

SLIDE 1

Psychotherapie: kurz und gut? Oder nicht gut genug?

Horst Kächele

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Medizinische Hochschule Hannover November 2008

Wenn am Ende des Erstgespräches die Frage gestellt wird: wie lange wird es dauern, ist der Interviewer gut beraten dem Patienten /Klienten zu vermitteln: so lange wie nötig, und so kurz wie möglich. Natürlich gibt es da viele Alternativen:

SLIDE 2

P.: so wenig wie möglich T.: so wenig wie nötig	P.: so viel wie möglich T.: so wenig wie möglich
4"	4"
P. so wenig wie nötig T.: so viel wie möglich	P.: so viel wie nötig T.: so viel wie möglich
4"	4"

Das Zweite deshalb, da noch immer die Wartelisten lang sind, und Therapeuten die Verpflichtung haben, mit dem begrenzten Gut der Behandlungskapazität sorgsam umzugehen (Birnbacher & Kottje-Birnbacher 1996). Das Erste deshalb, da die Patientinnen - um es sind in Zwei-Drittel der Fälle Frauen - das Recht auf eine den Problemen angemessene Hilfestellung haben. Es handelt sich um ein medizinethisches Problem der Ressourcen-Allokation. Systemimmanent wird in der BRD zwischen Kurzzeit- und Langzeittherapie unterschieden. Solche Unterscheidungen regulieren eine Praxis, die von der Natur der Sache her keine

Unterscheidung kennen kann. Denn was ist kurz und was ist lang?

Die sechs probatorischen Sitzungen, die in der BRD auf Überweisungsschein ermöglicht werden, wären in den USA gegenwärtig bereits die mittlere Wert für eine Kurztherapie; die in Therapiestudien angewendeten Therapiemanuale halten in der Regel ca. 15-20 Sitzungen für ausreichend (z.B. IPT, KVT). Da in der Regel eine einstündige Frequenz gewählt wird, dauern solche Behandlungen, rechnet man die gesellschaftlich akzeptierten Unterbrechungen durch Feier- und Ferientage ab, ca. ein bis anderthalb Jahre.

Über 80% der bei den Kassen beantragten Leistungen werden als psychodynamische oder verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapie initiiert; nur ein kleiner Teil unmittelbar als analytische Langzeittherapie.

SLIDE 3

Empirisch wurden hierzu Daten in einer bundesweiten Studie an über 700 psychotherapeutischen Behandlungen (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie: 52%, Verhaltenstherapie 31% und analytische Psychotherapie 17%) erhoben (Puschner et al. 2007; Gallas et al. 2008).

SLIDE 4

Die mediane Therapiedauer (exkl. probatorischer Sitzungen) betrug 16 Monate, wobei die Hälfte der Behandlungen in VT (13 Monate) vier Monate früher abgeschlossen wurde als die Hälfte der Behandlungen in TP (17 Monate).

Behandlungen in AP wiesen mit 24 Monaten die längste Therapiedauer auf. Ein Jahr nach Therapiebeginn waren die Hälfte der Behandlungen in VT, etwa ein Drittel derer in TP und ein Viertel derer in AP abgeschlossen. Nach zwei Jahren waren fast alle Behandlungen in VT und knapp drei Viertel jener in TP beendet, während knapp die Hälfte der Behandlungen in AP noch andauerten.

In der Gesamtstichprobe wurden 40 Sitzungen (Median) durchgeführt. Behandlungen in VT wiesen mit einem Median von 25 Sitzungen die geringste Sitzungszahl auf, gefolgt von TP (42 Sitzungen) und AP (101 Sitzungen).

Die Befunde der TRANS-OP-Studie sprechen dafür, dass die Zeitstruktur in der Versorgungspraxis doch erheblich von den "Vorgaben" abweicht. So nahmen

Teilnehmer in keinem der untersuchten Verfahren – nicht einmal in AP – mehr als durchschnittlich eine Sitzung pro Woche in Anspruch. Weder soziodemografische noch klinische Merkmale wiesen einen nennenswerten Zusammenhang mit der Dauer der Psychotherapie und der Anzahl der durchgeführten Sitzungen auf. Im Mittel wurden nur drei Viertel der zugesagten Sitzungszahl tatsächlich in Anspruch genommen; das bewilligte Stundenkontingent wurde nur in weniger als einem Fünftel der Fälle vollständig ausgeschöpft. Gleichzeitig reichte das im Erstantrag zugesagte Kontingent in mehr als einem Drittel der Fälle nicht aus, und die Behandlungen wurden mindestens einmal über die ursprünglich bewilligte Sitzungszahl hinaus verlängert. Dies weist darauf hin, dass die zeitliche Strukturierung der Behandlung durch Patienten und Therapeuten in der Praxis flexibler gestaltet wird als es die Festlegung des Kontingents durch die Psychotherapie-Richtlinien und die gutachterlich zugesagte Stundenzahl vermuten lässt. Gleichzeitig gibt dieses Ergebnis Anlass, die Definition von Therapieabbrüchen als eine Beendigung der Therapie ohne vollständige Ausschöpfung des Sitzungskontingents zu überdenken. Dafür sprechen auch die Befunde zu den Gründen für die Beendigung der Therapie aus Patientensicht. Vielmehr scheinen sich in der Mehrzahl der Fälle Therapeut und Patient über den geeigneten Zeitpunkt für das Therapieende zu verständigen und die vorgegebenen Rahmenbedingungen den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Die Therapiedosis ergibt sich eher im Verlauf als dass sie als unabhängige Größe vor Therapiebeginn sinnvoll festgelegt werden könnte. Auch das Ergebnis, dass Therapien häufiger bei Patienten verlängert werden, die zu Behandlungsbeginn stärker psychisch beeinträchtigt sind, deutet auf eine individualisierte, an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hin. Dies ist im Versorgungssystem allerdings nur dann möglich, wenn weniger oder genauso viele Sitzungen vonnöten sind als durch den maximalen Rahmen, der durch Erstantrag und Verlängerungsanträge ausgeschöpft werden kann, vorgegeben sind. In Fällen, in denen diese maximale Gesamtsitzungszahl nicht ausreicht, beispielsweise bei chronisch psychisch Kranken, kann so dem Bedarf des Patienten nicht entsprochen werden. Auch wenn die Richtlinien-Psychotherapie aktuell weltweit den großzügigsten Rahmen für die psychotherapeutische Versorgung bietet, bleibt eine Subgruppe an Patienten unterversorgt, während gleichzeitig eine Überversorgung i.S. von nicht in Anspruch genommenen Sitzungskontingenten besteht.

SLIDE 5

Andere Verhältnisse bestehen in der stationären Psychotherapie; hier werden von den Leistungsträgern zunehmend Regeldauern festgesetzt, die derzeit zwischen acht bis zwölf Wochen liegen. Dies zeigt die Verteilung an der Ulmer Psychosomatischen Tagesklinik aus dem Jahre 2006. Auch dort wird eine gewisse Variabilität ermöglicht, solange der mittlere Wert für die Aufenthaltsdauer stimmt:

- Belegung der Tagesklinik im Jahre 2006:
 - 107 Patienten, Durchschnittsalter 35,6 Jahre (von 18 bis 67)
 - 16,8% Männer – 83,2% Frauen
 - Aufenthaltsdauer im Mittel ca. 8 Wochen

SLIDE 6 Experimentelle Therapien

In Zeiten einer Evidenzbasierten Medizin, die zunehmend auch das psychotherapeutische Feld erfasst und auch verunsichert, macht es Sinn, sich ein klares Bild von dem zu machen, was kurz oder lang in diesem Forschungstext meint.

Als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, der ja die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie bewerten soll, kann ich anfügen. Nach (freiwillig angeforderter) Überprüfung der bestehenden Richtlinienverfahren konnten wir feststellen, dass sowohl verhaltenstherapeutische wie auch psychodynamischen Kurztherapien in den von uns definierten Störungsbereichen als wirksam anzusehen sind. Wie bekannt haben, haben wir auch die Gesprächstherapie in vier Störungsbereichen anerkannt; der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich anders entschieden. Außerdem stehen wir kurz davor, auch die systemische Therapie für vier oder fünf Störungsbereiche für Erwachsene anzuerkennen. Vermutlich wird jedoch der G-BA auch diese Anerkennung zurückweisen – es ist viel Politik im Spiel. Also wo ist das Problem?

Das Problem besteht in der Dosierung. Man würde wohl kaum ein Medikament für eine andere Dosierung zulassen als für die, die getestet wurde. In der Psychotherapie ist das noch nicht so. Getestet wurden folgende Therapiedosen:

Kognitive-Behaviorale Therapien

429 Studien, mittl. Dauer 11,2 Sitzungen

434 Studien, mittl. Dauer 7, 9 Wochen

Humanistische Therapien

70 Studien, mittl. Dauer 16,1 Sitzungen

76 Studien, mittl. Dauer 11, 6 Wochen

Psychodynamische Therapien

82 Studien, mittl. Dauer 27,6 Sitzungen

80 Studien, mittl. Dauer 30,7 Wochen

(basiert auf Grawe et al. 1994)

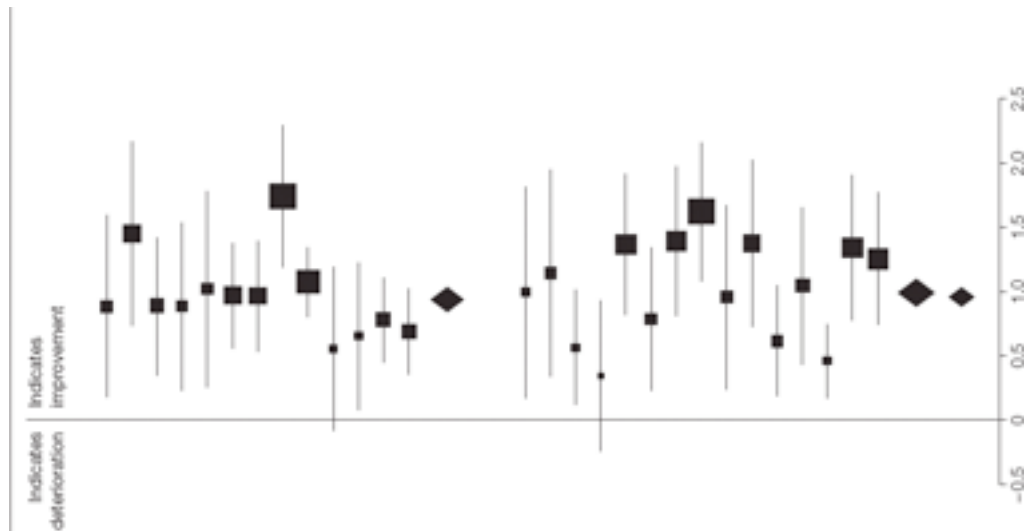
Wie der Blick auf die faktische Therapiedauer in der bundesweiten Studie gezeigt hat, sind die tatsächlichen Verhältnisse ganz anders.

SLIDE 7

Glücklicherweise haben wir eine brandneue Meta-Analyse, d.h. eine systematische Übersichtsarbeit zur Frage des Vergleiches von Kurztherapien mit mittellangen Therapien, die die Kollegen Leichsenring und Rabung (2008) in dem hochrangigen Journal of the American Medical Association veröffentlicht haben. Sie führen aus, dass es zwar ausreichend Evidenz für die Wirksamkeit kurzer psychodynamischer Therapie für spezifische Störungen gibt (Leichsenring et al. 2004), jedoch bislang keine überzeugende Forschung zum Ergebnis von psychodynamischen Langzeittherapien vorliege. Die vorliegende Beweislage zu kurzen psychodynamischen Therapien legt nahe, dass Kurzzeit-Therapie ausreichend für Menschen ist, die an akuten Störungen leiden. Allerdings liegen auch hinreichende Belege dafür vor, dass kürzere Therapien für eine beträchtliche Anzahl von Patienten mit komplexen oder multiplen seelischen Störungen nicht ausreichend sind. Diese Lücke füllt der vorliegende Forschungsbericht, der in kürzester Zeit ein grosses Echo, überwiegend sehr sehr positiv, erhalten hat.

SLIDE 8

Die folgende Abbildung aus der Veröffentlichung fasst die Befunde, die sowohl aus randomisierten Studien als auch aus Beobachtungsstudien stammen, zusammen:



Die Abbildung zeigt, dass LPPT beachtliche Wirkungsstärken aufweist (mündliche Erläuterung: was ist Effektstärke)

So weit so gut, möchte man sagen; und ich möchte hinzufügen, dass es bislang keine Evidenz für längere verhaltenstherapeutische Psychotherapien gibt, die den Standards des EBM Welt statthalten kann (s.d. Fydrich (2008), der sich vor diese Frage elegant drückt).

Aber was hat es mit den doch langen psychoanalytischen Therapien auf sich. Sind diese denn nicht längst obsolet? Doch auch hier sind, wenn auch wenig evidenzmächtig- und dies aus vielen Gründen, gute Nachrichten am Horizont der Forschung zu sehen.

Nachdem viele Jahrzehnte wenig empirische Evidenz für die höherwertige Leistung der Langzeittherapien verfügbar war (Orlinsky et al. 1994) - zeigen

SLIDE 9

jüngere Studien ein differenziertes Bild. Sowohl die Münchener Psychotherapie-Studie (Huber et al. 2001, 2004) als auch die Heidelberg-Berliner Studie (Grande et al. 2004) berichten über vergleichbare symptomatische Besserungen bei nieder- und höher frequenten psychoanalytischen Langzeit-Behandlungen als auch über eine - allerdings eher mäßige - Überlegenheit der höher frequenten Therapien bei Veränderungen in strukturellen Dimensionen¹.

¹ Den derzeitigen Forschungsstand der Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie in Deutschland bei spezifischen psychischen Störungen, insbesondere der Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen, haben Jakobsen et al. (2007) zusammengestellt.

SLIDE 10

Auch die umfangreiche DPV-Katamnesenstudie, die sechs Jahren nach Therapieende bei 400 Ex-Patienten und Ex-Patientinnen durchgeführt wurde unterstreicht zunächst, dass die ca vier-jährige Behandlungsdauer den Unterschied von niedrig frequent und hochfrequent nivelliert. „Beide Therapieformen führen bei der großen Mehrheit der Patienten zu langfristig positiven Veränderungen, falls die Indikationsstellung richtig war“. Dieser Schluß ist natürlich kühn, aber nachvollziehbar.

Dass hochfrequent behandelte Patienten mehr Selbstreflexion und eine bessere Internalisierung der analytischen Vorgehensweise zeigen, dürfe nicht überraschend sein, „die erzielten Erfolge sind differenzierter, die Entfaltung der potenziellen Ressourcen kreativer und innovativer“ schreiben Leuzinger-Bohleber et al. (2001).

SLIDE 11

Frisches Wasser auf die Mühle der LPPT bringt auch eine finnische gross angelegte Vergleichsstudie zur Psychotherapie von Angst- und depressiven Störungen. Diese zeigt auf, dass nach einem Jahr zwei Formen von Kurztherapie (psychodynamisch und systemisch) recht gute symptomatische Erfolge aufweisen; nach drei Jahren kann jedoch die höher frequente psychodynamische Langzeittherapie deutlich bessere Ergebnisse vorweisen (Knekt et al. 2008a)².

² Short-term therapies produce benefits more quickly than long-term psychodynamic psychotherapy but in the long run long-term psychodynamic psychotherapy is superior to short-term therapies. However, more research is needed to determine which patients should be given long-term psychotherapy for the treatment of mood or anxiety disorders.

SLIDE 12

Versorgungspolitisch aufschlußreich sind die jüngst auf der SPR Konferenz in Barcelona (Juni 2008) mitgeteilten Befunde aus dieser Studie, dass die nur kurz behandelten Patienten in erheblichen Umfang im Anschluss an die kurze Behandlung Nachsorge in Anspruch genommen haben (Knekt et al. 2008b).

In dieser Studie wurden 326 Patienten mit depressiven oder Angststörungen zufällig einer systemischen, lösungsorientierten Therapie (SFT), einer psychodynamischen Kurztherapie (SPP), oder einer psychodynamischen Langzeit- Psychotherapie (LPP) zugewiesen; 41 Patienten wählten selbst eine psychoanalytische Behandlung (PA).

Nach fünf Jahren wurden weitere psychotherapeutische Interventionen, psychopharmakologische Interventionen, und stationär psychiatrische Behandlung erfasst.

Das überraschende Ergebnis war, dass 60% der Patienten weitere Interventionen während der Katamneseperiode in Anspruch nahmen. Medikation und Psychotherapie waren besonders von Patienten aus beiden Kurztherapieverfahren in Anspruch genommen und die Inzidenz war im Jahr nach der Beendigung der Indextherapie besonders hoch. Etwa 50% der Kurztherapie-Patienten nahmen erheblich mehr Psychotherapie in Anspruch als sie in der Indextherapie erhalten hatten

SLIDE 13

Das Studienprotokoll sah für die SFT 10 Sitzungen, für die SPP 19 Sitzungen vor; zählt man die offizielle und nachträgliche Inanspruchnahme zusammen waren es 60 und 70 Sitzungen. Aber auch Patienten nach psychodynamischer Langzeittherapie nehmen weitere therapeutische Massnahmen in Anspruch (232 and 240) und das gleiche gilt auch für die psychoanalytischen Behandlungen (646 and 670). Solche Befunde unterstreichen, was die konsumenten-orientierte Marktforschung per Fragebogen als Meinungsbild bei Ex-Patienten erhebt, eindeutig ein Votum für längere Behandlungen (Seligman 1995; Hartmann u. Zepf 2003). Allerdings muss beachtet werden, dass der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Symptombesserung nicht sehr ausgeprägt sein muss.

SLIDE 14

Generell besteht bei klinisch Erfahrenen die Ansicht, dass Persönlichkeitsstörungen mit Kurzzeit-Interventionen nur vorübergehend Besserungen zu erzielen sind. Für die Mentalisierungs-Basierte Therapie von Bateman u. Fonagy (1999; 2004) wurde erst jüngst eine 8-Jahres-Katamnese vorgelegt, die für die Notwendigkeit länger dauernden Behandlungen für Patienten mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung spricht (Bateman u. Fonagy 2008). Diese überaus schwierig zu behandelnde Klientel wurde 18 Monate niederschwellig aber komplex multimodal ambulant behandelt³.

In der psychoanalytischen Literatur werden „Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen“ (Henseler u. Wegner 1993) und das mindest viermal pro Woche nach wie vor hochgeschätzt; diese repräsentieren jedoch nur einen marginalen Anteil an der psychotherapeutischen Versorgung. Stellt man die gegenwärtige pluralistische Situation in Rechnung (Jiménez 2008), sind diese Extremvarianten von Therapie durchaus denkbar, wenn die Berichterstattung, sprich Befunddokumentation, den Ansprüchen der Versichertengemeinschaft genügen kann.

SLIDE 15

Ein Beispiel dafür haben wir als Fachgutachten im Rahmen sozialgerichtlicher Klärung des Umfangs der Leistungspflicht einer Krankenkasse für analytische Psychotherapie geliefert (Kächele et al. 1995). Die Richter am Sozialgericht waren durch sorgfältige Prozessdokumentationen durchaus zu überzeugen, dass in

³ Das Programm umfasst eine Wochenstunde Einzeltherapie, 3 x pro Woche Gruppentherapie, eine Psychodrama Sitzung pro Woche, eine Sitzung mit einem Case manager und adäquate Medikamentöse Beratung.

einzelnen Fällen gut begründet Behandlungskontingente von weit mehr als 500 Sitzungen angemessen sein können⁴

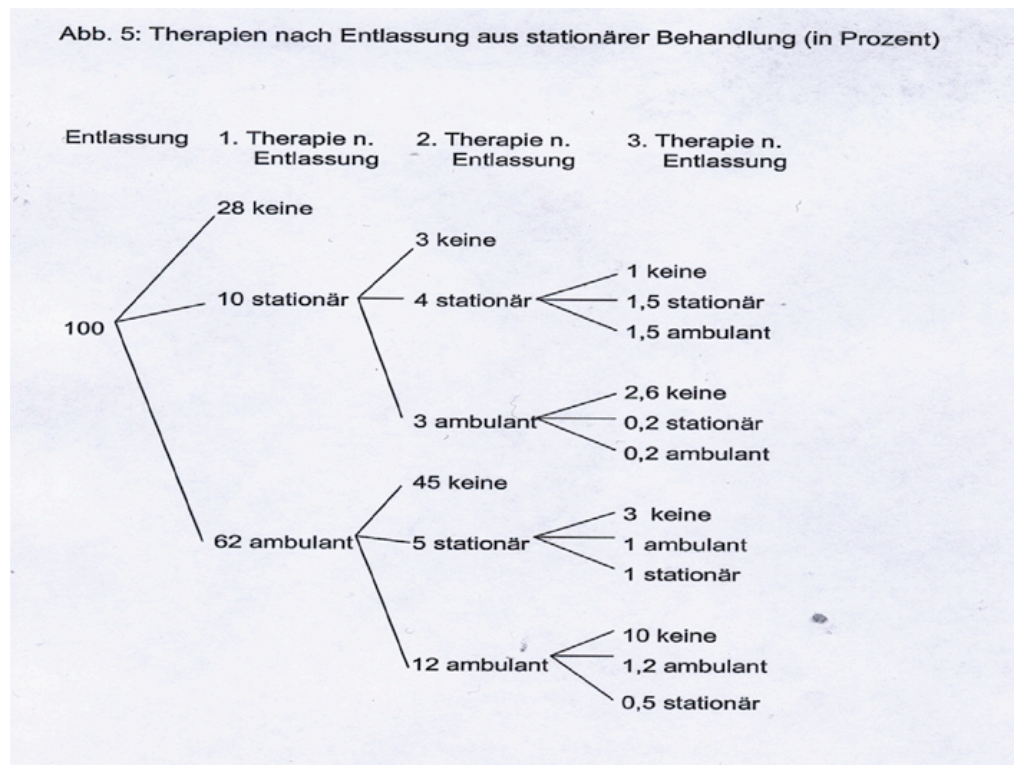
Wir sollten die Problematik der Langzeit-Behandlungen um den Aspekt der sog. fraktionierten Behandlungen erweitern.

Diese finden weitaus öfters statt als es den Anschein hat. Besonders häufig werden Patienten aus der stationären Psychotherapie kommend fraktioniert behandelt, - d.h. sie werden geplant, aber oft auch ungeplant – immer wieder in ein stationäres Setting eingewiesen, da dieser Rahmen oft bessere Möglichkeiten bietet, ihren Schwierigkeiten gerecht zu werden (Wietersheim et al. 2008). Außerdem ist in der Erfahrung vieler Patienten und ihrer Ärzte begründet, dass es nicht nur in ländlichen Gebieten Deutschlands nach wie vor schwierig sein kann, einen freien und geeigneten ambulanten Therapeuten zu finden.

Hierzu möchte ich aus der bundesweiten multi-zentrischen Studie zur stationär-psychodynamischen Therapie von Essstörungen (Kächele et al. 2001) eine Illustration geben, die das wenig beachtete Ausmaß solcher längerer Behandlungssequenzen verdeutlicht.

Eine Nachuntersuchung dieser über 1200 Anorexie- und Bulimiepatientinnen ergab folgendes informatives Bild (Wietersheim et al. 2004):

⁴ Wie diese Frequenzfrage nicht (mehr) behandelt werden darf, illustriert Thomä (2008), der einen überaus kritischen Brief einer Patientin (mit deren Zustimmung) zur Frage der Drei- oder Vierstündigkeit, die zwischen Patientin und ihrem Analytiker sehr kontrovers gesehen wurde, veröffentlichte.



Diese Studie belegt, wie häufig Behandlungsepisoden bei essgestörte Patientinnen nacheinander geschaltet werden, was neuerdings offiziell als „stepped care“ gehandelt wird (Kordy et al. 2005).

Solche mehr oder minder wenig glücklich verlaufende Therapiekarrieren dürften auch bei anderen Störungsbildern vorkommen, wobei insbesondere der depressiven Störung in dieser Hinsicht zunehmend Beachtung geschenkt wird (Luyten et al. 2006). In diesem Kontext wird zu wenig die Bedeutung sog. haltgebender Therapien beachtet, wie sie Dührssen (1988) beschrieben hat.

SLIDE 17

Es ist interessant, wie im Faber-Haarstrick Kommentar zu den Richtlinien diese ungewöhnliche Form von „Langzeitbehandlungen“ beschrieben wird:

„Patienten mit Krankheitsbildern, bei denen vorwiegend Defizite in der Ich-Entwicklung und Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden, führte bei der Überarbeitung der Richtlinien zu Überlegungen, wie die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten in der vertragsärztlichen Praxis angemessen sicher gestellt werden kann“ (Rüger et al. 2005, S. 39)

Der Hinweis auf Kohut und Kernberg, (der in Klammer eingefügt ist) wird, lässt ahnen, worin idealiter die Behandlung bestehen sollte:

„Differentialindikatorisch ist die Behandlung dieser Störung durch eine lang dauernde und intensive analytische Psychotherapie in Erwägung zu ziehen. Dieser Indikation kann die eingeschränkte Behandlungsprognose der Persönlichkeitsstörung entgegenstehen...“ (S. 39).

Stattdessen wird eine niederfrequente Intervention, reduziert bis zu wenigstens einer Sitzung pro Monat und sogar einer Halbierung der Sitzungsdauer auf 25 Minuten, nahegelegt, womit dann die stolze Leistung von 200 Sitzungen über eine Reihe von Jahren ermöglicht werde.

In der Tat, es gibt Patienten, die aus vielen Gründen nicht in intensive analytische Behandlung aufgenommen werden – last not least ist nach wie vor der höhere Schulabschluß, die höhere Bildung ein Eintrittskriterium für psychoanalytische Behandlung, wie die DPV-Katamnesestudie erneut belegt hat.

Viele Patienten mit niederfrequenter Betreuung finden sich in Praxen psychotherapeutisch orientierter Psychiater und sind oft entweder ehemalige Psychiatriepatienten (Caspar u.Grawe 1990) oder finden sich immer wieder im stationären Reha-Sektor. Gegenstand von Therapiestudien ist diese Klientel jedoch bislang nicht gewesen. Besonders für Patienten, die nicht psychotherapie-affin sind, lassen sich hier oft durch das multi-modale Angebot erste Weichen für eine psychologisches Krankheitsverständnis stellen (Wietersheim et al. 2008).

Doch was nach wie vor sind nun gute Gründe, auch mal zu einer hochfrequenten psychoanalytische Therapie zu raten?

Falls mir noch Zeit bleibt, greife ich auf einen von mir behandelten Fall zurück (Thomä u. Kächele 2006b, Kap.9.11.3):

Ein 32-jähriger Naturwissenschaftler wandte sich wegen sexueller Impotenz an einen Allgemeinarzt, der ihm für seine psychosomatische Orientierung bekannt war. Die beiden verständigten sich darauf, es zunächst mit autogenem Training zu versuchen, das als gängige Methode in diesem Feld der psychosomatischen Grundversorgung weit verbreitet ist. Diese Intervention führte für kurze Zeit zu - einer Verringerung der Ängste vor dem Geschlechtsverkehr.

Das baldige Wiederaufleben der Symptomatik veranlasst den Hausarzt eine verhaltenstherapeutische Behandlung der Sexualstörung an einer Beratungsstelle zu empfehlen. Der Patient beginnt mit seiner Partnerin eine entsprechende symptomorientierte Beratung. Diese Intervention führt zu einer positiven

Veränderung der sexuellen Beziehungsmöglichkeiten. Als die Verlobte, die bisher ca. 80 km entfernt wohnte, nun die bislang bestehende Wochenendbeziehung überwinden will und zunehmend auf Heirat drängt, tritt die Impotenz, begleitet von schweren Depressionen und manifesten Arbeitsstörungen, noch stärker als zuvor auf. Auf Wunsch des Patienten überweist der vorbehandelnde Allgemeinarzt ihn gezielt zu einer psychoanalytischen Behandlung.

Im Erstgespräch wird eine charakterneurotisch verankerte Potenzproblematik diagnostiziert. Die subtile Form des „Nicht-Könnens“ des Patienten bezog sich vorbewusst auf die gefürchtete Entthronung seiner Chefs; unbewusst war damit der Triumph über die beschränkten Leistungen seines Vaters verbunden, der es nur zum mittleren Beamten gebracht hatte. Die gehemmte Sexualität ist weiterhin durch verinnerlichte Gebote seiner Mutter bestimmt, die eine Ablehnung von Schmutz und Sexualität diktierten. Das klinische Gesamturteil ergibt die Diagnose einer zwanghaft-schizoiden Charakterstruktur; dafür sieht der Psychoanalytiker die Indikation zu einer hochfrequenten Psychoanalyse als begründet an. Er kann sich mit dem Patienten darauf verständigen, dass nur eine Durcharbeitung der vielfältigen Einengungen in fast allen Lebensbereichen eine nachhaltige Besserung verspricht

Nach vierjähriger psychoanalytischer Therapie wurde die Behandlung im gegenseitigen Einvernehmen mit einer, den Patienten selbst zufriedenstellenden, deutlichen Auflockerung seiner charakterologischen Einengungen beendet. Der Patient fand einen ihn zufriedenstellenden Arbeitsplatz, gründete einen Hausstand und zeugte einen Sohn, den er zwei Jahre nach Beendigung seinem Analytiker präsentierte (Thomä u. Kächele 1988).

Alexander FG, French TM (1946) Psychoanalytic therapy. Principles and Applications. Ronald Press / Wiley New York 1974, New York

Bateman AW, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Am J Psychiatry 156: 1563-1569

Bateman AW, Fonagy P (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry 158: 36-42

Bateman AW, Fonagy P (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment. Oxford University Press; dt. Psychosozial-Verlag Giessen 2008, Oxford

- Bateman AW, 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
- Birnbacher D, Kottje-Birnbacher L (1996) Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Lehrbuch der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, S 499-506
- Caspar FM, Grawe K (1990) Was hat Psychotherapie mit typischen Langzeitpatienten bisher gebracht und was könnte sie bringen. In: Bock T, Mitzlaff S (Hrsg) *Von Langzeitpatienten für die Akutpsychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 87-103
- Dührssen A (1988) *Dynamische Psychotherapie*. Springer, Berlin
- Fydrich T (2008) Wie lässt sich die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Langzeitbehandlungen wissenschaftlich erfassen? *Persönlichkeitsstörungen* 12: 38-45
- Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. *Psychotherapeut*, im Druck
- Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G (2006) Differential effects of two forms psycho-analytic psychotherapy. Results from the Heidelberg-Berlin Study. *Psychotherapy Research* 16: 470-485
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen
- Hartmann S, Zepf S (2003) Effectiveness of Psychotherapy - A Replication of the Consumer-Reports-Study. *Psychotherapy Research* 13: 235-242
- Henseler H, Wegner P (Hrsg) (1993) *Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Huber D, Klug G, von Rad M (2001) Die Münchner Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stühr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) *Langzeit-Psychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart, S 260-270
- Huber D, Klug G (2004) Contribution to the mode-specific effects in long-term psychoanalytic psychotherapy. In: Richardson P, Kächele H, Rendlund C (Hrsg) *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*. Karnac, London, S 63-80
- Jakobsen T, Rudolf G, Brockmann J, Eckert J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H, Leichsenring F (2007) Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53: 87-110
- Janssen P (1987) *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett, Stuttgart
- Kantrowitz JL (1998) The patient-analyst match and the outcome of psychoanalysis: a pilot study. *Int J Psycho-Anal* 37: 893-919
- Kächele H, Munz D, Herzog W (1996) Stationäre analytische Behandlungsprogramme bei Eßstörungen. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) *Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen*. Schattauer, Stuttgart, S 1-4
- Kächele H, Eckert J, Schulte B, Hillecke T (2008) Zeit für Psychotherapie. *Psychotherapeut*, in Vorb
- Kächele H, Jiménez JP, Thomä H (2008) „Ende gut, alles gut“? Gedanken zu Unterbrechung und Beendigung psychoanalytischer Behandlungen." *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 10: 7-20

- Kächele H, Kordy H, Richard M, Studiengruppe MZ-ESS (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Results of a multi center study across Germany. *Psychotherapy Research* 11: 239-257
- Kächele H, Pfäfflin F, Simons C (1995) Fachgutachten im Rahmen sozialgerichtlicher Klärung des Umfangs der Leistungspflicht einer Krankenkasse für analytische Psychotherapie. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse* 49: 159-173
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Rendlund C, Helsinki Psychotherapy Study Group (2008) Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 38: 689-703
- Knekt P, Haaramo P, Laaksonen M, Lindfors O (2008) Use of auxiliary treatment during a 5-year follow-up among persons receiving short- or long-term psychotherapy or psychoanalysis. *Society for Psychotherapy Research: 39th International Meeting, Barcelona. June 18-21, 2008*
- Kordy H, Haug S, Percevic R (2005) Patients differ – A plea for individually tailored service allocation. *European Eating Disorders Review* 13: 1-7
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiat* 61: 1208-1216
- Leichsenring F (2008) Wirksamkeitsnachweise für Langzeittherapien bei Persönlichkeitsstörungen aus psychodynamischer Sicht. *Persönlichkeitsstörungen* 12: 31-37
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy. A Meta-analysis. *JAMA*, October 1, 2008—Vol 300, No 13
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2001) Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesenstudie. *Psyche - Z Psychoanal* 44: 193-276
- Levy K (2008) Psychotherapy and lasting change. *Am J Psychiatry* 165: 556-559
- Luyten P, Blatt SJ, Houdenhove Bv, Corveleyn J (2006) Depression research and treatment: Are we going skating where the puck is going to be. *Clinical Psychology Review* 26: 985-999
- Milrod BL, Leon A, Busch FN, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin JF, Aronson A, Singer M, Turchin W, Klass E, Graf E, Reres J, Shear M (2007) A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164: 265-272
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study. Am Psychol* 50: 965-974
- Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) (2001) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart
- Thomä H (2008) @@@@Psychotherapeut @:@@-@@
- Thomä H, Kächele H (2006b) *Psychoanalytische Therapie Band 2 Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Wietersheim J von, Kordy H, Kächele H (2004) Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg) *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart, S 3-15
- Wietersheim J von, Oster J, Munz D, Eppe N, Rottler E, Mörtl K (2008) Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie - Versuch einer Standortbestimmung. *Psychotherapeut*, im Druck