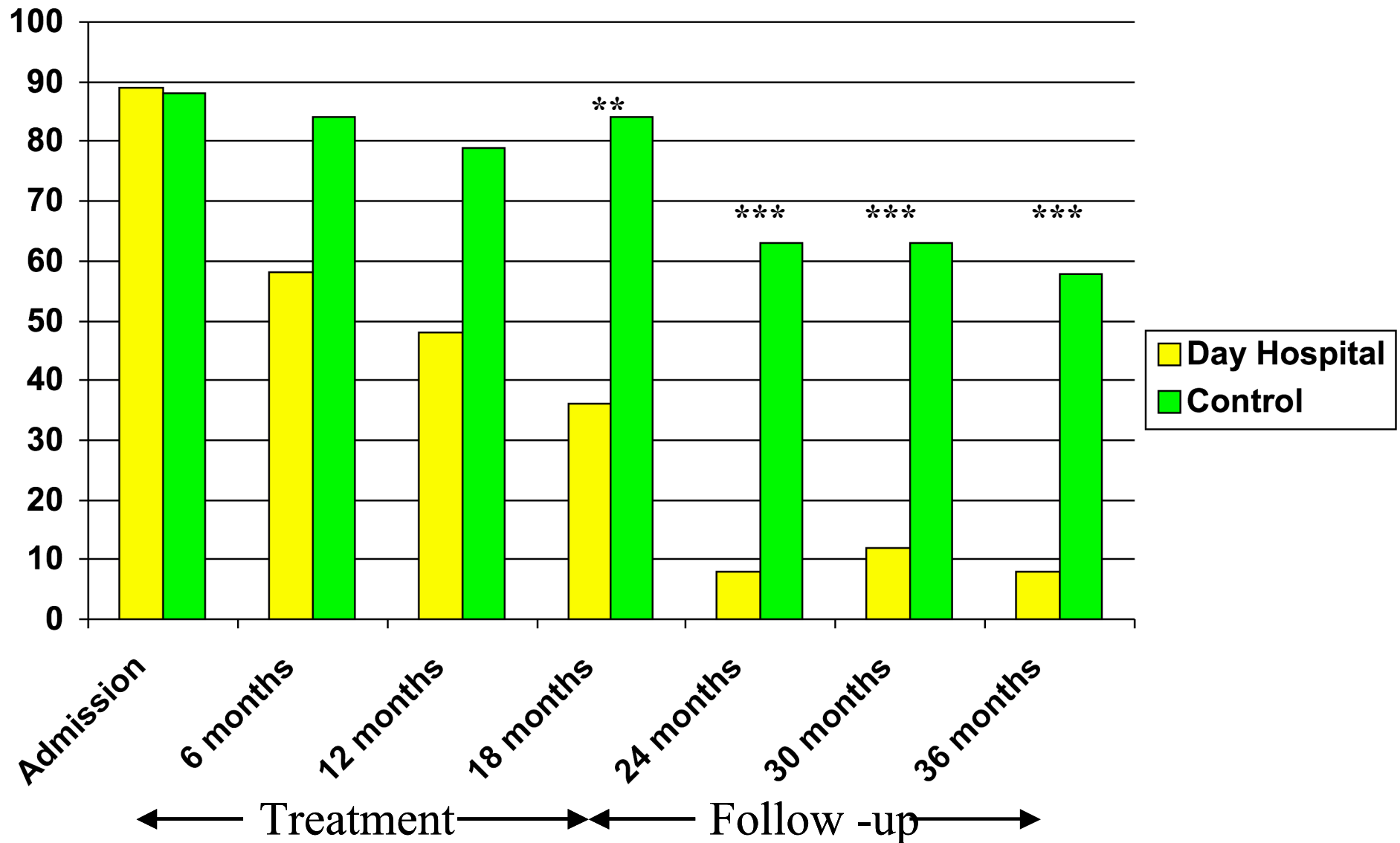
London Partial Hospital Study

BATEMAN, A. W. & FONAGY, P. (1999)

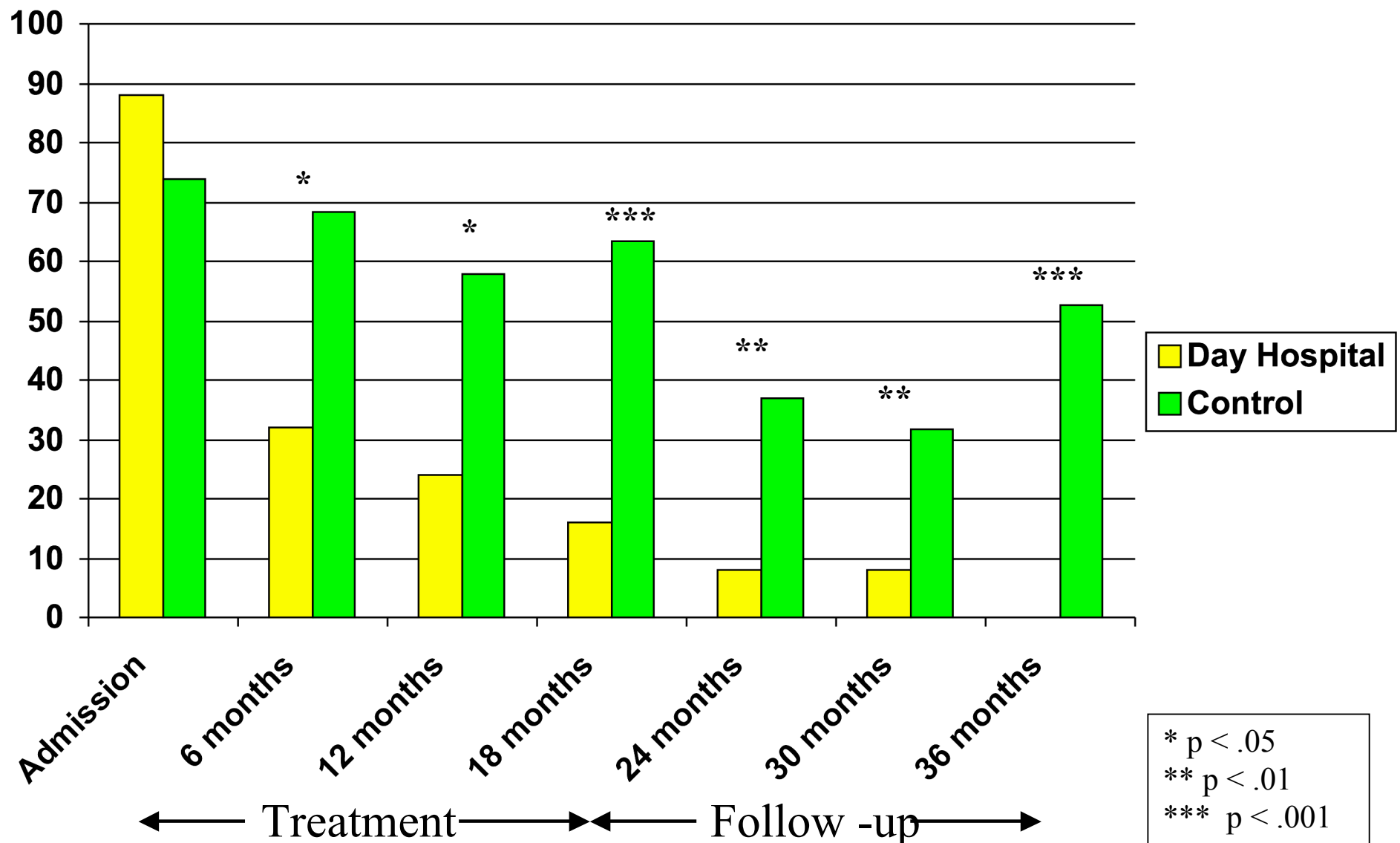
Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial.

Am J Psychiatry, 156:1563-1569.

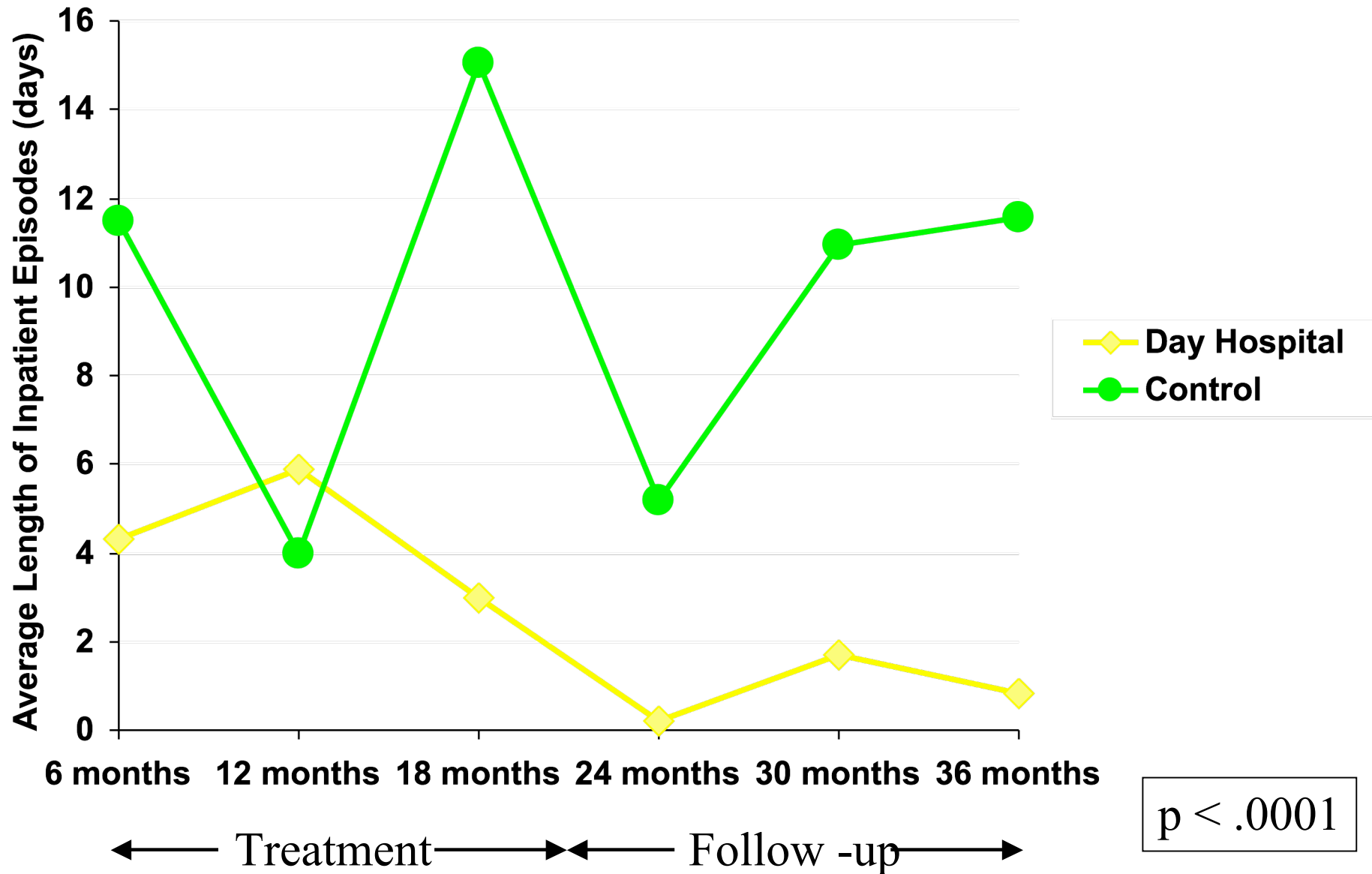
% Self-Mutilating Behavior



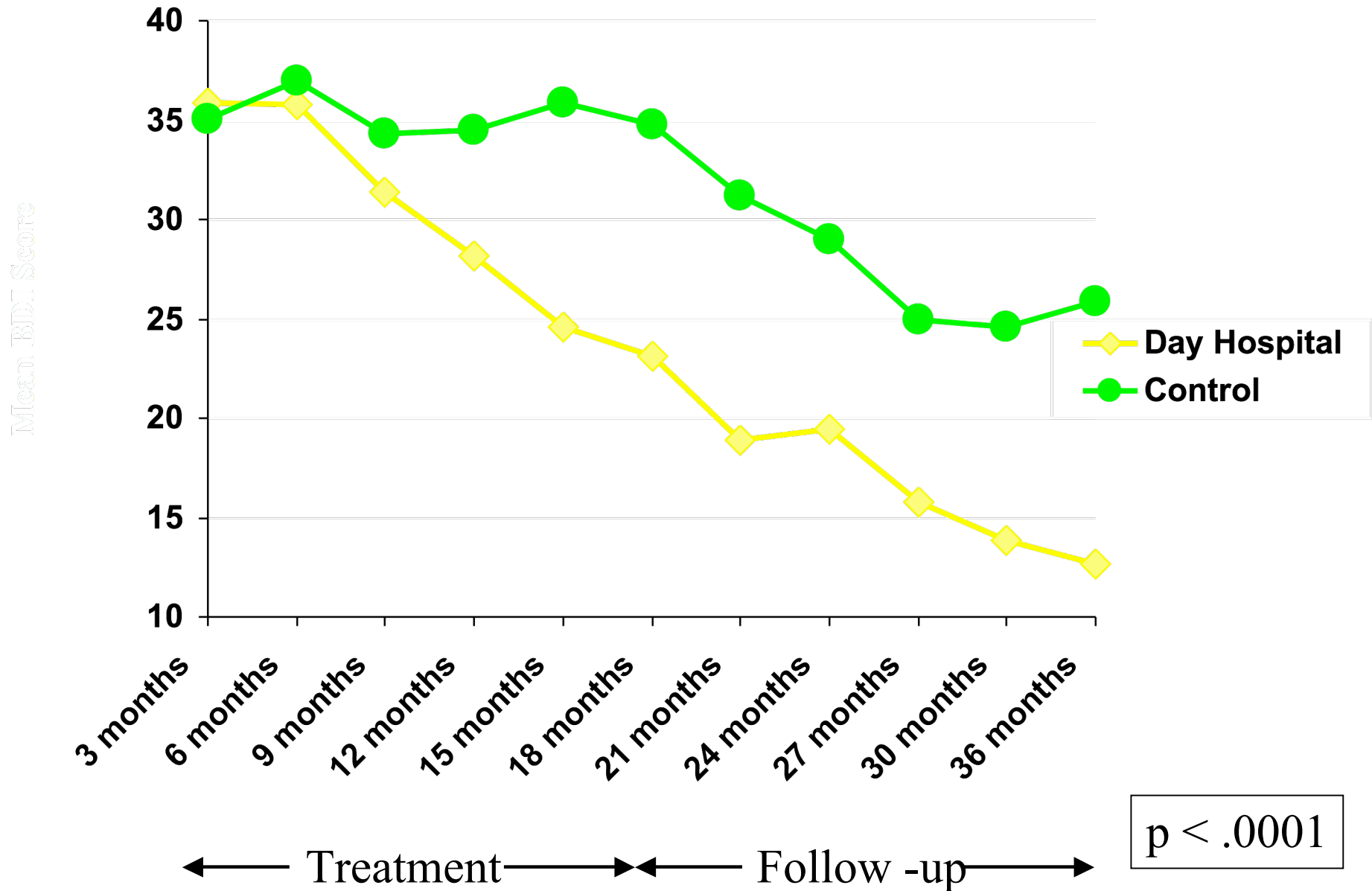
% Attempted Suicide



Length of Inpatient Episodes



Self Rated Depression (Beck)



Acht Jahres- Nachuntersuchung

BATEMAN, A. W. & FONAGY, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiat*, doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636.

OBJECTIVE:

This study evaluated the effect of mentalization-based treatment by partial hospitalization compared to treatment as usual for borderline personality disorder 8 years after entry into a randomized, controlled trial and 5 years after all mentalization-based treatment was complete.

METHOD:

Interviewing was by research psychologists blind to original group allocation and structured review of medical notes of 41 patients from the original trial. Multivariate analysis of variance, chi-square, univariate analysis of variance, and nonparametric Mann-Whitney statistics were used to contrast the two groups depending on the distribution of the data.

RESULTS:

Five years after discharge from mentalization-based treatment, the mentalization-based treatment by partial hospitalization group continued to show clinical and statistical superiority to treatment as usual on suicidality (23% versus 74%), diagnostic status (13% versus 87%), service use (2 years versus 3.5 years of psychiatric outpatient treatment), use of medication (0.02 versus 1.90 years taking three or more medications), global function above 60 (45% versus 10%), and vocational status (employed or in education 3.2 years versus 1.2 years).

CONCLUSIONS:

Patients with 18 months of mentalization-based treatment by partial hospitalization followed by 18 months of maintenance mentalizing group therapy remain better than those receiving treatment as usual, but their general social function remains impaired.

Eine randomisierte, kontrollierte ambulante Studie,
durchgeführt von Psychoanalytikern mit Psychoanalytikern

**Münchner Psychotherapie Studie (MPS):
Erste Ergebnisse zur Effektivität
psychoanalytischer Langzeittherapien
bei depressiven Patienten.**

Dorothea Huber und Günther Klug

**Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar (TU-München)**

Unter Mitarbeit von:

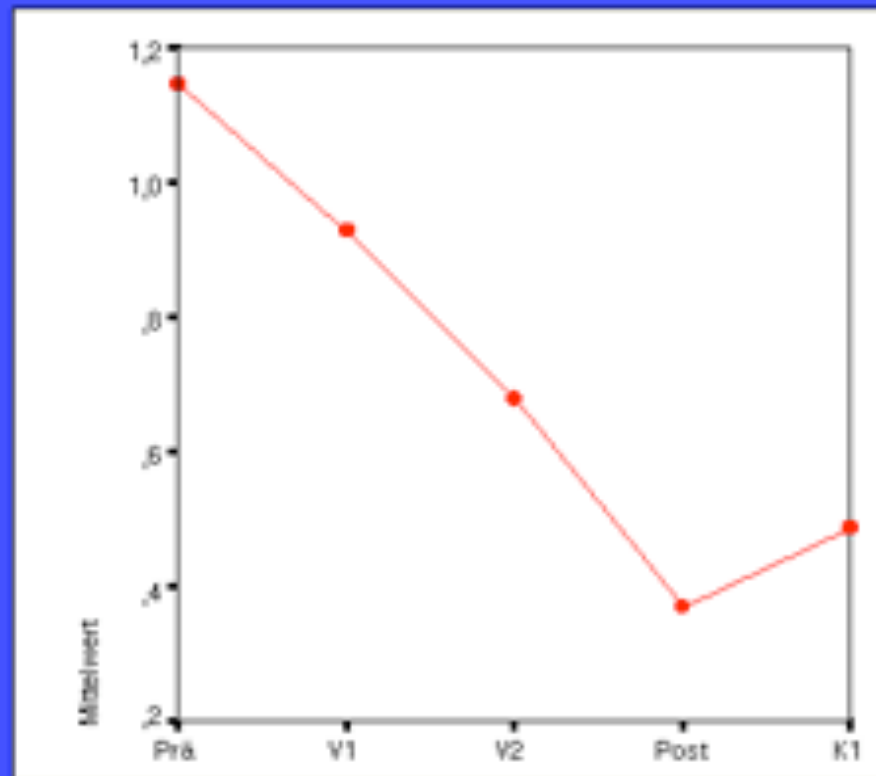
**Tobias Brandl, Claudia Denz, Claudia Denscherz, Johannes Dollhofer,
Gabriele Fenzel, Judith Gastner, Gerhard Henrich, Maria Kawka, Martin
Kuse-Isingschulte, Birgit Marten-Mittag, Anna von Thüngen**

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 Psychol 55, 101.

Symptome: SCL-90

Die symptomatische Belastung verändert sich kontinuierlich im Verlauf.

SCL-90R: GSI im Verlauf



**Korrelation der Behandlungsdosis (Sitzungszahl) mit den primären Erfolgsmaßen:
SCL-90-R Depressivität; IIP Gesamtwert; SPK Gesamtwert**

Variable		Post		K1	
	Gruppe	Korrel. r	Signif. p	Korrel. r	Signif. p
SCL-90-R Depressivität	PA	- 0,099	0,576	- 0,048	0,800
	PT	0,271	0,163	0,136	0,490
	VT	- 0,100	0,606	- 0,114	0,555
IIP Gesamtwert	PA	- 0,467	0,005**	- 0,530	0,003**
	PT	- 0,026	0,896	- 0,250	0,199
	VT	0,346	0,066	0,168	0,383
SPK Gesamtwert	PA	- 0,279	0,110	- 0,350	0,049*
	PT	0,175	0,363	0,145	0,452
	VT	0,231	0,220	0,304	0,109

WBP Stellungnahme

Home > Veröffentlichungen > Stellungnahmen und Gutachten > Psychodynamische Psychotherapie > Stellungnahme



Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie verabschiedete in der Sitzung vom 11. Nov. 2004 die folgende Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen:

Evidenz psychodynamischer Therapien in RCTs (Leichsenring 2004)

Depression (ICD-10 F3)

Angststörungen (ICD-10 F40-42)

Belastungsstörungen (ICD-10 F43)

Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (ICD-10 F44, F45, F48)

Eßstörungen (ICD-10 F50)

Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10 F54)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6)

Abhängigkeit und Mißbrauch (ICD-10 F1, F55)