

Kapitel 5

Die Helsinki Psychotherapie-Studie: Effektivität, Suffizienz und Eignung von Kurz- und Langzeitpsycho- therapie¹

Paul Knekt, Maarit A. Laaksonen, Tommi Härkän, Erkki Heinonen, Esa Virtala
und Olavi Lindfors

Schlagworte Angststörung · Langzeitnachuntersuchung · Langzeitpsycho-
therapie · Affektive Störung · Psychoanalyse · Randomisierte Studie · Wieder-
holte Messungen · Kurzzeitpsychotherapie

Zusammenfassung

Sowohl Kurz- als auch Langzeitpsychotherapien haben sich bisher bei der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen als effektiv erwiesen (de Maat et al. 2009, Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b, Leichsenring et al. 2006). Im Durchschnitt haben sich Therapien mit derselben Länge als gleichermaßen effektiv herausgestellt (Cuijpers et al. 2008). Kurzzeittherapien, auf die sich die meisten Studien konzentriert haben, stellten sich als genauso effektiv wie die psychiatrische medikamentöse Behandlung heraus und wurden im Vergleich mit Patienten, die sich auf einer Warteliste befanden, als effektiver befunden. Das beweist, dass eine Verbesserung bei der Behandlung nicht nur durch den Placebo-Effekt oder eine Regression zum Mittelwert zu erklären ist (Churchill et al. 2001, de Maat et al. 2006). Langzeittherapien, die zwar meistens psychodynamisch verlaufen, jedoch in der klinischen Praxis weit verbreitet sind, wurden bisher weniger gründlich untersucht. Es mangelt vor allem an vergleichender Forschung, welche die Effektivität (effectiveness) von Lang- und Kurzzeittherapien vergleicht (Fonagy 2009, Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b). Zudem haben bisher nur vereinzelte Studien gleichzeitig die Effektivität (effectiveness) und Kosteneffektivität (cost effectiveness) der Therapie im Rahmen einer längeren katamnästischen Untersuchung untersucht und dabei ebenso einen Augenmerk auf Auswirkungen, die über die Symptome hinaus gehen, wie zum Beispiel Arbeitsfähigkeit und soziale Funktionalität, gelegt.

¹ Knekt, P., Laaksonen, M., Härkänen, T., Maljanen, T., Heinonen, E., Virtala, E., & Lindfors, O. (2012). The Helsinki Psychotherapy
Übersetzt von M. Hoffmeister (International Psychoanalytic University Berlin)

Einleitung

Sowohl Kurz- als auch Langzeitpsychotherapien haben sich bei der Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen oder Angststörungen als effektiv erwiesen (de Maat et al. 2009, Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b, Leichsenring et al. 2006). Im Schnitt haben sich Therapien mit derselben Länge als gleichermaßen effektiv herausgestellt (Cuijpers et al. 2008). Kurzzeittherapien, auf die sich die meisten Studien konzentriert haben, stellten sich als genauso effektiv wie die psychiatrische medikamentöse Behandlung und effektiver im Vergleich zur Warteliste heraus. Das beweist, dass eine Verbesserung bei der Behandlung nicht nur durch den Placebo-Effekt oder eine Regression zum Mittelwert zu erklären ist (Churchill et al. 2001, de Maat et al. 2006). Langzeittherapien, die meistens psychodynamisch konzipiert sind, die in der klinischen Praxis weit verbreitet sind, wurden bisher weniger gründlich untersucht. Es mangelt vor allem an vergleichender Forschung, welche die Effektivität (effectiveness) von Lang- und Kurzzeittherapien vergleicht (Fonagy 2009, Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b). Zudem wurden bisher nur vereinzelte Studien durchgeführt, die gleichzeitig die Effektivität (effectiveness) und Kosteneffektivität (cost effectiveness) der Therapieformen im Rahmen einer längeren katamnestischen Untersuchung beforscht haben und dabei ebenso einen Augenmerk auf Auswirkungen, die über Symptome hinaus gehen, wie zum Beispiel Arbeitsfähigkeit und soziale Funktionalität, gelegt.

Aufgrund ihrer deutlich längeren Dauer und einer größeren Häufigkeit der Therapiesitzungen kann die Langzeittherapie zu deutlich höheren Kosten führen als kürzere Therapieformen. Andererseits können Kurzzeittherapien dazu führen, dass zusätzliche Behandlungsformen benötigt und auch durchgeführt werden. Allerdings ist wenig über das Vorkommen und die Determinanten zusätzlicher psychiatrischer Behandlungen im Anschluss an eine Kurz- oder Langzeitpsychotherapie bekannt. Dementsprechend muss die langfristige Suffizienz von Therapien sorgfältig von mehreren Perspektiven aus untersucht werden.

Eine mögliche Ursache für eine unzureichende Reaktion auf die Behandlung, die sich durch nur minimale Veränderungen des Zustandes des Patienten oder der Notwendigkeit und Durchführung zusätzlicher Behandlungen äußert, kann eine ungeeignete Behandlungsform sein. Da bislang wenig Forschungsergebnisse dahingehend vorliegen, welche Therapieform für welchen Patiententyp am effektivsten ist und da es keine universellen, wissenschaftlich belegten Modelle der psychotherapeutischen Veränderungen zugrundeliegenden Mechanismen oder Einflussfaktoren gibt (Kazdin 2009), müssen die mit dem Patienten, Therapeuten und Therapieprozess verbundenen Faktoren, von denen ein Einfluss auf das Ergebnis der Therapie erwartet werden kann (Lambert 2002), umfangreich untersucht werden. Unter den patientenbezogenen Faktoren

spielen vor allem demografische Faktoren (Marttunen et al. 2008, Ogrodniczuk et al. 2001), ebenso das Ausmaß, der Verlauf und die Behandlungshistorie der Störung (Cooper et al. 2002, Marttunen et al. 2008, Shapiro et al. 1994), sowie Kindheitserfahrungen (Kurki 2009) und andere psychosoziale Faktoren (Marttunen et al. 2008, Valbak 2004) eine zentrale Rolle bei der Bestimmung einer angemessenen Therapieform und der Prognose ihrer Effektivität (effectiveness). Unter den therapeutenbezogenen Faktoren gelten sowohl demografische als auch professionelle und persönliche Faktoren (Beutler et al. 2004) als ausschlaggebend bei den Ergebnissen der Therapie. Unter den mit dem Therapieprozess verbundenen Faktoren spielen die Form und Länge der Therapie (Churchill et al. 2001, Knekt et al. 2008a, Knekt et al. 2008b) sowie die therapeutische Allianz zwischen Patient und Therapeut (Horvath u. Symonds 1991) eine entscheidende Rolle im Bezug auf die Ergebnisse der Therapie. Allerdings ist das Wissen bezüglich der gegenseitigen Bedeutung der patienten-, therapeuten- und auf den Therapieprozess bezogenen Faktoren noch sehr gering. Aufgrund des wachsenden Bedarfs nach Psychotherapie müssen die Ressourcen des Gesundheitswesens effizienter und im Einklang mit den Bedürfnissen der Patienten verteilt werden. Um unzureichende Reaktionen auf die Behandlung sowie unnötige Kosten zu vermeiden, werden wissenschaftlich fundierte Informationen im Bereich der möglicherweise relevanten Selektionskriterien bei der Auswahl einer Therapieform benötigt. Auch bei der Beurteilung der Effektivität (effectiveness) verschiedener Behandlungsformen und der Stabilität der Verbesserungen, wie etwa der nachhaltigen Remission und der Vermeidung der Notwendigkeit zusätzlicher Behandlungen, sind diese Erkenntnisse vonnöten.

Dieser Überblick über die laufende Helsinki Psychotherapie-Studie wird ausgewählte Ergebnisse zu 1) der Effektivität (effectiveness) und stellvertretenden Wirksamkeit (proxy efficacy) zweier Kurz- und zweier Langzeittherapien, 2) der Suffizienz dieser Therapien und 3) der Eignung des Patienten und des Therapeuten für eine Kurzzeit- vs. Langzeittherapie vorstellen.

Patienten und Methoden

Patienten

Insgesamt 506 geeignete ambulante Patienten wurden für die Helsinki Psychotherapie-Studie (*Helsinki Psychotherapy Study* - HPS) von psychiatrischen Einrichtungen in der Region Helsinki im Zeitraum Juni 1994 bis Juni 2000 rekrutiert (Knekt u. Lindfors 2004). Die ausgewählten Patienten waren zwischen 20 und 45 Jahre alt und litten an langanhaltenden Störungen, die zu Arbeitsunfähigkeit geführt hatten. Sie mussten die DSM-IV Kriterien (American Psychiatric Association 1994) für Angst- und affektive Störungen erfüllen. Patienten mit psychotischen Störungen, schwerwiegenden Persönlichkeits-

störungen (DSM-IV Cluster – eine Persönlichkeitsstörung und in einem geringen Maße vorhandene Borderline-Persönlichkeitsorganisation), Anpassungsstörungen, Suchtmittelmissbrauch oder organischen Störungen wurden aus der Studie ausgeschlossen, ebenso Patienten, die innerhalb der letzten 2 Jahre eine Psychotherapie absolviert hatten, sowie psychiatrische Mitarbeiter und Personen, die dem Forschungsteam bekannt waren.

139 der 506 Patienten, die an die HPS verwiesen worden waren, lehnten die Teilnahme ab (Abb. 4.1.). Unter den übrigen 367 Patienten wurden 97 dem Zufallsprinzip folgend einer lösungsorientierten Kurzzeittherapie (*solution-focused therapy*-SFT) zugeteilt. 101 Patienten wurden einer psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie (*short-term psychodynamic psychotherapy*-STPP) zugeteilt, 128 Patienten wurden der psychodynamischen Langzeittherapie zugeteilt (*long-term psychodynamic psychotherapy*-LTPP) und 41 Patienten absolvierten eine selbstgewählte Psychoanalyse (*psychoanalysis*). Um eine ausreichende Anzahl von Patienten in der Langzeittherapiegruppe zu gewährleisten, wurden die Patienten in einem 1:1:1:3 Verhältnis randomisiert. Nachdem sie in Behandlungsgruppen eingeteilt worden waren, lehnten 7 der in die Kurzzeittherapiegruppe eingeteilten Patienten die Teilnahme ab. Weitere 26 Patienten, die an der LTPP teilnehmen sollten, lehnten die Teilnahme ebenfalls ab. Auch ein weiterer Patient aus der PA-Gruppe lehnte die Teilnahme ab. Von den 333 Patienten, die eine der ausgewählten Therapien aufgenommen hatten, brachen 47 die Behandlung vorzeitig ab.