

Hau S, Leuzinger-Bohleber M (Hrg) (2004) Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 20: 13-125

Psychoanalytische Therapie

Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

Hrg. Stephan Hau und Marianne Leuzinger-Bohleber

unter Mitarbeit von Y. Brandl, G. Bruns, A. Gerlach, S. Hau, P. Janssen, H. Kächele, F.
Leichsenring, M. Leuzinger-Bohleber, W. Mertens, G. Rudolf, A.-M. Schlösser, A.
Springer, U. Stuhr u. E. Windaus

Y. Brandl, G. Bruns, A. Gerlach, S. Hau, P. Janssen, H. Kächele, F. Leichsenring, M. Leuzinger-Bohleber, W. Mertens, G. Rudolf, A.-M. Schlösser, A. Springer, U. Stuhr and E. Windaus (2004) Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 20: 13-125

Präambel

Die psychoanalytische Therapie beruht auf der Psychoanalyse, die im klinischen Kontext als Persönlichkeits-, Krankheits- und Behandlungstheorie charakterisiert werden kann (s.d. Kap. 2. – 6. dieser Stellungnahme). Alle psychoanalytischen Theorien stimmen darin überein, daß dem Unbewußten in den Funktionsweisen der gesunden Persönlichkeit und bei psychischen Erkrankungen eine zentrale Bedeutung zukommt. Nach psychoanalytischer Auffassung entwickeln sich die Hauptstrukturen der Persönlichkeit in einem Zusammenspiel von individueller Anlage und interpersonellen Beziehungen in den ersten Lebensjahren eines Menschen durch Verinnerlichungsprozesse. Die Strukturbildungsprozesse und die Strukturen selbst bleiben weitgehend unbewußt.

Psychische Erkrankungen entstehen im Gefolge von Störungen in der Strukturbildung, die per se krankheitswertig sein können oder die zu Beeinträchtigungen der Fähigkeit, widersprüchliche persönlichkeitsinterne Tendenzen zu bewältigen, führen und so mittelbar pathogen wirksam werden können. Dementsprechend geht die psychoanalytische Krankheitstheorie von einer strukturellen und/oder konflikthaften Genese seelischer Erkrankungen aus. Einmal eingetretene seelische Erkrankungen sind mit einer spezifischen Neigung zur Interpretation der eigenen Person, anderer Personen und interpersoneller Ereignisse aus der Perspektive der Erkrankung heraus verbunden.

Die psychoanalytische Behandlungstheorie folgt prinzipiell einem ätiologischen Modell, d.h. sie ist nicht primär auf die Behandlung eines Symptoms ausgerichtet, sondern darauf, die zugrundeliegende Ursache, die strukturelle Störung und/oder den unbewußten Konflikt zu beseitigen. Dazu ist in der Regel eine Bearbeitung der jeweiligen patienteneigenen Konstruktionsmuster der Wirklichkeit erforderlich, die im Wesentlichen in der therapeutischen Beziehung erfolgt.

Diese hier in äußerster Kürze skizzierten Grundlagen einer klinischen psychoanalytischen Theorie führen zu komplexen wissenschaftstheoretischen Annahmen, da nach psychoanalytischer Auffassung die Ursachen der Erkrankungen sich einer unmittelbaren Wahrnehmung entziehen sowie Symptomentstehungen, -veränderungen und -fixierungen in zirkulären Prozessen mit den Modalitäten Präkonzept, Wahrnehmung, Interpretation, veränderte Wahrnehmung, Reinterpretation erfolgen.

Es sollen deswegen der folgenden Stellungnahme zur psychoanalytischen Therapie einige wissenschaftstheoretische und wissenschaftssoziologische Bemerkungen vorangestellt wer-

den, die sich auch auf die vom Wissenschaftlichen Beirat zugrundegelegten Kriterien und Referenzen für die Diagnosen (ICD-10) und die Wirksamkeitsforschung für die Therapieerfolgswahrscheinlichkeit beziehen.

Wissenschaftstheoretische Bemerkungen

Oft wird wenig reflektiert, daß die Kriterien, die an die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung angelegt werden (vgl. unten), auf der Idee der Einheit aller Wissenschaften beruht, die zuerst im deutschen Idealismus und später in anderer Form im logischen Empirismus verkündet wurde. Dabei wurde das physikalische Experiment, das quantitative Abhängigkeiten zwischen genau definierten Größen in künstlich erzeugten Systemen überprüft (vgl. dazu RCT), zum Paradigma wissenschaftlicher Erfahrung ganz allgemein. Dieses einheitswissenschaftliche Modell gilt wissenschaftstheoretisch seit langem als überholt, da sich sowohl Natur- als auch Geisteswissenschaften in den letzten hundert Jahren derart ausdifferenziert haben, daß wir uns in einem Zustand der „Pluralität der Wissenschaften“ befinden, in dem die verschiedenen Disziplinen ihre Methoden, Erfahrungen, Theorien, Erkenntniswerte und Qualitätskriterien der Spezifität ihres jeweiligen Forschungsgegenstandes anpassen mußten (vgl. dazu u.a. Hampe und Lotter, 2000; Hau 2003, Leuzinger-Bohleber, 2002; Leuzinger-Bohleber, Dreher, Canestri, 2003). Hier verkürzt zusammengefaßt: ein unreflektiertes Übertragen eines Forschungsdesigns aus der Pharmakologie auf das Gebiet der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung ist daher auch auf diesem Hintergrund dem heutigen Forschungsstand nicht mehr angemessen (vgl. Präambel unten, 6., 8.). Zudem sei darauf hingewiesen, daß selbst im Bereich der Medizin inzwischen naturalistische Studien (vgl. 8.1) oder detaillierte klinische Einzelfallstudien eine neue Wertschätzung erfahren, da sie sich - oft im Gegensatz zu kontrollierten gruppenstatistischen Studien - für das Verständnis idiosynkratischer Patienten und deren Reaktionen auf therapeutische Interventionen als fruchtbar erweisen. Dazu nur ein einziges Beispiel: Studien, die mit Hilfe bildgebender Verfahren (fMRI oder PET) therapeutische Veränderungen bei einzelnen Patienten mit Gehirnläsionen verfolgen, schließen wissenschaftshistorisch an berühmte klinische Einzelfallstudien wie jene von Phineas P. Gage (1848) an, die dank einer präzisen deskriptiven Beschreibung nicht nur von Paul Broca und Carl Wernicke Jahrzehnte später, sondern u.a. von Antonio R. Damasio (1994) produktiv „wissenschaftlich“ untersucht und mit dem aktuellen Forschungsstand in Verbindung gebracht wurden. Die genaue Analyse der Wechselwirkung von Läsion und psychischem Verhalten bei diesem Einzelfall ließ sich - auch ohne gruppenstatistische Replikation - aufgrund präziser Beobachtungen und kausaler theoretischer Erklärungen auf andere Patienten mit analogen Störungen übertragen. Daher sollten im Bereich der (psychoanalytischen)

Psychotherapieforschung theoretisch elaborierte und empirisch abgestützte Prozeß- und Einzelfallstudien, die sowohl bezüglich des methodischen Vorgehens als auch der Qualitätskriterien dem spezifischen Forschungsgegenstand der Psychoanalyse - unbewußte Prozesse und deren Beeinflussung durch therapeutische Interventionen - adäquat sind, vom Wissenschaftlichen Beirat vermehrt berücksichtigt werden .

Wissenschaftssoziologische Bemerkungen

Das diagnostische Klassifikationssystem ICD-10

Die ICD-10 wurde in Deutschland erstmals 1994 herausgegeben. Die allgemeine Einführung als diagnostisches Referenzsystem, die vom Gesetzgeber schon frühzeitig geplant war, verzögerte sich aus verschiedenen Gründen bis zum 1. Januar 2000. Von diesem Datum an sind auch in den ambulanten Behandlungen der GKV-Mitglieder Leistungsabrechnungen mit der ICD-10 zu codieren. Seit 1994 wurde die ICD-10 in Kliniken und wissenschaftlichen Zusammenhängen schrittweise eingeführt und löste allmählich die ICD-9 ab. Die ICD-10 ist damit ein junges Klassifikationssystem.

Es ist für den Bereich V (‘‘Psychische und Verhaltensstörungen‘‘) symptomatisch und syndromatisch aufgebaut, d.h. weitgehend deskriptiv gehalten. Damit ist der Verzicht auf eine Krankheitstheorie und auf ätiologische Konzepte verbunden.

Aus diesen beiden Charakteristika der ICD-10 entstehen Kompatibilitätsprobleme mit den Konzepten der psychoanalytischen Therapie. Die wichtigsten sind:

- Die psychoanalytische Therapie ist ein seit etwa 100 Jahren angewandtes Behandlungsverfahren, das bereits früh mit der Evaluation seiner Behandlungen begonnen hat. Die dabei über Jahrzehnte zugrundegelegten diagnostischen Klassifizierungen weichen von der ICD-10 ab, verschiedene in der ICD-10 definierte Störungsbilder wurden in der Vergangenheit unter andere diagnostische Begriffe subsumiert. Es ist deswegen notwendig, in der Bewertung früherer Therapiestudien einen Spielraum hinsichtlich der diagnostischen Kategorisierungen herzustellen.
- Auf der Grundlage der ICD-10 konnten wegen deren kurzer Existenz bisher nur wenige psychoanalytische/psychodynamische Therapiestudien durchgeführt werden. Das um so weniger, als psychoanalytische Behandlungen in der Regel mittel- bis langfristig angelegte Behandlungen sind und die Ergebnisse hinsichtlich der Beurteilung ihrer Stabilität einen mehrjährigen Katamnesezeitraum benötigen.
- Der deskriptive Charakter der ICD-10 führt dazu, daß auf ihr beruhende Therapieerfolgsbeurteilungen lediglich das Verschwinden von Symptomen erfassen können.

In der psychoanalytischen Krankheitstheorie ist die Überwindung von Symptomen jedoch lediglich ein Erfolgskriterium von mehreren. Gemäß dem ätiologischen Modell gilt für Symptomneurosen auch die Bearbeitung des unbewußten Konfliktes, für Erkrankungen mit struktureller Störung auch die partielle strukturelle Veränderung als Therapieziel. Beides entzieht sich der Erfassung durch die ICD-10.

- Innerhalb der psychoanalytischen Krankheitstheorie können mehrere unterschiedliche Symptome oder Syndrome als Ausdruck einer einzigen psychischen Erkrankung aufgefaßt werden, die folglich als eine Erkrankung diagnostiziert wird. Es kann zusätzlich einen Symptomwechsel geben. Ein Krankheitskonzept mit multipler und wechselnder Symptomatik sieht die ICD-10 für psychische Störungen nicht vor. Am ehesten wird dieser Sachverhalt innerhalb der ICD-10-Systematik durch das Konzept der Komorbidität erfaßt. Es formuliert jedoch ein in der psychoanalytischen Krankheitstheorie konnektives Verhältnis um in ein additives. Auch hierdurch ergeben sich innerhalb der ICD-10-Systematik und innerhalb der psychoanalytischen diagnostischen Systematik unterschiedliche Therapiezieldefinitionen und Erfolgsbeurteilungen.

Wegen der unterschiedlichen Konzeptualisierungen der ICD-10 und der psychoanalytischen Diagnostik sind beide in der Erfassung eines Sachverhaltes nicht völlig zur Deckung zu bringen. Es gibt Überlegungen, die ICD-10 in der Evaluation der psychoanalytischen Therapie durch eine angemessenere Systematik zu ergänzen. Als eine solche Ergänzung ist die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) entwickelt worden.

Wirksamkeitsnachweis

In den Anforderungen des WBP an den Wirksamkeitsnachweis werden als Nachweisformen kontrollierte Gruppenstudien, kontrollierte Einzelfallstudien und Metaanalysen genannt. Verlangt werden multimodale, nicht nur auf der Beurteilung des Therapeuten beruhende Erfolgsnachweise. Ferner sind Angaben über die Dauerhaftigkeit des Therapieerfolges auf der Grundlage von Katamnesen und die Rückführung der Therapieeffekte auf das jeweilige Therapieverfahren verlangt (Leitfaden für die Erstellung von Gutachtenanträgen, 8.1). Zwar wird in den Anforderungen die EBM (evidence based medicine) nicht explizit genannt, die Anforderungen sind jedoch deutlich an die Systematik der EBM angelehnt. Darüber hinaus ist die EBM z.Zt. das dominante Referenzsystem in der Bewertung von Wirksamkeitsstudien für Behandlungsverfahren und –regimes, das seit dem Jahre 2000 auch Eingang in das SGB V gefunden hat. Es erscheint deswegen sinnvoll, einige Bemerkungen zu den Wirksamkeitskriterien gemäß EBM voranzuschicken.

Ziel der EBM ist, in einer weltweit aus unterschiedlichen Gründen steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen, Grundlagen für ihre gezieltere Anwendung zu liefern und so die steigenden Kosten nach dem Prinzip "Rationalisierung statt Rationierung" zu senken. Zur Beurteilung der Güte des Wirksamkeitsnachweises, der Evidenz, wurde ein gestuftes System des Evidenznachweises entwickelt, das auf die methodischen Merkmale der jeweiligen Studie abhebt. Als höchste Evidenzstufe gilt der RCT-Standard, die randomisierte kontrollierte Studie.

Ihr Vorbild ist der Doppelblindversuch der pharmakologischen Forschung. Prinzipiell können Therapieeffekte in der Medizin auf der tatsächlichen Wirkung eines chemischen oder physikalischen Eingriffs, des Verums, oder auf Kontextwirkungen, etwa der Arzt-Patienten-Beziehung, beruhen. Dementsprechend existieren in der Medizin zur Erklärung von Heilwirkungen das Beziehungsmodell und das naturwissenschaftliche Modell, die in der medizinischen Praxis im Sinne einer Ergänzungsreihe zu denken sind. Der Doppelblindversuch zielt darauf ab, durch eine geeignete Versuchsanordnung die Wirkpotenz des Verums frei von Kontexteffekten darzustellen. Das ist dort möglich, wo es ein isolierbares und beschreibbares Verum gibt.

Das ist jedoch für Psychotherapien zu bezweifeln. Grundsätzlich erfolgen im psychosozialen Bereich alle Interventionen in einem Beziehungsfeld, in dem die Beteiligten einerseits aufeinander Bezug nehmen und dabei andererseits mitbestimmt werden von individuellen und gruppenspezifischen Präkonzepten und Vorannahmen (spontane Übertragungsbereitschaft in der Psychoanalyse, Lebensweltorientierung in der Soziologie). Interventionen in diesem Bereich können also nicht unidirektional und in ihrer Wirkung linear sein, sondern sie sind unvermeidlich in einen mutuellen Rückmeldungszusammenhang eingeordnet und damit interpersonell-zirkulär.

Aus den Ergebnissen der Psychotherapieforschung ergibt sich die Bedeutung des Beziehungsmodells in Psychotherapien: Über alle Methoden hinweg ist die Qualität der therapeutischen Beziehung entscheidend für den Therapieerfolg; die "Passung" zwischen Patient und Therapeut schon bei Therapiebeginn ist ein wichtiger Prädiktor für den Erfolg. Auch die Persönlichkeit des Therapeuten hat einen Einfluß auf den Therapieerfolg.

In Psychotherapien scheinen die "Kontexteffekte" ein Teil des Verums zu sein. Es ist deswegen fraglich, ob ein dem naturwissenschaftlichen Modell entnommenes Studiendesign und darauf beruhende Wirksamkeitsnachweise dem psychotherapeutischen Bereich grundsätzlich angemessen sind.

Bedenkenswert erscheint auch eine allgemeine Kritik an der EBM aus soziologischer Sicht (s.d. Vogd 2002), der zufolge EBM paradoxe Effekte wie eine Dekonstruktion der wissen-

schaftlichen medizinischen Basis, eine Entdifferenzierung medizinischer Funktionsbezüge und eine Einschränkung der professionellen ärztlichen Autonomie nach sich zu ziehen scheint. EBM erscheint in einem komplexen bis hyperkomplexen Praxis- und Forschungsfeld wie eine Wissensinszenierung mit dem Versprechen einer Komplexitätsreduktion und damit Entscheidungserleichterung. Das erfolgt jedoch durch ein problematisches Ausklammern der die Praxis gerade kompliziert machenden multimorbiden Patienten und dadurch, daß nicht situationsbezogen eine komplexe Situation aufgelöst wird, sondern eine Berufung auf situationsfern erstellte Vorgaben erfolgt. Ferner wird das bisher in der Medizin geltende ideelle Postulat der kausalen Begründung einer Maßnahme zugunsten eines epidemiologischen Wirksamkeitsnachweises aufgegeben. Dabei tritt das statistische Paradox ein: Gültigkeit bei großen Zahlen, Ungewißheit im Einzelfall. Bock (2001) stellt die Gültigkeit von Metaanalysen in Frage, weil die enthaltenen Studien nach jeweils unterschiedlichen Designs durchgeführt würden und die Ergebnisse daher keine Streuung um einen Mittelwert, sondern methodische Differenzen widerspiegeln. Er verweist auch auf den "publication bias", daß nämlich aus unterschiedlichen Gründen (Redaktionen, Geldgeber) unerwünschte Studienergebnisse viel seltener als erwünschte veröffentlicht werden - eine weitere, manipulative Selektion. Bei genauer Betrachtung zeigt sich auch, daß in Qualitätssicherungsentscheidungen, wie auch die für EBM eine ist, behandlungsferne politische und ökonomische Interessen einfließen (Hafferty und Light 1995, Haycox und Walley 1999, Vogd 2002, 303ff.). Schließlich führen die enorm hohen Kosten für randomisierte Studien dazu, daß sie nur noch durchgeführt werden können, wenn potente Geldgeber sie finanzieren. Das führt zu einer Selektion der von der Pharmaindustrie geförderten Forschungsvorhaben; andere Therapien haben deutlich geringere Chancen, den RCT-Standard zu erfüllen, da sie aus äußeren, finanziellen Gründen ein entsprechendes Studiendesign kaum mehr erstellen können (Kienle et al. 2003, A 2143). Mit der Verlegung auf statistische Designs wird ein klassisches Prinzip der medizinischen Forschung wie das singuläre Kausalerkennen außer Kraft gesetzt (ebd., A 2144 f).

Es zeigt sich, daß sowohl die Grundlagen wie auch die Praxis von Ordnungs- und Evaluationssystemen ihre Eigendynamik besitzen und daß sie in Vernetzungszusammenhänge verwoben sind, die ihre Ergebnisse mitbestimmen. Es erscheint deswegen ein kritischer und reflektierter Gebrauch dieser Systeme notwendig.

1. Name des Verfahrens

„Psychoanalytische Therapie,,

Dieser Begriff nimmt Bezug auf die Psychoanalyse mit ihrer Persönlichkeits-, Krankheits- und Behandlungstheorie. Er ist deshalb geeignet, alle Anwendungsformen der psychoanalytischen Therapie als Oberbegriff einzuschließen. Der alternative Vorschlag, den Terminus „psychodynamische Verfahren,, als Oberbegriff im deutschen Sprachraum einzuführen, verlässt diesen zentralen Bezug auf die Psychoanalyse. „Psychodynamische Therapie,, wird deshalb hier als eine Anwendungsform der psychoanalytischen Therapie angesehen, die inhaltlich der im deutschen Sprachraum und in den Psychotherapie-Richtlinien verankerten „Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie,, entspricht.

2. Definition bzw. Kurzbeschreibung des Verfahrens

Es handelt sich um die Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter pathogener unbewußter Konflikte und krankheitswertiger Störungen der Persönlichkeitsentwicklung in einer therapeutischen Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand.

3. Einzelverfahren oder Gruppe von Verfahren

Es handelt sich bei der „psychoanalytischen Therapie,, um ein Verfahren mit den Anwendungsformen:

1. Analytische Einzelpsychotherapie
2. Analytische Gruppenpsychotherapie
3. Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie
4. Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie
5. Analytische Paar- und Familientherapie
6. Stationäre Psychodynamische Therapie
7. Analytische Kinder und Jugendlichenherapie (Einzel/Gruppe)
8. Tiefenpsychologisch fundierte Kinder und Jugendlichenherapie

4. Detaillierte Beschreibung der Anwendungsformen der psychoanalytischen Therapie

4.1 Analytische Einzeltherapie

4.2 Analytische Gruppenpsychotherapie

4.3 Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie

4.4 Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

4.5 Analytische Paar- und Familientherapie

4.6 Stationäre psychodynamische Therapie

4.7 Analytische Kinder- und Jugendlichenherapie (Einzel/Gruppe)

4.8 Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenherapie

4.1 Analytische Einzeltherapie

Idealtypisch gilt die analytische Einzeltherapie als ein von der klassischen Psychoanalyse abgeleitetes Verfahren, doch in der Praxis unterscheiden sich das psychoanalytische Standardverfahren und die analytische Psychotherapie vor allem durch die Stundenfrequenz (drei bis vier vs. drei bis zwei Wochenstunden) und das dadurch ermöglichte dichtere Beziehungsgeschehen (Thomä und Kächele 1985; Mertens 1990; Will 2003). Die Bearbeitung des zunächst unbewußten Übertragungs-/ Gegenübertragungsgeschehens und der vielfältigen Formen des Widerstands sowie die Handhabung einer technischen Neutralität des Analytikers im Sinne des Nichtagierens der unbewußten Rollenerwartungen sind die herausragenden Charakteristika sowohl der Standardanalyse als auch der analytischen Einzeltherapie (Kernberg 1999). Wenn Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. masochistisch, narzißtisch, histrionisch) mit analytischer Psychotherapie behandelt werden, ist die Deutung der Übertragung im Hier und Jetzt wegen der erheblichen Wahrnehmungsverzerrungen von Anfang an erforderlich. Ansonsten treten Deutungen zugunsten von Klarifikationen, Konfrontationen und supportiven Elementen zurück, was den Grad der technischen Neutralität gegenüber der Standardanalyse einschränkt. Faktisch sind die Unterschiede hinsichtlich stützender Elemente zwischen den beiden Verfahren jedoch eher gering (Wallerstein 1990). Und ebenso wie in der hochfrequenten Psychoanalyse gilt auch für die analytische Psychotherapie, daß nicht die Rekonstruktion der Vergangenheit den zentralen psychoanalytischen Wirkfaktor darstellt, sondern der konkrete Umgang mit den aus der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung resultierenden Konflikten im Hier-und-Jetzt.

Die analytische Psychotherapie wurde im Rahmen der sozialrechtlichen Zulassung durch die Psychotherapierichtlinien u.a. bezüglich ihrer Indikation, der Behandlungsschwerpunkte und des Leistungsumfanges definiert. Dadurch wurden die historischen Kontroversen der ersten Psychoanalytikergeneration (Freud, Adler, Jung) auf der praktischen Behandlungsebene überwunden. Im Rahmen der Kassenfinanzierung von maximal 300 Stunden ist es möglich, mit der analytischen Psychotherapie in drei bis vier Jahren eine zumeist zufriedenstellende Bearbeitung mehrerer Konflikt- und Strukturfoki zu erreichen (Brockmann 2001, 2003, Huber, Klug und v. Rad 2001; Leuzinger-Bohleber et al. 2001, 2002; Stuhr et al. 2001; Rudolf et al. 2001; Sandell et al. 2001; Leichsenring 2002).

4.2 Analytische Gruppenpsychotherapie

Die analytische Gruppentherapie geht von der Erkenntnis aus, daß sich die bewußten und unbewußten Konflikte und Entwicklungsstörungen der Teilnehmer in einer Gruppe nicht nur intrapsychisch, sondern auch interpersonell in Form externalisierter pathologischer Objektbeziehungen konstellieren, die mit dem Instrumentarium der Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in einer Mehrpersonen-Beziehung bearbeitet werden. Dementsprechend werden vom analytischen Gruppenpsychotherapeuten die Auswirkungen individueller psychischer und psychosomatischer Konflikte und/oder von Entwicklungsbeeinträchtigungen auf das interpersonelle Geschehen in einem multidimensionalen Übertragungsszenario, in dem häufig familiendynamische Konflikte und Geschwisterkonflikte aktualisiert werden, herausgearbeitet oder deutend begleitet. Ein Schwerpunkt der analytischen Gruppenpsychotherapie liegt in der Wiederherstellung der jeweiligen familiären Primärgruppe im Unbewußten der Teilnehmer mit entsprechenden vielfältigen Übertragungen und Beziehungsinszenierungen. Ein weiterer Schwerpunkt der analytischen Gruppenpsychotherapie oder Gruppenanalyse liegt in der Gruppe als Ganzes. Es wird davon ausgegangen, daß die einzelnen Beiträge der Gruppenmitglieder unbewußt ein gemeinsames Thema bilden; der gleichschwebenden Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers im Einzelsetting entspricht in der Gruppe das der nichtdirektiven Leitung. Da die regressiven Entwicklungen in einer Gruppe schneller und intensiver eintreten können als in der Einzeltherapie, bedarf der Umgang damit einer besonderen psychoanalytischen Kompetenz, um maladaptive Entwicklungen möglichst frühzeitig aufzufangen und zu beeinflussen. Hierzu sind Kenntnisse über interpersonelle Abwehrmechanismen und psychosoziale Kompromißbildungen (Mentzos 1988) und unbewußte Gruppenphantasien (Bion 1971, Haubl und Lamott 1994) notwendig. Mittlerweile liegen Evaluationen über Behandlungen in Gruppen vor (Tschuschke 2000).

4.3 Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie

Diese aus der Psychoanalyse stringent abgeleitete Therapieform (Heigl-Evers und Evers 1984; Heigl-Evers, Heigl, Rüger und Ott 1997) - allerdings nur in Deutschland als "tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" bezeichnet (Hoffmann 2000) - stellt eine Modifikation der psychoanalytischen Therapie dar. Statt von der Entwicklung und Durcharbeitung einer Übertragungsneurose auszugehen, steht hier die psychodynamisch geleitete Fokussierung auf aktuell wirksame interpersonelle Konflikte und deren Symptombildung unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand stärker im Vordergrund. Übende, imaginative und andere selbstwertunterstützende Interventionen rangieren vor Übertragungsdeutungen, die sich zumeist auf außeranalytische Beziehungen konzentrieren. Die regressive Wiederbelebung von unbewußtem Konfliktmaterial kann auf diese Weise ebenso gesteuert werden wie die Konzentration auf Teilziele (Faber et al. 1999). Die Indikation erfolgt für Patienten mit einem abgrenzbaren aktuellen neurotischen Konflikt bei einer nur mäßigen bis geringen Integration struktureller Kompetenzen und/oder bei höher strukturierten Patienten, die aber aus verschiedenen Gründen keine Bereitschaft für eine höher frequente analytische Psychotherapie aufbringen können. Die psychodynamische/ tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie stellt derzeit die empirisch am häufigsten praktizierte und am besten untersuchte Therapieform dar (Rudolf 2002; Rudolf und Rüger 2001, 2002; Rüger und Reimer 2000; Leichsenring 2002).

Die psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie ist in der stationären Behandlung aufgrund der kürzeren Behandlungsdauer eine eigenständige Anwendungsform der psychoanalytischen Therapie. In der ambulanten Praxis ist sie für die genannten Indikationen ebenfalls eine eigenständige Anwendungsform der psychoanalytischen Therapie. Sie ist kein eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren, da sie den Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand zur Voraussetzung hat und somit auf der Basis der psychoanalytischen Therapie und der psychoanalytischen Krankheitslehre beruht.

4.4 Psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Gruppen-therapie

Die psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie unterscheidet sich von der analytischen Gruppentherapie überwiegend durch die Regressionstiefe, den Deutungsmodus, fokussiert auf abgeleitete Konflikte, die sich als Beziehungs- und Rollenkonflikte im Alltag der Gruppenteilnehmer äußern und in der Gruppe eine Widerspiegelung erfahren. Ursprünglich wurde von Heigl-Evers und Heigl (1983) vor allem das interaktionelle Prinzip in der „interaktionell-tiefenpsychologisch fundierten

Gruppenpsychotherapie“ betont. Dieses legt darauf Wert, daß dem Gruppenteilnehmer unmittelbar eine Antwort zuteil wird, z.B. über seine mangelhaft ausgeprägte Fähigkeit, die Auswirkungen seiner Äußerungen oder seiner Handlungen auf andere Gruppenteilnehmer zu erkennen. Damit wird die übende Nachentwicklung bislang nur mangelhaft ausgebildeter Kompetenzen im Spiegel der Reaktionen und Einschätzungen der Gruppenteilnehmer und des Therapeuten zum zentralen Anliegen dieser Therapieform. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala von Rudolf und Grande bietet auch für das Gruppensetting eine Möglichkeit, strukturelle Veränderungen - neben Veränderungen in ausgewählten Konfliktfoki - zu messen (Rudolf et al. 2001; Rudolf 2002).

4.5 Analytische Paar- und Familientherapie

Mit der stärkeren Betonung der Beziehungen in den diversen Richtungen psychoanalytischer Objektbeziehungstheorien wurde auch die Familiendynamik als unerläßlicher Faktor in einem biopsychosozialen Krankheitsmodell erachtet. Belastungen in Paar- und Familienbeziehungen können zu einer Verstärkung psychischer und psychosomatischer Symptome beitragen, wobei diese wiederum die Partner- und Familienkonflikte verschlechtern. Eine weitere Anwendungsform stellt deshalb die analytische Paar- und Familientherapie dar. Neben dem intrapsychischen Fokus ist hierbei vor allem die Dynamik des Paares bzw. der Familie bedeutsam. Pathogene Interaktions- und Kommunikationsstrukturen können dazu beitragen, Symptom und neurotisches Erleben in zirkulärer Art aufrechtzuerhalten. Das Konzept des familiären Index-Patienten rückte die adaptive Funktion von Symptomen in den Vordergrund. Diese Anwendungsformen profitierten vor allem von den kommunikationstheoretischen Befunden der Palo Alto Gruppe über dysfunktionale Familienstrukturen (Bateson et al. 1969), rollentheoretischen Modellen (Richter 1963; Stierlin 1978), der Beziehungsanalyse (Bauriedl 1980), dem Konzept der Kollusion (Dicks 1967; Willi 1975; König und Kreische 1991), der Mehr-Generationen-Perspektive (Boszormenyi-Nagy und Spark 1973; Massing et al. 1994), schulenübergreifenden (Buchholz 1982) und systemtheoretischen Ansätzen (Cierpka 1991, 1996) bei gleichzeitiger Berücksichtigung intrapsychischer Vorgänge in Form von lebensgeschichtlich entstandenen inneren Objektbeziehungserfahrungen. Für ausgewählte Krankheitsbilder liegen derzeit Wirksamkeitsstudien vor (z.B. Reich 2003).

4.6 Stationäre psychodynamische Therapie

Seit Simmels Initiative, eine psychoanalytische Klinik in Berlin-Tegel für psychisch Kranke zu eröffnen, hat die stationäre psychodynamische Therapie in Deutschland Tradition. Es gibt

158 Rehabilitationskliniken mit 13.930 Betten und 75 Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 3196 Betten (Vortrag H. Schulz, Hamburg 2003). Es gibt zahlreiche Indikationskriterien für diese Form der Psychotherapie: Wenn ein stabiler Rahmen benötigt wird, z.B. bei stark agierenden und/oder suizidalen Patienten, bei einer akuten Dekompensation, wenn eine Krisenintervention angezeigt ist, wenn ein Patient von einem pathogenen Milieu getrennt werden soll, wenn Multimorbidität vorliegt u.a.m.

Bei der stationären psychodynamischen Therapie findet eine mehrdimensionale Behandlung statt, wobei die psychosozialen Einflüsse des therapeutischen Milieus einer Klinik auch einen Zusammenhang stiften: analytische Kurz- und Fokalthherapie, Krisenintervention, psychodynamische/tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie, weitere aus der Psychoanalyse abgeleitete Verfahren wie z.B. das Katathyme Bilderleben, sogenannte kreative Therapien wie Mal- und Gestaltungstherapie, Musik- und Tanztherapie (Janssen 1987a). Die zuletzt genannten, eher nonverbal orientierten Verfahren, ermöglichen Patienten, deren Reflexions- und Verbalisierungsmöglichkeiten eingeschränkt sind, einen leichteren Zugang zu ihrer Innenwelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt in Abteilungen 47 Tage, in Rehabilitationskliniken 38 Tage, wobei Kliniken mit spezialisierten Behandlungsansätzen für spezifische Krankheiten (z.B. Eßstörungen) Patienten auch länger stationär behandeln können (Grande et al. 2001).

4.7 Analytische Kinder- und Jugendlichenherapie (Einzel/Gruppe)

Die analytische Kinder- und Jugendlichenherapie stellt eine auf der Theorie der Psychoanalyse aufbauende, im praktischen Vorgehen aber modifizierte Form der Behandlung für psychisch auffallende Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche dar, wobei die primären Bezugspersonen, wie Mutter und Vater ebenfalls miteinbezogen werden.

In Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter (Säugling, Kleinkind, mittlere Kindheit, späte Kindheit, Adoleszenz) finden Modifikationen des Settings und des Einsatzes therapeutischer Interventionen statt. Wie bei der analytischen Therapie von Erwachsenen geht es aber auch bei der analytischen Kinder- und Jugendlichenherapie darum, die Bedeutsamkeit unbewußter Prozesse hinter dem auffallenden Verhalten und Symptomen herauszuarbeiten und diese auch von der unbewußten Eltern-, Geschwister- und Familiendynamik her zu verstehen. Und ebenfalls wird mit Hilfe von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse das therapeutische Geschehen unter Nutzung regressiver Prozesse gefördert und durchgearbeitet (Fonagy und Target 1995; Fuchs 2000). Besondere Bedeutung wird der Entwicklung der Spielfähigkeit und Symbolisierungsfähigkeit beigemessen (Rasche 1992, Bovensiepen 2002). Wichtige Impulse erhielt diese Therapieform in den letzten zwei

Jahrzehnten von den Säuglings- und Kleinkindforschern (s.u.). Für den Bereich der Diagnostik von Konflikten und strukturellen Ichfunktionen bzw. -kompetenzen gibt es seit kurzem eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche (OPD-KJ 2003).

4.8 Tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichentherapie

Im Unterschied zur analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie beschränkt sich die tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichentherapie zumeist auf eine geringere Regressionstiefe und dementsprechend auf Teilziele. Häufig stehen Maßnahmen im Vordergrund, die auf eine Nachentwicklung von beeinträchtigten Entwicklungskompetenzen (wie z.B. Affektdifferenzierung, Realitätsprüfung, Mentalisierung) abzielen und das unbewußte familiäre Beziehungsgefüge eher unthematisiert lassen.

5. Diagnostik und Indikationsstellung

Das teilstrukturierte Interview

Die Diagnostik, welche jeder Art von Therapie vorausgeht und die Behandlungsindikation begründet, erfolgt im Bereich der analytischen und psychodynamischen Therapien in der Regel als teilstrukturiertes Interview. Dieses ist insoweit strukturiert, als es anamnestiche Befunde zu Art und Gewicht der Beschwerden, Symptomverläufen, Erklärungsmodellen der Patienten, aktuellen Belastungen und prägenden biographischen Erfahrungen erfasst. Es ist wenig strukturiert, insofern als es genügend Raum läßt für die Selbstdarstellungen und Inszenierungen des Patienten. Durch Zuhören und Beobachten der sich entwickelnden Beziehungssituation und durch die Einbeziehung der eigenen Gegenübertragungsregungen gelangt der Therapeut zu einer psychodynamischen Hypothese über die überdauernden Persönlichkeitsmerkmale und die aktualisierten Konfliktthemen. Indem er dem Patienten seine Wahrnehmungen und Hypothesen in geeigneter Form zurückgibt, spiegelt oder deutet, beginnt er, die für eine aufdeckende Psychotherapie bedeutsamen selbstreflexiven Möglichkeiten des Patienten, bzw. die Abwehrmuster auszuloten; hier besteht ein fließender Übergang von diagnostischen zu probetherapeutischen Prozessen, welche schließlich in die Indikationsstellung münden. Als Ergebnis des diagnostischen Interviews wird in Institutionen ein weitgehend strukturierter Befund dokumentiert (Rudolf 2000), während in der psychoanalytischen Praxis eine psychodynamische Hypothese über den Zusammenhang von Symptomentstehung und Persönlichkeitsentwicklung im biographischen und aktuellen sozialen Kontext frei formuliert wird (Faber-Haarstrick, Kommentar Psychotherapierichtlinien 2003).

Die Formalisierung dieses Vorgehens hat eine lange Tradition und läßt mehrere Generationen in der Entwicklung des diagnostischen Interviews erkennen. Die erste Generation läßt sich in den 50er Jahren verorten. Hier stellte Schultz-Hencke 1951 sein Modell der tiefenpsychologischen Anamnese vor, welches sich auf die Erfahrungen des Berliner psychoanalytischen Instituts ebenso wie auf jene des Reichsinstituts für psychologische Forschung und Psychotherapie bezog. Speziell in Ambulanzen und Kliniken wurde dieses Modell mit seiner sorgfältigen Befunddokumentation verwendet (Dührssen 1954, Schwidder 1958). Angeregt durch emigrierte Psychoanalytiker wurden in der amerikanischen Psychiatrie Interviewmodelle entwickelt, so z.B. von Sullivan (1954) oder Gill, Newman und Redlich (1955). Auch die britische Arbeitsgruppe von Balint (Balint und Balint 1962 und Malan 1965) richtete ihr Interesse auf die diagnostische und indikative Funktion der Erstuntersuchung; A. Freud und ihre Gruppe erstellte ein "metapsychological assessment" (The Adult Profile 1965).

In einer zweiten Generation wurden diese Entwicklungen fortentwickelt und systematisiert, wobei die Kontraste der oben genannten Linien deutlicher wurden. Argelander ("Das Erstinterview in der Psychotherapie" 1970) oder später Eckstaedt (1991) richteten ihre zentrale Aufmerksamkeit auf die unbewußten Inszenierungen im diagnostischen Erstgespräch. Auf der anderen Seite richteten Dührssen ("Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekt" 1981) und Rudolf ("Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen" 1981) die diagnostische Aufmerksamkeit auf die differenzierte Dokumentation von anamnestischen Befunden. Im gleichen Jahr (1981) veröffentlichte Kernberg seinen Ansatz des strukturellen Interviews, welcher das psychische Funktionsniveau der Patienten mit einbezog und diagnostische Akzentsetzungen im Sinne von Neurose/Borderline-Organisation/Psychose erlaubte.

Die dritte Generation des Interviews ist durch eine fortschreitende Differenzierung der Befunderhebung gekennzeichnet. Luborsky und Crits-Christoph (1990) und Dahlbender et al. (1993) beschrieben das Beziehungsepisoden-Interview, welches auf die Erfassung der zentralen unbewußten Beziehungskonflikte ausgerichtet ist. Buchheim, Dahlbender und Kächele (1994) fassen den damaligen Stand der Entwicklung Mitte der 90er Jahre zusammen. Im Zusammenhang mit der Entwicklung des diagnostischen Systems Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD 1996) wurde eine Ausgestaltung des diagnostischen Interviews vorgestellt, welche geeignet ist, die OPD-Aspekte von Symptomatik, Beziehung, Konflikt und Struktur diagnostisch herauszuarbeiten und operationalisiert zu dokumentieren (Janssen et al. 1996, Schauenburg et al. 1998). Zur Unterstützung dieses Vorgehens wurden Instrumente entwickelt, so z.B. eine Struktur-Checkliste (Rudolf et al. 1998) und eine Konfliktcheckliste (Grande und Oberbracht 2000).

Während das OPD-Interview störungsübergreifend psychodynamisch relevante Befunde einschätzt, gibt es eine Reihe von Interviewvarianten sowie Ratinginstrumenten und Tests, welche ergänzend herangezogen werden, um störungsspezifische Themen der Persönlichkeitsstörung, der Eßstörung, Traumafolgestörung, etc. zu erfassen. Auf diese Weise wird auch die Patientenperspektive ergänzend zu der Experteneinschätzung zunehmend stärker einbezogen.

Eine Erweiterung der diagnostischen Perspektive gilt der Dynamik von Paaren und Familien, welche in spezifischen Formen des diagnostischen Gesprächs untersucht werden (Cierpka 1996). Auch in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden die Angehörigen diagnostisch einbezogen, um die Familiendynamik zu erfassen und um die Sicht des kindlichen Patienten fremdanamnestisch zu beleuchten. Im diagnostischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen werden darüber hinaus viele Medien einbezogen, welche im weiteren Sinne als "projektiv" charakterisiert werden, aber eigentlich eine Selbst- und

Beziehungsdarstellung auf bildhaft-symbolischer Ebene erlauben (Sandspiel; Szeno Familie in Tieren; Satzergänzung; TAT; Düss-Fabeln, etc.)

Diagnostische Klassifikation

Als Ergebnis der Diagnostik erfolgt eine diagnostische Klassifikation. In diesem Bereich sind die aktuell gültigen Klassifikationsinstrumente DSM und ICD psychiatriellastig, wenig psychosomatisch und in keiner Weise psychodynamisch geprägt, so daß viele analytische Psychotherapeuten ihr diagnostisches Verständnis in diesen Logiken nicht repräsentiert sehen (vgl. Präambel). Andererseits wird eingewendet daß jede Art von diagnostischer Standardisierung besser ist als keine und daß es sinnvoller ist, komorbide Begriffe des ICD zu verwenden als herkömmliche Beschreibungen von neurotischen Störungen, für die keine Operationalisierung vorliegt. Das wesentliche Manko der geltenden Klassifikationssysteme liegt darin, daß sich aus ihnen keine oder nur sehr wenige therapeutische Empfehlungen ableiten lassen; die diagnostischen Begriffe sind nicht indikationsrelevant. Daher bedeutet es einen wesentlichen Fortschritt, daß in dem System OPD jene für das psychodynamische Verständnis wesentlichen Befundebenen integriert sind, aus welchen sich auch wichtige Indikationsempfehlungen ableiten lassen (z.B. konfliktaufdeckende Therapien bei vorliegendem Konfliktakzent, strukturstützende Therapien bei starker struktureller Vulnerabilität, etc.).

Die Möglichkeiten präziserer Diagnostik haben zu exakteren epidemiologischen Befunden geführt. Die Mannheimer Kohortenstudie (Schepank 1987, 1990) hat die von anderen Forschern erbrachten Zahlen weitgehend bestätigt und auf den erstaunlich hohen Anteil psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland aufmerksam gemacht.

Seit den Tagen der amerikanischen Ich-Psychologie gab es ein verstärktes Bemühen, Status- und Verlaufsdiagnostik zu verbessern. Bekannt wurden vor allem Versuche, Ich-Stärke zu operationalisieren (Bellak) Behandlungsziele präzise zu beschreiben (Sandler und Dreher 1996) und das Niveau der kindlichen Entwicklungslinien einzuschätzen (A. Freud, Hampstead Index).

In der Gegenwart existieren ca. 200 psychodynamische Verfahren der Indikations- und Veränderungsdiagnostik (Mertens 2000; Schüßler 2000), von denen die bekanntesten die folgenden sind: Interviewverfahren: Psychoanalytisches Erstinterview (Argelander), Biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Gesichtspunkten, Diagnostisches Interview im Rahmen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik - OPD, Strukturelles Interview Kernberg; Selbstbeurteilungsverfahren: z.B. zur Einschätzung von

Unterdrückungstendenzen, Giessener Beschwerdebogen (Brähler und Scheer 1995), Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Brähler et al. 1999) mehrdimensionale Persönlichkeitstests: Gießen-Test (Beckmann und Richter 1994); Verfahren zur Einschätzung von Bewältigungsmodalitäten: Narzißmus-Inventar (Deneke und Hilgenstock 1989); projektive Verfahren: Rorschach, TAT, Sandspiel, ORT; Verfahren zur Veränderungsmessung: Heidelberger Umstrukturierungsskala-HUSS (Rudolf et al. 2000), Zentrales Beziehungs-Konflikt-Thema (Luborsky 1990, 1991, Luborsky und Kächele 1988), Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens - SASB (Benjamin 1974, Tress 1993, Tress et al. 1990). Verfahren zur Güte der therapeutischen Beziehung und der Therapeuteninterventionen: Helping Alliance Questionnaire - HAQ (Luborsky 1991), Beziehungsanspielungen in Psychotherapien - BIP (Herold 1998), Plananalyse - PA (Weiß und Sampson 1986); Verfahren der Bindungsforschung: Adult Attachment Interview - AAI (Main), Adult Attachment Projektive - AAP (George et al. 1999), Erwachsene Bindungs-Prototypen-Rating- EBPR (Strauss und Lobo 1999), Gegenwartsbezogenes Bindungs-Interview – GBI (Crowell und Owens 1996).

Indikationsstellung

Während die Bereiche von Diagnostik und Klassifikation wissenschaftlich gut untersucht sind, stützen sich Aussagen zur Indikationsentscheidung in starkem Maße auf Expertenmeinungen (siehe Heigl 1972, Baumann 1981, Leuzinger 1981, Leuzinger-Bohleber, Rüger, Stuhr und Beutel 2002, 258-267). Hier spielen die persönlichen Weiterbildungs- und Behandlungserfahrungen sowie institutionelle Kontexte (ambulante Praxis, stationäre Therapie) eine Rolle bei der Formulierung von Behandlungsempfehlungen, die zudem durch Aspekte des Versorgungssystems und seine Regelungen (z.B. ambulante Richtlinienpsychotherapie, Krankenhausbehandlung, RehaMaßnahmen) und durch berufsrechtlich verankerte Abrechnungsmöglichkeiten der einzelnen Therapeuten mitbeeinflusst werden.

Weitreichende Definitionen sind im Vertragswerk der Richtlinienpsychotherapie und dem zugehörigen Kommentar (Faber/Haarstrick) niedergelegt. Danach lassen sich bei den psychoanalytischen Therapieverfahren zwei Hauptanwendungsformen unterscheiden: Die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Sie sind unterschiedlich bezüglich ihrer therapeutischen Zielsetzung, ihres therapeutischen Vorgehens und des aufgewandten Stundenumfangs und auch bezüglich der vorrangigen Indikation. Entsprechend der Logik des psychoanalytischen Ansatzes erfolgt die Indikationsentscheidung nicht symptombezogen, sondern ausgerichtet auf die Art und Schwere der Persönlichkeitspathologie. Nach Rudolf und Rüger (2001) ist die Indikation zur

analytischen Psychotherapie gegeben, wenn die aktuelle Pathologie des Patienten vornehmlich durch sich in der Lebensgeschichte wiederholende Konfliktmuster gekennzeichnet ist und ein Behandlungserfolg nur durch die Bearbeitung der entsprechenden intrapsychisch verankerten Objektbeziehungsmuster möglich ist. Diagnostisch kann es sich dabei um ein breites Spektrum handeln, z.B. narzißtische, histrionische, anankastische, ängstlich-vermeidende, abhängige und schizoide Persönlichkeitsstörungen oder chronifizierte Angststörungen oder Dysthymien. Im Gegensatz dazu ist eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie indiziert, wenn die Symptombildung durch ein äußeres Lebensereignis ausgelöst wird, welches ein bis dahin bestehendes Gleichgewicht des Patienten labilisiert hat. Therapeutische Bearbeitung gilt dann nicht dem Grundkonflikt, sondern den daraus abgeleiteten aktualisierten Konfliktthemen. Hier konzentriert sich die therapeutische Arbeitsbeziehung auf die Gegenwart und ist für den Patienten rascher auch im Hinblick auf positive Änderungsbemühungen umzusetzen. Die tiefenpsychologisch behandelte Labilisierung der Struktur kann auch durch schwere körperliche Krankheiten oder aktuelle traumatische Ereignisse erfolgt sein, welche das bisher bestehende seelische Gleichgewicht destabilisiert haben. Die beiden Verfahren verstehen sich nicht als eine Alternative von großer und kleiner Psychotherapie, sondern von Ansätzen mit unterschiedlich starker Konfliktfokussierung und unterschiedlich starker Intensivierung von regressiven und Übertragungsprozessen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die zeitgenössischen Verfahren der psychodynamischen Interviewdiagnostik ergänzt durch Patientenselbsteinschätzungen in der analytischen Psychotherapie geeignet sind:

- 1 ein diagnostisch klassifizierbares klinisches Bild nach Qualität, Schwere und Verlaufscharakteristik herauszuarbeiten;
- 2 psychodynamische Akzente bezüglich unbewußter Konflikte, strukturellen Funktionsniveaus und dysfunktionaler Beziehungsgestaltung abzubilden;
- 3 eine prognostische Einschätzung und eine Differentialindikation bezogen auf mögliche therapeutische Ansätze und ihre unterschiedlichen Zielsetzungen vorzunehmen.

6. Stand der Theorieentwicklung

Psychoanalytische Theorie läßt sich nicht ohne Nennung ihrer Erkenntnistheorie und Methoden beschreiben, die ein spezifisches Forschungsfeld konstituieren. In einem jahrzehntelangen Diskurs wurde erörtert, daß die Psychoanalyse methodologisch als ein sozialwissenschaftlicher Wissenschaftstypus (Schülein 1999) definiert werden kann, der sich weder auf die herkömmliche naturwissenschaftliche Epistemologie noch auf eine geisteswissenschaftliche Hermeneutik festlegen läßt, sondern vielmehr Elemente dieser beiden Wissenschaftstraditionen in sich aufnimmt und zu einer neuen Synthese formt. In der aktuellen Diskussion wird eher reflektiert, in welcher Weise die Psychoanalyse, wie auch andere wissenschaftliche Disziplinen in Zeiten des „Wissenschaftlichen Pluralismus“, ihre eigene Forschungsmethodik und Qualitätskontrolle interdisziplinär vertreten kann (vgl. Präambel). So wäre es verkürzt, diese lediglich als eine Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden aufzufassen, da ihr eine grundlegend andere erkenntnistheoretische Haltung als manchen naturwissenschaftlichen Disziplinen vorgelagert ist, bei der es zu einer tendenziellen Aufhebung der herkömmlichen Subjekt-Objekt-Erkenntnisrelation kommt. Dem positivistischen Ideal des „Von uns selbst schweigen wir“ setzt die Psychoanalyse die Reflexion der eigenen Subjektivität gegenüber.

Weil sie nicht an bewußtseinsfähigen und abfragbaren Wissensbeständen interessiert ist, sondern an Szenen, in denen sich autobiographisch verdrängte und/oder nichtbewußte, non-symbolische Interaktionszusammenhänge manifestieren, muß sie diese in einem intuitiven und abduktiven Vorgehen erschließen; hierzu muß der Therapeut/Forscher seine eigenen, jeweils in ihm anklingenden sinnlich-emotionalen Reaktionsformen als seine Subjektivität ernst nehmen.

Der Einsatz kontrollierter Subjektivität wird zwar in jahrelangen Erkenntnisprozessen theoretisch und praktisch geschult, bleibt aber trotzdem fehleranfällig und deshalb permanent reflexionsbedürftig. Der noch bei Freud und der ersten Analytikergeneration relativ selbstverständlichen Evidenz des Gegenübertragungseindrucks wird deshalb heute eine Triangulation des methodischen Vorgehens an die Seite gestellt: Die intuitive, ganzheitliche und abduktive Erkenntnishaltung wird nach Möglichkeit durch Offline-Forschung (Moser 1989), Instantiierung von Modellen z.B. anhand von Computersimulationen (Moser et al. 1969, Moser 1980), komparative Kasuistik (z.B. Stuhr et al. 2001, Deneke et al. 2003), Hypothesenprüfung in Experimenten (z.B. Leuschner 1998, Hau et al. 1999), qualitative Forschungsmethoden (z.B. Buchholz 1993a,b, 1998; Streeck 1999; Boothe 1994) sowie durch interdisziplinäre Forschung validiert (z.B. Shevrin et al. 1996, Bucci 1997, Leuzinger-

Bohleber und Pfeifer 2002). Diese Validierung subsumiert die Psychoanalyse aber nicht unter das neopositivistische Ideal einer empiristischen Theoriebildung, die sich durch ständige Falsifizierung auszeichnen soll und aus der nach Art eines logischen Schlusses Einzelphänomene deduziert werden können. Vielmehr trägt die Psychoanalyse auch in ihrer Methodologie dem Faktum einer nichtlinearen systemischen Verfaßtheit unbewußter und bewußter mentaler Phänomene Rechnung. Vor allem mit der Unterscheidung von konnotativen und denotativen Theorien liegt eine tragfähige methodologische Basis vor, die eine Charakterisierung der Spezifika einer psychoanalytischen Theorienbildung ermöglicht (vgl. Schüle 1999, 2003). Während denotative Theorien eine weitgehende Identität ihres Gegenstandsbereichs unterstellen, gehen konnotative Theorien von einer prinzipiell nicht berechenbaren Eigendynamik der zu untersuchenden Faktoren aus. Konnotative Theorien lassen sich daher auch nicht in universelle Gesetzmäßigkeiten fassen, sondern bleiben zwangsläufig unscharf und sind zudem immer kontextuell (Warsitz 1997).

Metapsychologie und interdisziplinärer Diskurs

An die Stelle der Freudschen Metapsychologie, der Aufforderung, einen psychischen Sachverhalt topisch, ökonomisch, dynamisch, strukturell - also methoden- und theorieplural - zu betrachten, tritt heute eine interdisziplinäre Würdigung bewußter und unbewußter Vorgänge der Wahrnehmung, Erinnerung, Emotion, Motivation und Handlung. Dabei ist im interdisziplinären Vergleich nicht nur die externe Kohärenz (Strenger 1991) psychoanalytischer Modellvorstellungen zu bestimmen, sondern die klinisch psychoanalytischen Erkenntnisse stellen ebenso eine Herausforderung und Bereicherung für die Theorien und Befunde aus den Kognitions- und Neurowissenschaften dar (Leuzinger-Bohleber 2002, Leuschner 2002), sofern diese an einem Diskurs mit der Psychoanalyse interessiert sind (Bucci 2000; Roth 2001, 2003, vgl. auch internationale Zeitschrift: *Neuro-Psychoanalysis*).

Als ein Beispiel dafür, wie Vorstellungen über metapsychologische Grundannahmen im Lichte heutiger neuro- und kognitionswissenschaftlicher Theorien und Befunde ergänzt werden können, soll das strukturelle Modell Freuds betrachtet werden. Die unbewußten Prozesse, die in den sog. Strukturen des Es, Ich und Über-Ich ablaufen, stellen sowohl aus hirnanatomischer als auch funktionaler Sicht unterschiedliche Systeme dar (Deneke 2001, Roth 2001). Dabei ist nicht nur von verdrängten Triebwünschen im Es auszugehen, die sekundär unbewußt geworden sind, sondern auch von Impulsen, die einer Urverdrängung unterliegen sind und damit niemals symbolisiert werden konnten, ferner von unbewußten Operationen im Ich, wozu die Abwehrmaßnahmen gehören und schließlich von unbewußten Anteilen im Über-Ich. Zu den letzteren gehören - in heutiger Terminologie ausgedrückt - Konditionierungswissen und Regeln darüber, wie mit Emotionen im sozialen Austausch

umzugehen ist. Neben kulturell allgemeingültigen Handlungs- und Verhaltensweisen gehören hierzu auch die Ergebnisse unzähliger Aushandlungsprozesse, in denen auf sehr idiosynkratische Weise Wünsche von Eltern und Kind zur Geltung kommen und in denen über die Berechtigung von emotionalen und wunschbestimmten Handlungen gestritten wird. Das bereits im ersten Lebensjahr entstehende nichtdeklarative Wissen ist zwar nicht mit dem psychodynamisch Verdrängten gleichzusetzen; aber das Unbewußte der Freudianer ist auch schon bei Freud weiter gefaßt als lediglich das psychodynamisch Verdrängte. Abwehrprozesse sind Emotionsregulierungen, die durch Angst ausgelöst werden. Frühe Über-Ich-Introjekte können als Inhalte des klassischen Konditionierungsgedächtnisses aufgefaßt werden, die einmal erworben ein ganzes Leben lang wirksam bleiben können, ohne daß der Betreffende sich explizit erinnern kann, woher diese stammen - ganz im Unterschied zu den autobiographisch reflektierbaren, wenngleich auch prinzipiell für Abwehrvorgänge, wie der Verdrängung, anfälligen, aus späterer Zeit stammenden Gewissensinhalten. In den Strukturen von Ich und Über-Ich, die um Adaption, Handlungssteuerung und Berücksichtigung von sozialen Normen bemüht sind, laufen gedächtnispsychologisch somit sowohl deklarative als auch nichtdeklarative Prozesse ab. Die moderne Psychoanalyse hält aufgrund ihrer klinischen Erfahrung differenzierte Vorstellungen darüber bereit, wie nichtbewußte, psychodynamisch unbewußte und bewußte Prozesse, z.B. bei der Über-Ich-Steuerung, ineinandergreifen (z.B. Emde et al. 1990, 1991; Wurmser 1987).

Die sogenannten Ich-Funktionen, die sich als Wahrnehmen, Erinnern, Fühlen, Planen und Handlungssteuerung beschreiben lassen, werden auf dem Hintergrund konstruktivistischer Wahrnehmungstheorien (Pally 1997), kognitiver und neurobiologischer Gedächtnistheorien, die von der Modularität des menschlichen Gedächtnisses ausgehen (z.B. Squire 1994; Clyman 1992; Sandler und Sandler 1997; Köhler 1998; Davies 2001; Talvitie und Ihanus 2003) und von zeitgenössischen emotionspsychologischen Theorien (z.B. Krause 1997; LeDoux 1998; Roth 2001) über emotionale und motivationale Handlungsregulierung ebenfalls differenzierter erfaßbar.

Psychoanalytische Disziplinen

Psychoanalytische Trieb-/Motivations- und Emotionstheorien

Im Unterschied zu der lange Zeit vernachlässigten Thematik der Triebbedürfnisse und Emotionen in der Psychologie betonte die Psychoanalyse seit ihrer Entstehung die triebhafte Dynamik seelischer Phänomene und deren konflikthafte Ausgestaltung. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts ergaben sich folgende Theorielinien: Von Freuds früher Annahme eines Selbsterhaltungs- und Sexualtriebs, von narzißtischer Libido und Objektlibido, einer späteren

dualen Triebtheorie von Libidio und Aggression, über Whites Kompetenz- und mastery drive, Bowlbys Bindungstrieb, Lichtenbergs multipler Motivationstheorie hin zu einer revidierten „Triebtheorie“, (Westen 1997).

Wies die psychoanalytische Emotionstheorie bei Freud noch zahlreiche Unstimmigkeiten auf, so bereiteten vor allem die Arbeiten von Krause (1991, 1997) und Moser (1996) den Weg für eine konsistente Betrachtungsweise.

Psychoanalytische Entwicklungstheorien

Psychoanalytische Entwicklungstheorien beschäftigen sich mit der psychischen Realität eines Menschen in diachroner Hinsicht. Der Fokus liegt also nicht in erster Linie auf dem beobachtbaren Verhalten eines Kindes in einem bestimmten Entwicklungsalter, sondern mehr darauf, wie ein Kind oder ein Jugendlicher eine Erfahrung in einem bestimmten Lebensalter und mit einem bestimmten Entwicklungsstand emotional-kognitiv oder - wie Psychoanalytiker sich ausdrücken - in der Phantasie verarbeitet, wie Erfahrungen als psychische Realität mentalisiert werden und wie diese Repräsentationen von Erfahrungen wiederum gegenwärtige Wahrnehmungen und Handlungen beeinflussen.

Psychoanalytische Entwicklungstheorien betrachten Entwicklung konfliktorientiert: Konflikte erwachsen zu einem Großteil aus der Nichtübereinstimmung kindlicher und elterlicher Wünsche und Interessen, zu einem geringeren Teil aus der Eigendynamik leibseelischer Prozesse. Hinzu kommen die Einschränkungen und Defizite elterlicher Kompetenzen, die in Wechselwirkung mit kindlichen Dispositionen zur defizitären Ausbildung von Fähigkeiten und zur weiteren Entstehung von Konflikten beim Kind führen. Wenn diese Faktoren das Ausmaß der kindlichen Anpassungsfähigkeit überschreiten, werden sie zu traumatisierenden Bedingungen. Nicht nur ein einzelnes (Schock-) Trauma, sondern sich kumulierende Mikrotraumata, d.h. elterliche Verhaltensweisen, die den Entwicklungsbedürfnissen eines Kindes nicht gerecht werden, sind ebenfalls bevorzugter Gegenstand der Betrachtung. Eine Traumatisierung kann auch dann erfolgen, wenn von einem Kind intensive Gefühle nicht ausreichend verarbeitet werden können, weil die Eltern in ihrem Containment, bzw. in ihrer Fähigkeit, sich ihr Kind als wollendes und begehrendes Wesen vorzustellen und sich in seine jeweiligen Absichten und Bedürfnisse einzufühlen, mehr oder weniger versagen (Fonagy 1998, Fonagy und Target 1996, 1998, 2001). Da sich Eltern-Kind-Beziehungen immer in einem soziokulturellen und -ökonomischen Rahmen abspielen, sind in den Modellvorstellungen der psychoanalytischen Entwicklungslehre Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse nicht voneinander zu trennen (Lorenzer 1970a, b).

In den letzten Jahren entstand ein stärkeres interdisziplinäres Interesse an kognitiv und behavioral orientierten Entwicklungstheorien, wie z.B. der Kleinkind- und Bindungsforschung. Manche Kleinkindforscher monierten vor allem, daß psychoanalytische Theorien über die frühe Kindheit theoretisch überfrachtet und empirisch unterbestimmt seien. Die ursprünglichen metapsychologischen Annahmen brächten es mit sich, daß repräsentationale Fähigkeiten des Kleinkindes entweder über- oder unterschätzt werden (Dornes 1993, 1997, 2000). In der Auseinandersetzung mit diesen Einwänden wurden aber ebenfalls die Beschränkungen der kognitiven Entwicklungspsychologie, die teilweise auch der Konstruktion eines kompetenten Säuglings immanent sind, deutlich erkannt: Sie liegen immer noch in einer Überschätzung der kognitiven und rationalen Funktionen eines Kindes bei einer gleichzeitigen Vernachlässigung der emotionalen und beziehungsmaßigen Gegebenheiten von Entwicklung.

Klinische Psychoanalyse (Allgemeine und Spezielle Krankheitslehre)

Die *Allgemeine Krankheitslehre* war theoretisch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in ihren ätiologischen, psychogenetischen und psychodynamischen Modellvorstellungen weitgehend am Trieb-Abwehr-Konflikt-Denken des späten Freud und der amerikanischen Ich-Psychologie orientiert. Weiterentwicklungen der klassischen Psychoanalyse in Form der Analytischen Psychologie C.G.Jungs, der Individualpsychologie A. Adlers, der verschiedenen Objektbeziehungstheorien, der Selbstpsychologie, der Post-Ich-Psychologie, der Post-Kleinianischen Schule, der intersubjektiven und interpersonellen Richtungen und in den letzten Jahren der Bindungstheorie brachten diverse Modifizierungen und neue Gewichtungen, z.B. hinsichtlich des bewußten und unbewußten neurotogenen Einflusses von Eltern mit sich. Eine Neuerung betrifft z.B. die Konzeptualisierung von diversen Bewältigungsmodi, die in Form von Phantasien, Abwehrmaßnahmen, charakterstrukturellen Haltungen auftreten (Mentzos 1982; Rudolf 1996), wozu auch die Bindungsstile zu rechnen sind (Fonagy 2003) sowie die daraus resultierenden Beeinträchtigungen, die sich aufgrund einer persistierenden Konflikt- und Traumadynamik, aber auch der partiell dysfunktionalen Bewältigungsmodi ergeben (Ermann 1996; Rudolf 1996; Hoffmann und Holzapfel 2000; Rüger und Reimer 2000, Senf und Broda 1996).

Im gegenwärtigen Diskurs von Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung, Objektbeziehungstheorien und interpersonellen Theorien werden Prozesse der psychischen Strukturbildung und des Erwerbs basaler psychischer Funktionen (u.a. Mentalisierung, Symbolisierung, affect attunement, Affekt- und Beziehungsregulierung) als Grundlagen der individuellen Trauma- und Konfliktbewältigung in ihrer klinischen Bedeutung untersucht.

Konflikt und Trauma

Die in der Psychoanalyse lange Zeit vorherrschende, auf der Identifizierung unbewußter Konflikte beruhende Rekonstruktionsperspektive erfuhr eine erhebliche Ausweitung und Differenzierung, als anhand der Ergebnisse der Bindungs- und Traumaforschung, vor allem aber auch durch entwicklungspsychologische frühere, in der Zwischenzeit aber vernachlässigte traumatheoretische Ansätze Berücksichtigung fanden (Bohleber 2000; Fischer und Riedesser 1998). Vor allem das nahezu ubiquitäre Vorkommen von Entwicklungs-Traumatisierungen führte zu einer erheblichen Neukonzeptualisierung von Rekonstruktionsannahmen.

Gegenüber Sichtweisen, die dichotomisierend nur Traumatisierungen für die gegenwärtige Pathologie geltend machen oder nur Konflikte, wird die Verschränkung von Traumatisierungen und Konflikten betont, wenngleich der Ausgangspunkt oftmals in Entwicklungs-Traumatisierungen zu suchen ist. Aufgrund der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit von entwicklungspsychologischen Errungenschaften, wie z.B. der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, ergibt sich ein komplexes Gefüge von Trauma- und Konfliktfolgen sowie den daraus resultierenden strukturellen Beeinträchtigungen von Ichkompetenzen (wie z.B. Affektregulierung, Mentalisierung von Affekten, Perspektivenübernahme, Bindungsfähigkeit u.a.m. [vgl. Arbeitsgruppe OPD 1996, Fonagy und Target 1996]). Ein reger Diskurs über die gedächtnispsychologischen Implikationen von Traumatisierungen und Traumafolgen ist in den 90er Jahren entstanden (Bohleber 2000, Fischer und Riedesser 1998, Hinckeldey und Fischer 2002, van der Kolk 1998).

Abwehrmechanismen

Präzisere theoretische Konzeptualisierungen haben zu besseren diagnostischen Möglichkeiten von Abwehrprozessen geführt (z.B. Ehlers et al. 1995; Hentschel et al. 1993; Leichsenring, 1997, 1999 a, b; Smith et al. 1989; Vaillant 1992). Mit Hilfe diverser Methoden (MCT - Meta-Contrast-Technique, DMT – Defense Mechanism Test, FKBS – Fragebogen zu Konfliktbewältigungsstrategien, SBAK – Selbstbeurteilung von Abwehrkonzepten, DMT – Defense Mechanism Test, BPI - Borderline-Persönlichkeits-Inventar, RT - Rorschach-Test, HIT - Holtzman Inkblot Technique) werden bei verschiedenen klinischen Störungen Abwehrmechanismen diagnostiziert (z.B. Küchenhoff 1993, Leichsenring, 1999 a, b, c; Leichsenring, in press). Kleinkind- und Bindungsforschung haben z.T. in anderer Terminologie ebenfalls befruchtend für die theoretisch verfeinerte

Konzeptualisierung und Beobachtung der Entstehung von Abwehrformen im Mutter-Kind-Kontakt gewirkt.

Neurotische Stile

Das Konzept der neurotischen Stile (Shapiro, 1991) integriert kognitive Funktionen, affektive Funktionen und die Art der Objektbeziehungen. Es ist inzwischen erfolgreich erweitert worden auf die Funktionsstile von Borderline-Patienten (Leichsenring, 1996, 2003). Das Konzept der Borderline-Funktionsstile verbindet Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie mit Piagets Theorie der kognitiven Entwicklung. Für dieses Konzept liegt inzwischen eine Vielzahl von empirischen Ergebnissen vor, die die zugrundeliegenden Annahmen bestätigen (z. B. Leichsenring, Roth und Meyer, 1992; Leichsenring, 1996, 2003; Leichsenring und Sachsse, 2002).

Selbstwertregulation

Die Auseinandersetzung mit der Selbstpsychologie Kohuts (1973, 1979) verdeutlichte, wie wichtig die Selbstwertregulation ist und wie sehr eine gestörte Selbstwertregulation bei psychischen Erkrankungen generell und nicht nur bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, eine bedeutende Rolle spielt.

Insbesondere die Schaffung eines Narzißmus-Inventars von Deneke und Hilgenstock (1988) erwies sich für die Einschätzung der Selbstwertregulation als bedeutsam, da begrifflich und konzeptuell in diesem Bereich terminologische Unklarheit bestand. Seitdem sind mehrere empirische Arbeiten mit diesem Instrument entstanden (Ehlers und Plassmann 1994; Fliege et al. 2003; Kruse et al. 2000, Thiel und Schüßler 1995, Thiel et al. 1999).

Bewältigungsmodi

Die in den 70er und 80er Jahren gebräuchliche Redeweise von einer schizoiden, depressiven, zwanghaften, usw. Persönlichkeit wurde psychodiagnostisch in Bewältigungsmodi früh erfahrener Grundkonflikte und Traumatisierungen transformiert (Mentzos 1982; Rudolf 1996). Jede Person reagiert auf einen depressiven Grundkonflikt z.B. mit narzißtischen, schizoiden, zwanghaften Bewältigungsmodi, die situativ, interaktionell, lebensalterspezifisch eingesetzt werden können, deshalb aber keinen starren und allumfassenden "Persönlichkeitstypus" zu verkörpern brauchen, auch wenn diese Modi durchaus habituell werden können. Symptome stellen sich ein, wenn die Bewältigungsmodi z.B. aufgrund ihrer einseitigen Handhabung oder ihres jahrelangen Einsatzes den betreffenden Menschen

überfordern und/oder wenn die damit einhergehenden Abwehrmechanismen aufgrund intensiver Versuchungs- oder Versagungssituationen dekompensieren.

Strukturelle Ichkompetenzen, Niveau der Persönlichkeitsorganisation

Spätestens seit der Ich-Psychologie haben Psychoanalytiker Symptome und neurotische Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens nicht nur deskriptiv klassifiziert - wie im DSM-IV oder der ICD-10 - sondern auch mit dem Niveau der Persönlichkeitsorganisation in Verbindung gebracht, das sich anhand sogenannter struktureller Kompetenzen definieren läßt, wie z.B. der Fähigkeit, sich selbst und andere Personen differenziert wahrzunehmen, Affekte benennen, differenzieren und tolerieren, sexuelle und aggressive Impulse steuern und tolerieren zu können u.a.m. (Blanck und Blanck 1985, Arbeitsgruppe OPD 1996, vgl. auch Präambel). Mit dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI, Leichsenring, 1997) ist ein inzwischen auch international verwendetes Selbstbeurteilungs-Instrument entwickelt worden, das es ermöglicht, die strukturellen Kriterien der Persönlichkeitsorganisation im Sinne Kernbergs (1981) zu erfassen (Niveau der Abwehrmechanismen, Identitäts-Integration, Realitätsprüfung). Das BPI hat sich in verschiedenen Untersuchungen als reliabel und trennscharf erwiesen (Leichsenring, 1997, 1999 c; Leichsenring et al., 2003, Chabrol et al., in press).

Spezielle Krankheitslehre

Die Spezielle Krankheitslehre der Psychoanalyse verfügt heute über ein stetig expandierendes Wissen über reaktive Störungen, neurotische Krankheitsbilder, Psychosomatosen, Süchte und posttraumatische Neurosen (Ahrens 1997; Ermann 1995, Hoffmann und Holzapfel 2000, Senf und Broda 1996). Neben immer präziseren Vorstellungen über die Ätiologie und Psychogenese eines spezifischen Krankheitsbildes haben insbesondere Differenzierungen der Psychodynamik und die Berücksichtigung des Strukturniveaus zu diagnostischen Untergruppen bestimmter Krankheiten geführt. So unterscheiden z.B. Will et al. (1998) eine psychotische Depression mit desintegrierter Persönlichkeitsstruktur, eine Borderline-Depression bei schweren Persönlichkeitsstörungen mit gering integriertem Strukturniveau, depressive Neurosen und depressive Persönlichkeiten auf mittlerem Strukturniveau mit mäßig integrierter Persönlichkeitsstruktur, depressive Neurosen und depressive Persönlichkeiten auf ödipal-neurotischem Strukturniveau mit gut integrierter Struktur und depressive Reaktionen auf belastende Lebensumstände bei zumeist ebenfalls gut integrierter Struktur. Quint (1984, 2000) grenzt eine Zwangsneurose vom eher klassischen Typ mit

mäßig integrierter Struktur von Zwangserkrankungen ab, die im Dienste der Verhinderung einer Psychose stehen und schwere Selbstwertdefizite regulieren helfen sollen.

Psychoanalytische Behandlungstechnik

In über einhundert Jahren hat die Psychoanalyse ein fruchtbares und vielfältiges Behandlungswissen über den Umgang mit Arbeitsbündnis, freier Assoziation, psychoanalytischer Erkenntnishaltung, Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Beendigung aufgebaut (Thomä und Kächele 1985, 1988; Mertens 1990). Allerdings dominierte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die Behandlungstechnik für Neurosen, d.h. für psychische Erkrankungen auf einem relativ hohen Strukturniveau. Nach einer immer stärkeren Verschiebung des theoretischen Interesses und der Indikationsstellungen auf die sogenannten „frühen Störungen“, d.h. auf Krankheitserscheinungen, wie Psychosen, Borderline-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatosen, Süchte, Perversionen, die zumeist bereits in den ersten drei Lebensjahren grundgelegt werden, wurde offensichtlich, daß in der psychoanalytischen Psychotherapie noch andere Formen der analytischen Beziehung zu berücksichtigen und zu konzeptualisieren sind. So gibt es neben der Als-Ob-Welt oder der ‚Mikrowelt‘ der Übertragung noch eine Beziehungsregulierung, der nichtbewußtes implizites Beziehungswissen zugrunde liegt. Bei den frühen Störungen ist diese Beziehungsregulierung aus den verschiedensten Gründen gestört und beeinträchtigt (Moser 2001).

Immer deutlicher wurde somit auch, daß Übertragungsdeutungen und die sich daraus ergebende emotionale Einsicht überwiegend für den Bereich der Mikrowelt (intra- und extraanalytische Übertragungen und daraus entstehende Verzerrungen im Kontext des autobiographischen Wissens und seiner Konsequenzen für die Beziehungswahrnehmung und -gestaltung) bedeutsam sind, nicht jedoch für den Bereich der grundlegenden Beziehungsregulierung, die von nonverbalen, sensorischen und affektiven Aspekten von Interaktion und Kommunikation gestaltet wird (Sander et al. 1998, Stern et al. 1998, Schmidt 2003). Eine gestörte oder defizitäre Beziehungsregulierung entsteht vor allem aufgrund der Unfähigkeit, Affekte bei sich selbst und bei anderen Menschen angemessen decodieren zu können (Krause 1983, 1997), eigene Affekte regulieren zu können sowie aufgrund der partiellen Fixierung an den Äquivalenzmodus psychischer Realität, der einen realitätsadäquaten Denkprozeß erschwert (Fonagy und Target 1996, 2000, Target und Fonagy 1996).

Behandlungstechnisch wird der Verschränkung von Beziehungsregulierung und Mikrowelt mit der Einführung modifizierter Strategien Rechnung getragen, wie z.B. einer spezifischen Technik für die Borderline-Therapie in Form der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

für Borderline-Störungen („transference focussed psychotherapy, TFT,“) von Kernberg et al. (1993), Yeomans et al. (2002) oder in verschiedenen Formen der Kurztherapie, z.B. für Persönlichkeitsstörungen anhand der spezifischen psychodynamischen Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen von Tress et al. (2003) sowie mit spezifischen traumatherapeutischen Behandlungsansätzen bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Imaginations- und Gestaltungsprozesse, wie sie lange aus der analytischen Kindertherapie bekannt waren, werden heute zunehmend bei psychotischen Erkrankungen (Benedetti 1983), aber auch in der stützenden Psychotherapie bei schweren somatischen Erkrankungen und vor allem in der stationären Psychotherapie eingesetzt.

Psychoanalytische Psychosomatik

In der modernen psychoanalytischen Psychosomatik wird nur noch für einen Teil von körperlichen Erkrankungen davon ausgegangen, dass in ihnen symbolisch verschlüsselte Kindheitskonflikte zum Ausdruck kommen; vielmehr werden sie als nichtsymbolisierbares, somatophysiologisches Korrelat nichtdeklarativer/impliziter Erfahrungen verstanden, die auf früh erlittene Traumatisierungen mit unbewältigbarem Stress und nicht oder nur mangelhaft regulierbaren somatopsychischen Spannungszuständen zurückgehen (z.B. v. Rad 1983; Overbeck 1984; Ermann 1987; Janssen 1987; Küchenhoff 1992). Damit wurde auch das Spezifitätsmodell, die Möglichkeit einer Zuordnung von psychosomatischen Krankheitsbildern zu bestimmten psychosexuellen Entwicklungsphasen in der Kindheit, die in der klassischen psychoanalytischen Psychosomatik lange Zeit maßgeblich war, entkräftet (Küchenhoff 1994). Für eine genauere Strukturdiagnostik des Körperbildes entsprechend den Kriterien der Strukturdiagnostik der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik hat Küchenhoff (2003) einen Vorschlag ausgearbeitet.

7. Wirkungsnachweise psychoanalytischer Therapie

Wirkungsforschung - Allgemeine Vorbemerkungen zum Vorgehen und zur Methodik der Wirkungsforschung

Die Darstellung der Wirkungsuntersuchungen zur psychoanalytischen Therapie orientiert sich an den vom WBP definierten Anwendungsbereichen. Es wurde keine erschöpfende Literaturrecherche und Darstellung angestrebt. Der Forschungsstand zur psychoanalytischen Therapie wird nicht umfassend dargestellt. Ziel war es, das Mindestmaß an Studien darzustellen, die die vom WBP aufgestellten Kriterien für angemessene Wirkungsstudien erfüllen. Weiterhin werden Meta-Analysen angeführt, die auf einer höheren Allgemeinheitsstufe Belege für die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie liefern

Die Darstellung erfolgt getrennt für den Bereich der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.

Die vorliegenden Einstufungen von Evidenzgraden orientieren sich an randomisierten und kontrollierten Studien (RCT's), die von der Task-Force der American Psychological Association (1995; Chambless und Hollon 1998) als "Goldstandard" angesehen werden. Danach kann ein Wirkungsnachweis ausschließlich durch RCT's erbracht werden (Task-Force der American Psychological Association 1995; Chambless und Hollon 1998). Diese Verabsolutierung von RCT's wird aber in der Psychotherapieforschung zunehmend in Frage gestellt (Seligman 1995; Persons und Silberschatz 1998; Beutler 1998). Es ist hier nicht der Ort, diese Diskussion umfassend darzustellen. Hier sollen nur einige zentrale Aspekte herausgegriffen werden, die für die Frage des Wirkungsnachweises von psychoanalytischen Therapien von Bedeutung sind: RCT's liefern Belege für die Wirksamkeit von Therapien unter streng kontrollierten Labor-Bedingungen. Diese betreffen u.a. die Auswahl der Patienten, die Manualisierung des therapeutischen Vorgehens, die Auswahl und das Training der Therapeuten oder die Dauer der Therapie. Naturalistische Studien liefern dagegen Belege für die Wirksamkeit von Therapien unter den Bedingungen der realen Versorgungspraxis. In RCT's werden nicht die in der Praxis angewendeten Formen psychotherapeutischer Verfahren geprüft, sondern spezifische Formen dieser Verfahren, die auf die kontrollierten Labor-Bedingungen zugeschnitten sind (Auswahl der Patienten, Therapeuten, Manualisierung, Therapie-Dauer etc.). Es werden damit abgewandelte Formen psychotherapeutischer Verfahren untersucht. Dies betrifft psychoanalytische Therapie ebenso wie Verhaltenstherapie oder andere Therapieformen, wenn sie in RCT's geprüft werden. In diesem Sinn lassen sich die in RCT's angewendeten psychoanalytischen Therapieverfahren als die Labor-Form psychoanalytischer Therapie auffassen: Die behandlungstheoretisch rele-

vanten Konzepte wie etwa Regression, Übertragung, Widerstand sowie die Art der Interventionen werden auf die Bedingungen der kontrollierten Studie, zu denen auch die Dauer der Therapie gehört, abgestimmt. Wegen dieser Unterschiedlichkeit können die in RCT's gewonnenen Wirkungsbelege nicht direkt auf die Praxis der psychotherapeutischen Versorgung übertragen werden. Für Wirkungsbelege psychotherapeutischer Verfahren unter Praxis-Bedingungen sind naturalistische Studien erforderlich. Aus diesem Grund stellen die Ergebnisse zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie, die aus naturalistischen Studien stammen, wichtige Belege für die Wirksamkeit in der Praxis dar. Diese Praxis-Forschung ist von psychoanalytischer Seite stärker vertreten worden als von anderen Therapieformen, auch von der Verhaltenstherapie, die ihrerseits stärker in der Laborforschung (RCT's) vertreten ist. Aus diesen Gründen werden in der vorliegenden Dokumentation auch Ergebnisse aus naturalistischen Studien angeführt, die die für die Praxis so wichtigen Wirkungsbelege liefern

7.1 Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Erwachsenen

7.1.1 Depression (ICD-10 F3)

Mehrere RCT's belegen die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Depression (Hersen et al. 1984; Thompson et al. 1987; Gallagher-Thompson et al. 1990; Gallagher et al. 1994; Shapiro et al. 1994, 1995; Barkham et al. 1996). Nach den Ergebnissen einer neueren Meta-Analyse sind psychoanalytische Therapie und kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) bei der Behandlung von Depression gleichermaßen wirksam (Leichsenring 2001). Danach erzielt psychoanalytische Therapie große Effekte (Prä-Post) im Sinne von Cohen (1988) bei der Reduzierung der depressiven Symptomatik (0.90 - 2.80) sowie bei der allgemeinen psychiatrischen Symptomatik (0.79-2.65). In zwei RCTs war psychoanalytische Therapie kombiniert mit Psychopharmakotherapie wirksamer als Psychopharmakotherapie allein (de Jonghe et al. 1999; Burnand et al. 2002).

Anmerkung: Die Studien zur interpersonellen Therapie der Depression (z.B. DiMascio et al. 1979 und Elkin et al. 1989) sind hier nicht angeführt worden, obwohl dies eine gewisse Berechtigung hätte. So wurde die IPT in der NIMH-Studie von Therapeuten durchgeführt, die eine Ausbildung in psychodynamischer Therapie haben mußten (Elkin et al. 1985, 307, 308).

7.1.2. Angststörungen (ICD-10 F40-42)

In einem RCT von Zitrin et al. (1983) und Klein et al. (1983) zur Behandlung von Agoraphobie, gemischter Phobie und einfacher Phobie war psychoanalytische Therapie kombiniert mit Imipramin ebenso wirksam wie Verhaltenstherapie plus Imipramin (Klein et al. 1983, 141). Dies betraf alle drei Formen von Phobien, für die die Autoren getrennte Auswertungen vornahmen: “In this study, contrary to our initial expectations, we found essentially no differences between BT ... and dynamically oriented ST in treating all three categories of phobia.... It was not that patients did poorly with BT; rather they did unexpectedly well with ST.“

In einem RCT zur Panikstörung war psychoanalytische Therapie kombiniert mit Clomipramin einer ausschließlichen Behandlung mit Clomipramin im 9-Monats-Follow-up signifikant überlegen im Hinblick auf die Prophylaxe von Rückfällen (20% vs. 75%) sowie in verschiedenen Maßen der Psychopathologie (Wiborg und Dahl 1996). Unmittelbar nach Therapieende waren beide Methoden dagegen noch gleich wirksam.

Auch in einer offenen Interventionsstudie von Milrod et al. (2000, 2001) erreichte psychoanalytische Therapie bei Panikstörungen signifikante Verbesserungen mit großen Effekten, die sich im Follow-up nach 40 Wochen als stabil erwiesen. Auch hier waren die Erfolgsraten hoch: 93% bei Therapieende, 90% zur Katamnese. Eine signifikante und in der Katamnese nach 6 Wochen stabile Reduzierung der (Trait-)Angst konnten Bassler und Hoffmann (1994) in einer offenen Interventionsstudie sowohl für Patienten mit Panikstörungen als auch für Patienten mit Agoraphobie nach einer manualgeleiteten 12 wöchigen stationären Behandlung zeigen. Signifikante Verbesserungen bei Patienten mit GAS nach psychoanalytischer Therapie haben Crits-Christoph et al. (1995) in einer offenen manualgeleiteten Interventionsstudie nachgewiesen. Die gefundenen Prä-Post-Effektgrößen waren groß (Angst: 0.95-1.99) und liegen in der Größenordnung, wie sie für kognitive Therapien berichtet werden (Crits-Christoph et al. 1996; Chambless und Gillis 1993). Auch die Erfolgsquote war relativ hoch (**79%**). Für eine Stichprobe von Patienten, die überwiegend unter Angststörungen (60%) litten, berichten Svartberg et al. (1995) einen großen Effekt von psychoanalytischer Therapie bei der Reduzierung der Symptombelastung und eine reliable und klinisch signifikante Verbesserung bei **75 %** der Patienten.

7.1.3. Belastungsstörungen (ICD-10 F43)

Signifikante Besserungen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen durch psychoanalytische Therapie wurden in verschiedenen kontrollierten Untersuchungen demonstriert (Brom et al. 1989; Horowitz et al. 1984; McCallum und Piper 1990; Piper et al. 2001). In dem RCT von Brom et al. (1989) zur Behandlung von

PTSD war die psychoanalytische Therapie (nach Horowitz) ebenso wirksam wie die verhaltenstherapeutische Vergleichsbedingung (Systematische Desensibilisierung), und beide Therapieformen waren einer Warte-Listen-Bedingung überlegen. In dem RCT von McCallum und Piper (1990) zur Behandlung von pathologischen Trauerreaktionen nach Verlust war die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie einer Wartegruppe signifikant überlegen. In einem anderen RCT von Piper et al. (2001) zur Behandlung von komplizierten pathologischen Trauerreaktionen nach Verlust war die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie einer supportiven Gruppentherapie signifikant überlegen. In der Studie von Horowitz et al. (1984) reduzierte sich die Symptomatik (pathologische Trauerreaktionen) nach psychoanalytischer Therapie auf das Niveau der Kontrollbedingungen (Normalstichprobe mit Verlust eines Elternteils). Auch Holm-Hadulla et al. (1997) berichten für Patienten mit Anpassungsstörungen (nach DSM-III-R) große Effekte, die deutlich über denen einer unbehandelten Kontrollgruppe lagen. In einer offenen Interventionstudie konnten Jones et al. (1988) signifikante und im Follow-up stabile Effekte nach psychoanalytischer Therapie nachweisen.

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

In fünf RCT's wurde die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei somatoformen Störungen gezeigt (Svedlund et al. 1983; Guthrie et al. 1991; Baldoni et al. 1995; Hamilton et al. 2000; Monsen und Monsen 2000). Psychoanalytische Therapie war einer Kontrollbedingung ("treatment as usual", TAU) signifikant überlegen. Die Therapie-Ergebnisse erwiesen sich in Follow-up-Untersuchungen nach 1 bis 4 Jahren als stabil. Die Studien von Svedlund et al. (1983) und Guthrie (1991) beziehen sich auf Patienten mit Reizdarm, die Studie von Hamilton et al. (2000) auf Patienten mit funktioneller Dyspepsie, die Studie von Monsen und Monsen (2000) auf Patienten mit somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4, DSM-IV 307.80) und die Studie von Baldoni et al. auf Patienten mit urethralem Syndrom (somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren bzw. oberen Gastro-intestinaltrakts bzw. des urogenitalen Systems, ICD-10 F 45.32, F 45.31, F45.34). In den (manualgeleiteten) Studien von Guthrie und Hamilton wurden bemerkenswerterweise Patienten behandelt, bei denen sich vorher andere Behandlungen als wirkungslos erwiesen hatten. In diesen Studien konnte auch eine signifikante und substantielle Reduzierung der Schmerz-Symptomatik nachgewiesen werden. In der Studie von Monsen und Monsen (2000) betrug z.B. der (Prä-Post-) Effekt in der Schmerz-Reduzierung 1.35 (1-Jahres-Follow-up: 1.20).

Deutliche Effekte bei somatoformen (F 45) und psychosomatischen Störungen im engeren Sinn (F 54) nach psychoanalytischer Therapie wurden auch in den Untersuchungen von Junkert-Tress et al. (1999, 2001) gefunden. Erfolgversprechende Ergebnisse bei Patienten, bei denen neben psychischen Problemen psychosomatische (funktionelle) Symptome vorlagen, berichtet auch Sifneos (1984). Er fand eine Besserungsrate von 92% (13/14). Die Ergebnisse von Sifneos müssen allerdings noch an größeren Stichproben und unter Verwendung mehrerer reliabler Outcome-Maße bestätigt werden. Bei den beiden letztgenannten Studien handelt es sich um offene Interventionsstudien.

7.1. 5. Eßstörungen (ICD-10 F50)

Bulimie: Signifikante und stabile Besserungen durch psychoanalytische Therapie bei Bulimie wurden in verschiedenen RCT's nachgewiesen (Fairburn et al. 1986, 1995; Garner et al. 1993; Bachar et al. 1999). In zentralen bulimiespezifischen Maßen (Eßanfälle, Erbrechen) war psychoanalytische Therapie *ebenso wirksam wie CBT*. In den Studien von Fairburn et al. (1986) und Garner et al. (1993) war CBT der psychoanalytischen Therapie allerdings in einzelnen Maßen der allgemeinen Psychopathologie überlegen. In einer Nachuntersuchung der Stichprobe von Fairburn et al. (1986) mit einem längeren Follow-up-Zeitraum waren psychoanalytische Therapie, CBT und auch interpersonelle Therapie (IPT) jedoch *gleich wirksam* und in einigen Maßen einer rein verhaltenstherapeutischen Methode überlegen (Fairburn et al. 1995, S. 309, 310). Zu einer realistischen Beurteilung der Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie sind offenbar Follow-up-Studien unabdingbar. In dem RCT von Bachar et al. (1999) war psychoanalytische Therapie einer rein kognitiven Therapie und einer Kontrollgruppe (Ernährungs-Beratung) signifikant überlegen. Dies gilt für eine gemischte Stichprobe aus Anorexie- und Bulimie-Patienten und auch für die Bulimie-Patienten getrennt.

Anmerkung: Auch hier sind die Studien zur interpersonellen Therapie der Bulimie (z.B. Wilfley et al. 1993, Fairburn et al. 1993) nicht angeführt worden, obwohl auch dies wegen der Verbindung zwischen psychoanalytischer Therapie und interpersoneller Therapie eine gewisse Berechtigung hätte.

Anorexie: Hier liegen bisher drei RCT's vor: In einem RCT von Hall und Crisp (1987) erreichte psychoanalytische Therapie bei Anorexia Nervosa im 1-Jahres-Follow-up signifikante Besserungen und war hinsichtlich der Gewichtszunahme ebenso wirksam wie eine Diät-Beratung und der Diät-Beratung in Maßen der sozialen und sexuellen Anpassung überlegen. In dem RCT von Gowers et al. (1994) erreichte psychoanalytische Therapie signifikante

Verbesserungen in der psychischen, sozialen und sexuellen Anpassung und war im 1-Jahres- und im 2-Jahres-Follow-up einer Kontroll-Bedingung (Treatment as usual, TAU) hinsichtlich Gewichtszunahme und BMI signifikant überlegen. In dem RCT von Dare et al. (2001) war psychoanalytische Fokalthherapie (von durchschnittlich 25 Sitzungen) einer Kontroll-Bedingung (low contact, "routine" treatment, TAU) signifikant überlegen. Ein Drittel (33%) der Patienten erfüllten nach der psychoanalytische Therapie nicht mehr die DSM-IV Kriterien für Anorexie. In der Kontrollgruppe (TAU) waren es dagegen nur 5%.

7.1.6 Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 5)

Hierzu liegen keine Studien zur psychoanalytischen Therapie vor.

7.1.7. Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F 54)

Hier liegen 3 RCT's vor: In einem RCT von Sjödin et al. (1986) war psychoanalytische Therapie von drei Monaten Dauer, die Patienten mit Ulcus Pepticum zusätzlich zu einer medizinischen Behandlung erhielten, einer allein medizinischen Behandlung im 15-Monate-Follow-up signifikant überlegen. In einem RCT von Deter (1986) war psychodynamische (Gruppen-) Therapie bei der Behandlung von Patienten mit Asthma Bronchiale einer unbehandelten Kontrollgruppe signifikant überlegen. Die Behandlung dauerte ein Jahr, so daß es sich hier eher um eine Therapie mittlerer Dauer (s.u.) als um eine Kurz-Therapie handelte.

In einem RCT von Beutel et al. (2001) zur Behandlung von Übergewicht erwiesen sich analytische Therapie und CBT als gleichermaßen wirksam. Auf die Ergebnisse der Studie von Junkert-Tress et al. (1999, 2001) wurde oben bereits verwiesen.

7.1.8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F 6)

Signifikante Verbesserungen bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen mit psychoanalytischer Therapie wurden in einer Reihe von Studien gefunden (Woody et al. 1985; Tucker et al. 1987; Karterud et al. 1992; Stevenson und Meares 1992; Hoglend 1993; Diguier et al. 1993; Winston et al. 1994; Munroe-Blum und Marziali 1995; Hardy et al. 1995, Antikainen et al. 1995, Monsen et al. 1995; Wilberg et al. 1998; Bateman und Fonagy 1999; 2001; Guthrie et al. 2001).

Bei sechs dieser Studien handelt es sich um RCTs: In einem RCT von Woody et al. (1983; 1987; 1990) war psychoanalytische Therapie bei der Behandlung von Opiat-Abhängigen ebenso wirksam wie CBT, und beide Therapieverfahren waren einer Standardbehandlung

(Drogen-Beratung) überlegen. Die Autoren werteten die Ergebnisse für Patienten mit einer zusätzlichen antisozialen Persönlichkeitsstörung gesondert aus, faßten die Ergebnisse von CBT und psychoanalytischer Therapie dabei zusammen, da keine signifikanten Unterschiede bestanden. Bei Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und komorbider Depression erzielte die psychoanalytische Therapie (und auch die CBT) signifikante Verbesserungen, die fast ebenso groß waren wie die bei opiat-abhängigen Patienten, die auch eine Depression, aber keine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufwiesen (Effekte: 0.53 vs. 0.50, Woody et al. 1985, 1084). Bei opiat-abhängigen Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung, die nicht auch depressiv waren, erzielten beide Therapieformen dagegen nur geringe Effekte (0.18). Die Studie spricht daher für die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie (und CBT) bei der Behandlung von opiat-abhängigen Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und komorbider Depression. In der randomisierten, kontrollierten und manualgeleiteten Studien von Winston et al. (1994) war psychoanalytische Therapie einer Kontroll-Bedingung signifikant überlegen, in dem RCT von Munroe-Blum und Marziali (1995) erzielte psychoanalytische Therapie signifikante Effekte und war ebenso wirksam wie eine alternative Therapie (interpersonell orientierte Gruppentherapie). In einem RCT von Hardy et al. (1995) erzielte psychoanalytische Therapie signifikante Verbesserungen bei depressiven Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung. Die psychoanalytische Therapie erzielte sowohl zu Therapieende (1.17) als auch im 1-Jahres-Follow-up (1.52) große Effekte (Daten aus Leichsenring und Leibling 2003). CBT erzielte etwas größere Effekte (1.76 bzw. 1.85). In dem RCT von Bateman und Fonagy (1999, 2001) war die psychoanalytische Therapie einer psychiatrischen Standardbehandlung signifikant überlegen. In einem RCT von Guthrie et al. (2001) war psychoanalytische Therapie bei der Behandlung von Patienten, die sich absichtlich selbst vergiftet hatten (artifizielle Störung, ICD-10 F 68.1) einer Kontroll-Behandlung ("treatment as usual") signifikant überlegen im Hinblick auf die Reduzierung von Suizid-Gedanken und Versuchen, sich selbst zu beschädigen.

Anmerkungen: In der Studie von Munroe-Blum und Marziali (1995) handelt es sich bei der interpersonellen Gruppentherapie, mit der die psychoanalytische Einzeltherapie verglichen wurde, nicht um eine psychodynamische Therapie (vgl. Leichsenring und Leibling 2003, persönliche Kommunikation mit den Autorinnen). Daher wird eine Form analytischer Therapie mit einer anderen Therapieform verglichen. - So wenig, wie die interpersonelle Therapie oben bei Depression und Angst der psychoanalytischen Therapie zugerechnet wurde, so wenig kann sie hier dazu gerechnet werden.

Auch Holm-Hadulla et al. (1997) berichten für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (nach DSM-III-R) große Effekte, die deutlich über denen der unbehandelten Kontrollgruppe liegen. Leichsenring und Leibling (2003) haben die Effekte von psychoanalytischer Therapie und kognitiv-behavioraler Therapie bei Persönlichkeitsstörungen meta-analytisch untersucht. Sie fanden für die psychoanalytische Therapie einen Gesamt-Effekt von 1.46. Differenziert nach Selbst- und Fremdratingverfahren ergaben sich Effekte von 1.08 für die Selbstrating-Verfahren und von 1.79 für die Fremd-Rating-Verfahren. Speziell für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit psychoanalytischer Therapie wurde ein Gesamt-Effekt von 1.31 gefunden. In den Selbstrating-Verfahren betrug der Effekt 1.00, in den Fremd-Rating-Verfahren 1.45. Für kognitiv-behaviorale Therapie wurde ein Gesamteffekt von 1.00 gefunden, in Selbstrating-Verfahren betrug der Effekt 1.20, in Fremdrating-Verfahren 0.87. Die Effekte von psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie sind jedoch nicht direkt miteinander vergleichbar, da sie aus verschiedenen Untersuchungen stammen, die sich bezüglich der Patienten, Therapeuten, der Therapie, der Erfolgsmessung und anderer Variablen unterscheiden.

7.1.9. Abhängigkeit und Mißbrauch (F 1, F 55)

In mehreren RCT's erwies sich psychoanalytische Therapie bei Suchterkrankungen als wirksam: In einem RCT von Kissin et al. (1970) zur Behandlung von Alkohol-Abhängigkeit war psychoanalytische Therapie sowohl einer unbehandelten Kontrollgruppe als auch einem treatment-as-usal (Drogenberatung) signifikant überlegen. In einem RCT von Sandahl et al. (1998) war psychoanalytische Therapie bei Alkohol-Mißbrauch ebenso wirksam wie CBT. In dem RCT von Woody et al. (1983, 1987, 1990) zur Behandlung von Opiat-Abhängigkeit erwiesen sich psychoanalytische Therapie und CBT als gleichermaßen wirksam und einer Standardbehandlung signifikant überlegen. In einem weiteren RCT war psychoanalytische Therapie ebenfalls einer Standardbehandlung signifikant überlegen (Woody et al. 1995).

In einem RCT von Crits-Christoph et al. (1999, 2001) zur Behandlung von Kokain-Abhängigkeit erzielte psychoanalytische Therapie signifikante Verbesserungen und war ebenso wirksam wie CBT (beide kombiniert mit Gruppen-Drogenberatung). Beide Therapieformen waren allerdings einer Kombination von Einzel- und Gruppen-Drogenberatung bezüglich des Drogen-Gebrauchs unterlegen, im Hinblick auf psychosoziale Outcome-Variablen bestand dieser Unterschied jedoch nicht (Crits-Christoph et al. 2001).

7.1.10 Schizophrenie und wahnhafte Störung

In einem RCT von Karon und Vandenbos (1972) war analytisch orientierte Therapie von durchschnittlich 42 Sitzungen einer TAU-Bedingungen (medikamentöse Behandlung) signifikant überlegen. Dies war auch im 2-Jahres-Follow-up der Fall.

7.1.11. Gemischte Stichproben

Darüber hinaus liefern eine Reihe von RCTs Belege für die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie in diagnostisch heterogenen Stichproben. In mehreren dieser Studien war psychoanalytische Therapie einer Wartelisten-Bedingung signifikant überlegen (Sloane et al. 1975, 1981; Siegel et al. 1977; Piper et al. 1990; Shefler et al. 1995). In den RCTs von Sloane et al. (1975, 1981), Pierloot und Vinck (1978) und Snyder und Wills (1989) erwies sich psychoanalytische Therapie als ebenso wirksam wie CBT. Im 4-Jahres Follow-up der Studie von Snyder und Wills war psychoanalytische Therapie der CBT überlegen: Signifikant weniger Paare hatten sich getrennt (Wills, Snyder und Fletcher-Grady 1991). In einem weiteren RCT zeigten Guthrie et al. (1999), daß psychoanalytische Therapie bei Patienten, die in hohem Maße psychiatrische Versorgungsdienste in Anspruch nahmen ("high utilizers of psychiatric services"), einer Kontroll-Behandlung (TAU) signifikant überlegen war bezüglich einer Reduzierung der psychische Belastung und einer Besserung des sozialen Funktionierens. Dieses Ergebnis hat auch Bedeutung im Hinblick auf die Reduzierung von Krankheitskosten im Gesundheitssystem durch psychoanalytische Therapie. In dem RCT von Brill, Koegler, Epstein und Forgy (1964) war psychoanalytische Therapie einer medikamentösen Behandlung, einer Placebo-Bedingung und einer Wartekontrollgruppe signifikant überlegen. In der Studie von Dührssen und Jorswieck (1965) wies eine Zufallsstichprobe von Patienten, die mit analytischer Therapie behandelt worden sind, einen signifikanten Rückgang der Krankenhaustage im Vergleich zu einer Zufallsstichprobe unbehandelter Patienten auf. Die Anzahl der Krankenhaustage fiel bei den analytisch behandelten Patienten sogar unter das Niveau der allgemeinen Population der Versicherten.

In den Untersuchungen von Sifneos (Sifneos et al. 1980; Sifneos 1990) und Holm-Hadulla et al. (1997) war psychoanalytische Therapie einer Wartelisten-Bedingung signifikant überlegen. In den Studien von Rudolf et al. (1994) und Sandell et al. (1999, 2001) erzielte psychoanalytische Langzeittherapie größere Effekte als kürzere Therapie.

Anmerkung: Sandell et al. (1999, 2001) haben versucht, die Patienten zufällig auf die verschiedenen Therapierichtungen zuzuweisen. Nach einer gewissen Zeit erwies sich dies als undurchführbar, weil die Patienten sich weigerten, zufällig einer Behandlung zugewiesen zu werden. Hier zeigt sich, daß die Randomisierung für Langzeittherapien nicht angemessen ist.

Weitere naturalistische Studien zur psychoanalytischen Therapie mit gemischten Stichproben haben Keller et al. (1997), v. Rad, Senf und Bräutigam (1998), Leuzinger-Bohleber et al. (2001, 2002), Luborsky et al. (2001), Heinzl, Breyer und Klein (1998), Hartmann und Zepf (2002), Brockmann, Schlüter, Brodbeck und Eckert (2002) und Leichsenring, Biskup, Kreische und Staats (2003) vorgelegt.

Kritisch muß angemerkt werden, daß von den angeführten 47 kontrollierten Studien nur zwei (4%) aus dem deutschsprachigen Raum stammen (Beutel et al., 2001; Deter et al., 1986). Hier besteht offensichtlich ein großer Forschungsbedarf.

7.2 Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Insgesamt liegen im Bereich der psychoanalytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen 15 kontrollierte Studien bzw. Studien mit Kontrollbedingungen gemäß den Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien und 6 umfangreiche Katamnesen vor. Zusätzlich befinden sich einige Studien noch in der Pilot-Phase, so vor allem die erste RCT-Studie in diesem Bereich von Target, March et al. (2002). Vor allem die Studien mit einem breiten Störungsspektrum (Winkelmann/Geiser-Elze et. a. 2003; Fahrig et. al.1996) und die naturalistischen Studien (Fonagy/Target 1995, Lush et. al.1991)belegen die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie im klinischen Feld.

7.2.1. Affektive Störungen (F30-F39) und Belastungsstörungen (F43)

Diesem Anwendungsbereich sind die Studien über Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Therapien zuzuordnen. Als Regulationsstörungen sind sie im ICD-10 nicht einheitlich erfasst. Die Komplexität des Störungsspektrums rechtfertigt es nicht, sie nur dem Bereich F98.2 zuzuordnen, da dieser nur die Fütterstörung benennt. Die Belastung durch eine schwierige Geburt und die Anpassung an die postpartale Situation erlaubt die Zuordnung zu diesem Bereich, so wie der ICD-10 die erste Kodierung für eine spezifische psychische Störung im Wochenbett meist dem Abschnitt F30-F39 entnommen haben will. Klinisch ist hervorzuheben, daß die postpartale Störung meist bald abklingt, während sich die Schrei-, Fütter-, Schlaf- und Trennungsprobleme beim Säugling und Kleinkind bis ins zweite Lebensjahr hineinziehen. Es besteht hier der Sonderfall, daß die psychische Störung sich durch pathogene Interaktion auf zwei Personen erstreckt.

Dazu liegen zwei kontrollierte Studien vor (Robert-Tissot et. al.1996, Cohen et.al 1999), die die Wirksamkeit analytischer Therapie belegen. Bei der Robert-Tissot-Studie (n = 75 Mutter Kind-Paare, vom Pädiater überwiesen)erfolgte eine randomisierte Zuweisung auf die psychoanalytisch und die interaktionszentriert behandelten Vergleichsgruppen. Der psychoanalytische Bezug bei der Behandlung der Mütter im Beisein ihrer Säuglinge war der Bezug zur Vergangenheit der Mutter und ihrer Projektionen. Die andere Behandlungsform fokussierte auf die Interaktionsdynamik. Als Ergebnis ist die Tendenz zu Werten von einer klinisch nicht auffälligen Stichprobe festzuhalten. Zwar kommen beide Methoden zu ähnlich guten Ergebnissen, aber die Sensitivität der Mütter wuchs bei der interaktionszentrierten Fokussierung lediglich beim Umgang mit Spielgegenständen. Dagegen erhöhte sich beim psychoanalytischen Vorgehen vor allem die Selbstwertschätzung der Mutter.

Die Studie von Cohen et. al. (n = 67) vergleicht eine psychodynamische Therapieform mit einer sehr affektnah am Erleben der Mutter orientierten Vorgehensweise bei gleichzeitig weitgehend abstinenter Therapeutenhaltung (Wait, Watch and Wonder-Methode (WWW)). Beide Vergleichsgruppen waren erfolgreich bei der langfristigen Symptomreduzierung, der Verminderung des mütterlichen Stresses und bei der Reduzierung des intrusiven mütterlichen Verhaltens. Die Erfolge der WWW-Methode waren unmittelbar nach Therapieende nachzuweisen, die psychodynamische Methode erreichte ähnlich stabile Werte nach sechs Monaten. Beide Studien stellen einen differenzierten Wirksamkeitsnachweis in einem noch jungen Forschungsbereich dar.

Affektive Störungen insbesondere depressive Störungen sind in mehreren Studien zu einem nicht geringen Teil Bestandteil der Hauptdiagnosen. Die Studie Winkelmann, Geiser-Elze et.al. (2003) weist 18,2% F3 und 4,2% F43 Diagnosen aus, die Studie Winkelmann, Hartmann et. al. (2000) 12% neurotische (und somatoforme) Störungen, ebenso Fahrig et.al. (1996), die auch 12% Anpassungsstörungen aufführen. Auch die prospektive Studie von Target, March et al. (2002) weist komplexe emotionale Störungen mit Depressionssymptomen auf. Alle diese Studien weisen auf die hohe Komorbidität mit anderen Erkrankungen hin. Fonagy/Target (1995) weisen bezüglich depressiver Störungen daraufhin, daß wenn Kinder eine schwere und umfassende Symptomatologie zeigen, sie gut auf hochfrequente, weniger auf niederfrequente Behandlung ansprechen. Diese Studien stellen aber sämtlich diagnostisch gemischte Stichproben dar.

Die Studie mit der größten Teilstichprobe an F3 Diagnosen ist die Studie Baruch/Fearon (2002). Bei 52,7% an depressiven Störungen aus n = 151 ergibt dies ca. 72 Patienten. Unter Verwendung validierter und reliabler Meßinstrumente nimmt die Studie eine outcome-Messung auf drei Ebenen vor. In allen drei Bereichen ergeben sich signifikante Veränderungen bei internalen und externalen Maßen. Ein Großteil der klinisch als krank bewerteten Probanden kommt bei einem cut-off-Wert (nach Achenbach) zu nicht-klinischen Werten. Damit belegt diese Studie die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei affektiven Störungen, was die anderen erwähnten Mischstudien ebenfalls belegen.

7.2.2. Angststörungen (F40-F42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93)

Diese Störungsbilder sind Gegenstand mehrerer Studien. Die Studie Fahrig et. al. (1996) nennt emotionale Störung des Kindesalters (24,8%) als am häufigsten gestellte Diagnose. Unter Hinzunahme der Klassifikation neurotische Störung (12%) ergibt dies, daß die Studie zu einem Drittel zu den Diagnosen dieses Anwendungsbereiches zählt, was aus einer Stichprobe von n = 133 auf etwa n = 45 sich beläuft, so daß es berechtigt diese Studie unter

diesem Anwendungsbereich aufzuführen. Die Studie berichtet von einer großen Symptomreduktion (um 91,7%), Verbesserungen in den Manifestationen der psychischen Konflikte und erreicht Effektstärken zwischen 0.58 und 1.74. Bezüglich des BSS-K-Gesamtwertes erreichen 75,9% das Kriterium "nicht mehr klinisch krank". Unter Berücksichtigung aller Erfolgsmaße kann in 90% aller Behandlungsfälle von einer erfolgreichen Psychotherapie ausgegangen werden, was insgesamt einer guten Wirksamkeit entspricht.

Die Studie Winkelmann, Geiser -Elze et. al. (2003) weist 33,8 % Anteil an F40-F42 und F93 Diagnosen (n = 24) aus. Damit enthält sie zu einem Drittel Angst- und emotionale Störungen. Die Studie stellt ein kombiniertes Studiendesign mit einem Wartekontrollgruppendesign und einem prospektiven Mehrebenen-Mehrperspektiven-Untersuchungsansatz dar. Die Studie kommt zu der Aussage, daß bei KZT (25 Std.) bei 23,9% der Kinder eine Verbesserung im BSS-K Gesamtwert gefunden werden konnte, aber auf Grund der Komorbidität und des Störungsschweregrades die übrigen Kinder einer LZT bedurften. Nach einem Jahr erreichen 45,5% der Kinder bereits vergleichbare Werte wie gesunde Kinder. Diese Studie zeichnet sich vor allem dadurch aus, daß viele psychometrische Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente durchgeführt wurden.

Ausschließlich die Diagnose "Emotionale Störung des Kindesalter" enthält die Studie Smyrnios/Kirkby (1993). Hier wird im Vergleich dreier Testgruppen ("randomly assigned") (LZT, KZT und geringfügige Behandlung) die Aussage gemacht, daß vier Jahre nach Therapieende kein Unterschied mehr zwischen mit KZT- und LZT- behandelten Kindern auszumachen ist, die Behandlungstabilität aber weiterhin besteht. Diese Aussage verwundert nicht, da insgesamt bei Kinderpsychotherapie der Entwicklungsfaktor immer mit zu berücksichtigen ist. Außerdem ist darauf aufmerksam zu machen, daß sich Kinder nach 4 Jahren immer in einer anderen Entwicklungsphase befinden. Die Studie belegt die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie mit zahlreichen validierten und reliablen Messinstrumenten.

Die Studie Muratori et.al. (2002) weist ausschließlich bei emotionalen Störungen mit Experimental- und Kontrollgruppe die Wirksamkeit einer psychoanalytischen Kurzzeittherapie nach, indem signifikante Verbesserungen in Symptomatologie und Gesamtbefinden genannt werden. Auch hier hängt die Länge und Intensität der Behandlung vom Fehlen komorbider Einflüsse ab.

Die Studie Szapocznik (1989) enthält auch 30% an Angststörungen. Da die übrigen Diagnosen aber Verhaltensstörungen ausweisen, wird diese Studie insgesamt aber den Verhaltensstörungen zugewiesen. Hier wird sie nur als ein Beleg für die Häufigkeit der Behandlung von Angststörungen durch analytische Therapie erwähnt. Schließlich belegt die

große retrospektive Studie von Fonagy/Target (1995) bei emotionalen Störungen (n= 352), daß 58% der Patienten in die normale Streubreite zurückkehrten und 72% eine reliable Verbesserung im allgemeinen Funktionsniveau aufwiesen.

7.2.3. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F44-F45) und andere neurotische Störungen (F48)

Die Heidelberger Studien Winkelmann, Geiser-Elze et. al. (2003), Fahrige et.al. (1996) und Winkelmann/Hartmann et al. (2000) weisen zu einem geringen Prozentsatz (unter 10 %) dieses Störungsbild aus. Auch die Studie Baruch/Fearon (2002) enthält somatoforme Störungsdiagnosen. Es liegt keine störungsspezifische Studie zu diesem Anwendungsbereich vor.

7.2.4. Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)

Auch bei diesem Anwendungsbereich enthalten die Heidelberger Studien Angaben zu kleineren Diagnosegruppen: Winkelmann, Geiser-Elze et. al. (2003) führen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mit insgesamt 7,0% auf, Fahrige et. al. (1996) Eßstörungen mit 9% und ebenso Winkelmann/Hartmann (2000). Es liegen keine Studien zu Eßstörungen vor.

Die kontrollierte Studie von Moran, Fonagy et.al (1991) bei Diabetes mellitus ist diesem Anwendungsbereich zuzuordnen, auch wenn Diabetes mellitus im ICD-10 nicht erwähnt ist. Da im Kommentar unter Beispiele auch andere psychosomatische Erkrankungen genannt werden und es in F 54 sich um psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (unter Kapitel E) handelt, ist die Einordnung hier vorzunehmen.

Die Studie belegt, daß der HbA1c Diabeteswert durch hochfrequente psychoanalytische Therapie (3-4 Sitzungen pro Woche) im Kurzzeittherapieverfahren im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe signifikant gebessert werden konnte. Die Studie lässt offen, ob es sich hier um ein verbessertes Copingverhalten handelt oder um tiefergehende Veränderungen, die Einfluß auf die Krankheitsätiologie haben.

7.2.5 Verhaltensstörungen (F90-F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95)

Die Studien Szapocznik et al. (1989) und Lush et al. (1991) sind zwei kontrollierte Studien, die die Wirksamkeit von analytischer Therapie bei diesen Störungsbildern belegen. Die

Szapocznik-Studie (von n = 69 ungefähr 35 mit Verhaltensstörungen) stellt im Vergleich einer nicht-therapeutischen Spielgruppe mit einer Familientherapie-Gruppe und einer psychodynamischen Kinderpsychotherapie-Gruppe fest, daß sich bei einer mittleren Behandlungsdauer von 18 Monaten der Gesamtscore von Persönlichkeitsmerkmalen bei der psychodynamisch behandelten Gruppe als überlegen zeigt. Der unbehandelten Kontrollgruppe gegenüber wies die analytische Therapiegruppe signifikante Verbesserungen auf. Dies ist umso erwähnenswerter, als es sich hier um signifikante Verbesserungen bei einer Minoritäts- und Außenseiterpopulation handelt (hispanic boys in Florida).

Die Studie Lush et. al. stellt die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern mit starker emotionaler Deprivation heraus. Es wurden fremdplazierte Pflege- und Adoptionskinder mit den Diagnosen reaktive Bindungsstörungen des Kindesalters (F94.1) und Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) behandelt. Die Auswertung resümiert, daß neben Verbesserungen in der Beziehungsfähigkeit, beim Lernen und bei der Selbsteinschätzung auch Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur erreicht werden konnten, was die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei dieser früh und basal gestörten Patientengruppe besonders hervorhebt.

Fonagy/Target (1995) weisen in ihrer Stichprobe 135 Kinder mit expansiven Störungen aus. Zwar werden auch hier Verbesserungen erreicht, aber gegenüber den Verbesserungen bei emotionalen Störungen bleiben expansive Störungen (Codierung nach DSM-III-R) im Ausmaß der Verbesserung zurück, was insgesamt auf die Störungsschwere dieses Krankheitsbildes zurückgeführt wird.

Die Heidelberger Studien umfassen ebenfalls Verhaltensstörungen: Winkelmann, Geiser-Elze et al. (2003): 22,5%, n = 16, Enuresis und Bindungsstörungen 7%; Winkelmann, Hartmann et al. (2000) und Fahrig et.al.(1996) jeweils 23,3%). Schließlich weisen auch die gruppentherapeutischen Studien Lehmkuhl/Lehmkuhl (1992) und Lehmkuhl et. al. (1982) in einem geringen Maße expansive Verhaltensstörungen auf. Da in all diesen Studien Gesamtverbesserungen berichtet werden, trifft dies prozentual auch für die Verhaltensstörungen zu.

7.2.6. Autistische Störungen (F84)

Es liegen mit den Arbeiten von Alvarez (2001), Ogden (1989) und Tustin (1972, 1986) zahlreiche Fallberichte über die psychoanalytischen Behandlung von Autismus vor. Sie stellen keine Wirksamkeitsnachweise dar. Beim Autismus als einer tiefgehenden Entwicklungsstörung können auf Grund der Schwere der Störung ohnehin nur langzeitthe-

rapeutische Konzepte Erfolg haben, weshalb aus ethischen Gründen nur verschiedene langzeittherapeutische Konzepte als Kontrollgruppen miteinander verglichen werden können.

7.2.7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68-F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64-F66, Abhängigkeit und Missbrauch (F1,F55) Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20-29)

Die noch nicht veröffentlichte Arbeit von Fonagy/Gerber et al. (Ergebnisse nach Fonagy 2002 gesichtet) enthält sowohl Achse II Diagnosen mit narzisstischen Störungen und Borderline-Störungen als auch 20% stationär psychiatrisch behandelte Patienten (Selbstverletzer). So ist diese Studie diesem Anwendungsbereich zuzuordnen. Mit einem umfangreichen Meßinstrumentar (SCL-90, Beck depression inventory etc.) und hoch- und niederfrequenten Vergleichsgruppen belegt die Studie, daß die hochfrequente Behandlungsgruppe beim Erreichen klinisch signifikanter Veränderungen und bei den Symptomverbesserungen der niederfrequenten überlegen ist.

Ebenso enthalten die Gruppentherapiestudien Lehmkuhl/Lehmkuhl (1992) und Lehmkuhl et al. (1982) Hinweise auf Symptomreduktion und klinische Verbesserungen bei dieser Störungsgruppe.

7.2.8. Intelligenzminderung (F7), hirnorganische Störungen F0) und Entwicklungsstörungen (F80-F83 sowie F88 und F89)

Hier liegt eine kontrollierte Studie vor. Heinicke/Ramsey-Klee (1986) untersuchten und behandelten Kinder mit Lernschwierigkeiten, Leseschwächen mit hyperaktiver und überängstlicher Komorbidität (nach DSM III diagnostiziert), die den ICD-10 Diagnosen der Gruppe F81 entsprechen würde. Im Vergleich dreier Frequenzgruppen kommt die Studie zu dem Ergebnis, daß die Erfolge signifikant größer und dauerhafter waren in hoch frequent behandelten Gruppen. Dies gilt in einem breiten Spektrum für die Erhöhung des Selbstwertgefühls, der Frustrationstoleranz, der Anpassungsfähigkeit, der Arbeits- und beziehungsfähigkeit. Nach einem Katamneseintervall werden die stabilen Werte nur bei der Gruppe der hochfrequent behandelten Patienten festgestellt.

Als zum Teil ältere methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien mit mehreren klar definierten Störungsgruppen, die nicht bei den einzelnen Anwendungsbereichen aufgeführt sind bzw. dort nicht Anrechnung finden können, sind die Studien Dührssen (1964), Petri/Thieme (1978), Waldron et al. (1975), Lehmkuhl et al. (1982), Lehmkuhl/Lehmkuhl (1992), Fonagy/Target 1995.

7.3 Übersicht über Studien und Katamnesen im Bereich der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Kontrollierte Studien (mit Kontrollgruppen oder Kontrollbedingungen)

7.3.1 Moran, G.S., Fonagy, P., Kurtz, A.M. und Brook, C. (1991). A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes.

Stichprobe: 22 Kinder und Jugendliche; *Diagnosen:* Diabetes mellitus; *Meßinstrumente:* Kontrolle des Diabeteswerts HbA1c; *Kontrollgruppe:* psychotherapeutisch unbehandelte Kontrollgruppe mit Diabetes; *Behandlung:* Psychoanalytische Therapie mit 3-4 Sitzungen pro Woche, vorwiegend als Kurzzeittherapieverfahren.

Ergebnisse: Im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe hatten sich signifikante Verbesserungen in der psychoanalytisch behandelten Gruppe bezüglich der Blutzuckerwerte gezeigt.

7.3.2 Heinicke, C.M. und Ramsey-Klee, D.M. (1986). Outcome of child psycho-therapy as a function of frequency of sessions.

Stichproben: Kinder in der Latenz (zwischen 7 und 10 Jahren), n = 12; *Diagnosen:* Lernschwierigkeiten, Leseschwächen, teilweise hyperaktiv und alle überängstlich (nach DSM III); *Meßinstrumente:* Diagnostic Profile nach A. Freud, Reliabilitätsüberprüfung der Ratings Wide Range Achievement Test (WRAT, validiert); *Kontrollgruppe:* Hochfrequente (4 Wochenstunden), Niederfrequente (1 Wochenstunde) und Frequenzwechsel-Gruppe (von 1 zu 4 Std.); *Behandlung:* Psychoanalytische Behandlung von ca. 2 Jahren.

Ergebnis: Alle Behandlungen führten zur Erhöhung der Selbstwertschätzung, der Frustrationstoleranz, der Anpassungsfähigkeit, der Arbeitsfähigkeit und zu gesteigerter Beziehungsfähigkeit. Die Erfolge waren jedoch signifikant größer und dauerhafter in den Gruppen, die über ein Jahr viermal die Woche behandelt wurden.

Nach dem Katamneseintervall waren die Werte nur bei der hochfrequent behandelten Gruppe stabil.

7.3.3 Szapocznik, R., Murray, S., Rivas-Vasquez, Hervis, Posada und Kurtines (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys.

Stichprobe: N = 69, Jungen im Alter von 6-12 Jahren; *Diagnosen:* Klin. relevante Störungen, DSM III-Diagnosen: 48% Verhaltensstörungen, 30% Angststörungen, 12% Anpassungsstörungen und 10% andere Störungen; *Meßinstrumente:* Es wurden 27 auf klinische Symptomatik, Persönlichkeitseigenschaften und Familienmerkmale bezogene Vergleiche zwischen den drei Gruppen durchgeführt, Follow-up-Studie; *Kontrollgruppe:* 1. Nicht-therapeutische Spielgruppe (n = 17 bzw. 14 in Follow-up-Studie), 2. Vergleichgruppe behandelt mit struktureller Familientherapie (n = 26 bzw. 23 in Follow-up-Studie), 3. Psychodynamische Behandlungsgruppe (n = 26 bzw. 21); *Behandlung:* Psychodynamische Kinderpsychotherapie mit einer Sitzung pro Woche und einer mittleren Behandlungsdauer von 18 Monaten.

Ergebnis: Bei dem Gesamtscore der Testbatterie zur Feststellung von Persönlichkeitsmerkmalen erwies sich die psychodynamisch behandelte Gruppe als überlegen, aber sie war beim Punkt "innerfamiliäre Struktur" der Familientherapiegruppe gegenüber unterlegen. Der Kontrollgruppe der nichtbehandelten Kinder gegenüber wies die analytische Therapiegruppe signifikante Verbesserungen auf.

7.3.4 Lush, D., Boston, M. und Grainger, E. (1991). Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: Therapists' assessments and predictions.

Stichprobe: Aus 203 Pflege- und Adoptionskindern wurden 51 zur PT empfohlen, n = 38 begannen die PT (im Alter von 2-18 Jahren), n = 35 blieben in der Stichprobe, fremdplazierte Pflege- und Adoptionskinder; *Diagnosen:* "severely deprived children", reaktive Bindungsstörungen des Kindesalters und Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.1 und F 94.2); *Meßinstrumente:* Rating Scales, independent clinical ratings, Überprüfung der Validität, semi-structured questionnaire; *Kontrollgruppe:* Kontrollgruppe von 13 Kindern, die keine Therapie begonnen hatten, Vergleich behandelt/unbehandelt; *Behandlung:* psychoanalytische Psychotherapie.

Ergebnis: Therapeuten und unabhängige Kliniker berichten, daß sich die behandelten Kinder verbesserten. ("to make an good use of psychoanalytic psychotherapy"). Verbesserungen in ihrer Beziehungsfähigkeit mit Erwachsenen, in der peer-group, beim Lernen und bei der Selbsteinschätzung.

Die Auswertung belegt, daß bei diesen besonders schwierig zu erreichenden Kinder sogar Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur erreicht werden konnten.

7.3.5 Fonagy, P., Gerber, A., Higgitt, A. und Bateman, A. (2002). The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults

Stichprobe: 30 junge Erwachsene (18 - 24 Jahre), 20% waren bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen; *Diagnosen:* Achse II Diagnosen mit narzißtischen Störungen und Borderline-Störungen und Achse I Diagnosen mit affektiven Störungen, signifikant hohe Zahl an Selbstverletzungen; *Meßinstrumente:* SCL-90, Beck Depression Inventory, Spielberger State and Trait Anxiety Inventory, Social Adjustment Scale, National Adult Reading Test, Eysenck Personality Questionnaire, Adult Attachment Interview, SADS-L und SCID II. (500 item checklist of a weekly rating scale); *Kontrollgruppe:* Vergleich zwischen nieder- und hochfrequenten Behandlungsgruppen; *Behandlung:* Psychoanalytische hoch- und niederfrequente Psychotherapie bei im Durchschnitt 3,5 Jahren Dauer.

Ergebnis: Die Studie belegt, daß die hochfrequente Behandlungsgruppe beim Erreichen klinisch signifikanter Symptomveränderungen überlegen ist.

7.3.6 Fahrig, H., Kronmüller, K.-H., Hartmann, M. und Rudolf, G. (1996). Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.

Stichprobe: N = 133 Kinder im Alter von unter 5 - 14 Jahren aus einer Stichprobe von 519 Kindern; *Diagnosen:* Nach MAS und ICD-10 diagnostiziert, Hauptdiagnosen dieser naturalistischen Studie waren Emotionale Störung des Kindesalters (24,8%), Störung des Sozialverhaltens (23,8%), Enuresis (17,3%), Anpassungsstörungen (12,0%) und Entwicklungsstörungen (12%), neurotische und somatoforme Störungen (12%), Eßstörungen (9,%) und Enkopresis (6,8%). Bei 41 % lag Komorbidität von zwei und bei 10,5% von drei Störungen vor; *Meßinstrumente:* BSS-K; *Kontrollgruppe:* Vergleichsstichprobe 67 gesunde Kinder, die vorgestellt wurden, bei denen keine Diagnose im Sinne des ICD 10 vorlag. Aus dieser Stichprobe wurden die Vergleichswerte für den BSS-K bestimmt; *Behandlung:* Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungsstunden betrug 66.

Ergebnisse: Symptomreduktion um 91,7 %, Verbesserungen in den Manifestationsbereichen der psychischen Konflikte um 94,7 %, Verbesserung der intrapsychischen Konflikte um 89,1%, Verbesserung der in den Elterngesprächen bearbeiteten Konflikte um 84,8%, Effektstärken zwischen 0.58 und 1.74, für den BSS-K-Gesamtwert erreichten 75,9% das Kriterium der klinischen Signifikanz und damit Werte von "Nicht-Fällen". Unter Berücksichtigung aller Erfolgsmaße kann bei 90% aller Behandlungsfälle von einer erfolgreichen Psychotherapie ausgegangen werden.

7.3.7 Winkelmann, K., Geiser-Elze, A., Hartmann, M., Horn, H., Schenkenbach, C., Victor, A.D., Kronmüller, K.-T. (2003), *Heidelberger Studie zur analytischen Langzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*

Stichprobe: N= 71 Behandlungsfälle; *Diagnosen:* Häufigste Diagnosen sind emotionale Störung des Kindesalters F 93.0 und Störung des Sozialverhaltens F 92.0 (jeweils 10,1 %). Die zweithäufigste Diagnose war die Emotionale Störung des Kindesalters mit Geschwisterrivalität F 93.3 (8,7%). Insgesamt wurden emotionale Störungen des Kindesalters mit zusätzlichen Problematiken als Hauptdiagnosen gestellt (26%). Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9) machten insgesamt 60,5% der behandelten Fälle aus. Affektive Störungen (F 3) bildeten 20,2% der Fälle, gefolgt von F 4-Diagnosen (Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (11,3%); *Meßinstrumente:* Test of Self Conscious Affects (Tosca), Psychischer und Sozialkommunikativer Befund (PSKB-KJ) für Kinder und Jugendliche, Fragebogen zur therapeutischen Beziehung (FTB-KJ), Fokusbearbeitungsskala (FBS-KJ), Skalen zum therapeutischen Prozeß (STP-KJ), BSSK; *Kontrollgruppe:* Kombiniertes Studiendesign mit einem Wartegruppenkontrolldesign und einem prospektiven Mehrebenen-Mehrperspektiven-Untersuchungsansatz; *Behandlung:* Psychoanalytische Kurz- und Langzeittherapie, 25- über 100 Stunden unter Verwendung eines Therapieleitfadens.

Ergebnisse: Durch Kurzbehandlungen ist keine Veränderung in den ich-strukturellen Merkmalen wie Bindungsstil, Ich-Stärke und Abwehrstruktur zu erzielen. Die mittlere Beeinträchtigungsschwere konnte nach 6 Monaten Behandlung im Mittel um 2 Punkte gesenkt werden, aber erreicht noch nicht den cut-off-Wert von gesunden Kindern und Jugendlichen, auch für die Symptomreduktion ist längere Behandlung nötig. Nach einem Jahr Therapie erreichen 45,5% vergleichbare Werte wie gesunde Kinder (reliable und valide Reduktion).

7.3.8 Target, M., March, J., Ensik, K., Fabricius, J. und Fonagy, P. (2002). Prospective Study of the outcome of child psychoanalysis and psychotherapy (AFC5).

Diese Studie befindet sich noch in der Pilotphase. Mit ihrem Abschluß ist in fünf Jahren zu rechnen

Stichprobe: 160 Kinder im Alter von 6-12 Jahren; *Diagnosen:* Starke und komplexe emotionale Störungen mit Angst- und Depressionssymptomen; *Meßinstrumente:* Anwendung der üblichen Messinstrumente je Therapiemethode und Neuentwicklung spezifischer Instrumente zur Messung des Entwicklungserfolgs bei Kindern. Messung auf fünf Ebenen

(Symptom/Diagnose, Psychosoziale Anpassung, kognitive und emotionale Fähigkeiten, Beziehungsfähigkeit und Nutzungsmöglichkeiten der Therapie); *Kontrollgruppe*: Prospektive randomisierte Studie mit den drei Vergleichsgruppen Psychoanalyse (hoch/niederfrequent), Kognitive Verhaltenstherapie und übliche kinderpsychiatrische Behandlungsweisen (TAU); *Behandlung*: Psychoanalyse im Vergleich mit wöchentlicher Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, manualisierte Behandlungen.

Ergebnisse: noch in Pilotphase.

7.3.9 Smyrnios, K.S. und Kirkby, R.-J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents.

Stichprobe: N = 30 Kinder; *Diagnosen*: Emotionale Störungen des Kindesalters; *Meßinstrumente*: Goal Attainment Scale (validiert und reliabel), Target Complaints Scales (recommended by Kazdin, reliabel), Van der Veen Family Concept Inventory (validiert und reliabel), Bristol Social Adjustment Guides (validiert und reliabel); *Kontrollgruppe*: Vergleich von LZT und KZT und mit einer Kontrollgruppe geringfügig behandelter. "Randomly assigned" zu den drei Gruppen; *Behandlung*: Psychodynamisch orientierte Psychotherapie.

Ergebnisse: Vier Jahre nach Therapieende bestand kein Unterschied mehr zwischen KZT- und LZT behandelten Kindern, LZT verspricht nicht notwendig effektiver zu sein.

7.3.10 Lehmkuhl, G., Schieber, P.M. und Schmidt, G. (1982). Stationäre Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen im Spiegel von Selbst- und Fremdbeurteilung und Behandlungserfolg.

Stichprobe: N = 10, Jugendliche; *Diagnosen*: Neurotische und expansive Störungen, Postpsychotischer Status; *Meßinstrumente*: PSKB nach Rudolf; *Kontrollbedingung*: Prä-Post-Messung nach PSKB; *Behandlung*: analytische Gruppenpsychotherapie im wöchentlichen Frequenzsetting über einen Zeitraum von 12 Wochen.

Ergebnisse: In neun klinischen Auffälligkeitsbereichen reduzieren sich die Auffälligkeiten etwa um die Hälfte (z.B. Symptom-, Bindungs- und Kontaktebenen).

7.3.11 Lehmkuhl, G. und Lehmkuhl, U. (1992). Gibt es spezifische Effekte der stationären Gruppentherapie mit Jugendlichen?

Stichprobe: Jugendliche, N = 30; *Diagnosen*: Neurotische Erkrankungen (n = 18), Psychosen (n = 5) und expansive Störungen (n = 7); *Meßinstrumente*: Der psychische und

sozialkommunikative Befund (PSKB nach Rudolf) als Instrument zur standardisierten Erfassung neurotischer Befunde, durchgeführt von 2 unabhängigen Ratern, 13-Item-Fragebogen nach Speierer, Einschätzung des Behandlungserfolges durch modifizierte Fassung von Malan-Werten durch unabhängige Rater; *Kontrollgruppe*: Vergleichsgruppen: Videogruppe, Ein- und zweistündige Gesprächsgruppen (pro Woche); *Behandlung*: Analytische Gruppenpsychotherapie in drei unterschiedlichen Gruppensettings über einen Zeitraum von 9 Wochen.

Ergebnisse: Rasche initiale Verbesserung der Symptomatik. Die Gruppe mit den häufigeren Terminen wird als hilfreicher erlebt.

7.3.12 Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Berney, C., Meniguren G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases.

Stichprobe: 75 Mutter-Kind - Paare (ca.60% vom Pädater überwiesen), Kinder höchstens 30 Monate alt; *Diagnosen*: Regulationsstörungen (Schlaf-, Verhaltens- und Eßstörungen), Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion; *Meßinstrumente*: Beck Depressions- Inventar für Mütter, Symptom-Check-List (Körperfunktionen, Verhaltensstörungen, Angst und Trennungsprobleme), R-Interview für mütterliche Repräsentationen, videographierte Mutter-Baby-Interaktionen, KIA/KIDIES Profile; *Kontrollgruppe*: Randomisierte Zuweisung auf zwei behandelte Gruppen mit psychodynamischer Mutter-Kind-Psychotherapie (PD), von Psychoanalytikern durchgeführt und eine Interaktionszentrierte Psychotherapie von Psychologen und Gesprächstherapeuten (IG), durchgeführt ohne Bezug zur Vergangenheit der Mutter und ihren Projektionen. Evaluation vor der Therapie, eine Woche nach Ende der Therapie und sechs Monate danach (Katamnese); *Behandlung*: Bis zu 10 Sitzungen psychoanalytisch orientierte Mutter-Kind-PT und interaktionszentrierte PT.

Ergebnisse: Tendenz zu den Werten einer nicht-klinisch auffälligen Stichprobe. Die Sensibilität der Mütter für die Signale ihres Kindes wuchs noch nach der Beendigung der Therapie. Die Sensitivität der Mutter wuchs bei der IG-Methode lediglich beim Umgang mit Spielgegenständen, ansonsten war die Selbstwertschätzung der Mutter nach der PD erhöht verbessert.

7.3.13 Cohen, N.J., Muir, E., Parker, C.J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R. und Barwick, M. (1999). Watch, wait and wonder. Testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy

Stichprobe: 10 - 30 Monate alte Säuglinge und Kleinkinder, n = 67; *Diagnosen:* frühkindliche Regulationsstörungen (Bindungsstörungen, Verhaltensstörungen, Schlaf- und Fütterstörungen, emotionale Störungen des Elternverhaltens und Entwicklungsstörungen); *Meßinstrumente:* Strange Situation nach Ainsworth, Chatoor Play Scale, Mental Scales of the Bayley Scales of Infant Development, Parenting Stress Index, Beck Depression Inventory (BDI), Working Alliance Inventory; *Kontrollgruppen:* Therapievergleich von "Watch, Wait and Wonder"-Therapieform mit psychodynamischen Psychotherapieverfahren; *Behandlung:* siehe Kontrollgruppen.

Ergebnisse: Beide Therapieverfahren waren gleich erfolgreich bei der langfristigen Symptomreduzierung, der Verminderung des mütterlichen Stresses und der Reduzierung des intrusiven mütterlichen Verhaltens. Die Erfolge der "WWW-Methode" waren unmittelbar nach Therapieende nachzuweisen, die PD-Methode erreichte ähnliche Werte erst sechs Monate nach Therapieende.

7.3.14 Baruch, Geoffrey, Fearon und Pasco (2002). The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow up based on self report data.

Stichprobe: n= 151 aus 720 Adoleszenten (12-18 Jahre alt) und jungen Erwachsenen; *Diagnosen:* Depressive Störungen (F 3) (52,7%), Neurotische, Anpassungs- und Somatoforme Störungen (F 4), (F 9.3) (20%), Persönlichkeitsstörungen F 6 (8%), Hyperkinetische und Verhaltensstörungen (F 9.0, F 9.2) (5,3%); *Meßinstrumente:* Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Severity of Psychosocial Stressors Scale of Children and Adolescents (SPS); *Kontrollbedingung:* Outcome wird auf drei Ebenen gemessen: 1. Veränderung in "mean scores", 2. Wechsel von klinisch zu nicht-klinisch, 3. statistisch reliable Veränderung des "level of adaption"; *Behandlung:* Psychodynamische Psychotherapie, durchgeführt von Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenen-psychoanalytikern.

Ergebnisse: In den outcome-Bereichen internaler und externaler Messungen wie in den Gesamtwerten ergeben sich signifikante Veränderungen zu allen drei Meßzeitpunkten. Effektstärken zwischen 0.27 bis zu 0.50 werden erreicht, ein Großteil der klinisch krank bewerteten kommt bei einem cut-off-Wert von 60 (nach Achenbach) zu nichtklinischen Werten.

7.3.15 Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A. und Patarnello, M.G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders.

Stichprobe: n = 30 (zwischen 6 und 10 Jahren); *Diagnosen*: emotional disorders nach F93 und F92, gestellt von Kinderpsychiatern; *Meßinstrumente*: Childrens Global Assessment Scale and Child Behavior Checklist; *Kontrollgruppen*: Experimental- und Kontrollgruppe (keine oder andere Behandlung) von je 15; *Behandlung*: Brief Psychodynamic Psychotherapy (BPP), in Anlehnung an Fraiberg, Luborsky und Malan.

Ergebnisse: Stärkere Verbesserung der Experimentalgruppe in zwei Outcome-Variablen; wobei nur der Mittelwert der Experimentalgruppe sich in den Normalbereich veränderte. Es kam zu signifikanten Verbesserungen in Symptomatologie und Gesamtbefinden. Der Erfolg hing eher vom Fehlen komorbider Elemente als von der Länge und Intensität der Behandlung ab.

Katamnesen

7.3.16 Dührssen, Annemarie (1964), Katamnestische Untersuchung bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie.

Stichprobe: Kleinkinder (14), Schulkinder (80) und Jugendliche (35), N= 129; *Diagnosen*: Sind über die Leitsymptomatik erfaßt: Leistungsstörungen, Stottern, Enuresis und Angstsymptomatiken sind die häufigsten Diagnosen; *Meßinstrumente*: Katamnesezeitraum 5 Jahre nach Abschluß, Fragebogenerhebung und Nachuntersuchungsgespräch mit Eltern, Kind oder Jugendlichen; *Behandlung*: Analytische Psychotherapie.

Ergebnisse: "...bei den vorliegenden Befunden handelt es sich nicht um das Resultat einer wissenschaftlichen Studie“. 53% erhielten das Resultat sehr gut bis befriedigend gebessert und 26 % das Ergebnis genügend gebessert.

7.3.17 Petri, H. und Thieme, E. (1978). Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes -und Jugendalter

Stichprobe: Kinder und Jugendliche der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik der FU Berlin, N = 78; *Diagnosen*: 43 werden als beginnende und 35 als ausgeprägte neurotische Fehlentwicklungen gewertet. Bei 32 finden sich folgende Zusatzdiagnosen: Verdacht auf frühkindliche Hirnschädigung, Pubertätskrise, Verkümmierungssyndrom, intellektuellen Rückstand, Legasthenie, Verwahrlosung, Drogenabusus, Grand Mal, psychosexuelle Identitäts- oder Entwicklungsstörungen; *Meßinstrumente*: Katamnesezeitraum bis zu fünf Jahren, mehrperspektivische Erfolgseinschätzung aus der Sicht der Patienten, Eltern und

Therapeuten; *Behandlungen*: Analytische Langzeittherapien, bei Jugendlichen unter 80 Stunden.

Ergebnisse: Die Zufriedenheitswerte lagen zwischen 57-66%. Die neurotischen Störungen zeigten mit 54% zufriedenere Beurteilungen gegenüber 36% bei komplizierteren und komorbiden Krankheitsbildern (z.B. Verwahrlosung).

7.3.18. Fonagy, P. und Target, M. (1995). Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. Prediktoren des Therapieerfolges in der Kinderanalyse: eine retrospektive Studie aufgrund 761 Fälle am Anna Freud Center.

Stichprobe: N = 763 (= 90% der am Anna Freud Center behandelten Kinder); *Diagnosen*: ICD-10 und DSM III-Diagnosen (retrospektiv, aber gute Reliabilitätsbeurteilungen durch externe Kinderpsychiater, die unabhängig voneinander die Diagnoseüberprüfung vornahmen; *Meßinstrumente*: Hamstead Psychoanalytic Index, Hamstead Child Adaption Measure (HCAM) mit hohen Reliabilitätswerten; *Behandlungen*: 76% bekamen eine intensive Behandlung (4-5 Std. pro Woche), 24% wurden mit 1 - 2 Stunden pro Woche behandelt.

Ergebnisse: Klinisch bedeutsame Verbesserungen wurden bei 62% der intensiv behandelten Kinder (Effektstärke von 1.00) und bei 49% der niederfrequent behandelten Kinder (Effektstärke = 0.64) festgestellt bei expansiven Störungen reduzierte sich das Störungsniveau durch LZT auf das Niveau der Verbesserung wie bei emotionalen Störungen. Bei emotionalen Störungen (größte Untergruppe mit N = 352) wechselten 58% in die normale Streubreite und 72% zeigten reliable Besserung im Funktionieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse nach Fonagy/Target:

1. Jüngere Kinder zeigen mehr Besserung in psychodynamischen Behandlungen und profitieren von 4-5 Sitzungen pro Woche.
2. Nicht generalisierte Angststörungen gehen mit einer guten Prognose einher, auch wenn die Erstdiagnose eine expansive Störung war.
3. Kinder mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen schneiden nicht gut ab (nur 28% Verbesserungen), auch nicht bei LZT.
4. Kinder mit emotionalen Störungen sprechen bei auch vorliegender Komorbidität auf LZT gut an, aber nicht bei Niederfrequenz-Behandlung.

„Unsere Daten legen nahe, daß bei einer genügend langen und intensiven Behandlung die meisten (aber nicht alle) kindlichen psychiatrischen Störungen mit dieser etwas erweiterten Anwendung der psychoanalytischen Technik (durch Entwicklungsförderung) sinnvoll behandelt werden können“ (181).

7.3.19 Target, M. und Fonagy, P. (1998). The long-term follow-up of child psychoanalysis.

Es handelt sich bei der Studie, die noch nicht abgeschlossen ist, um eine retrospektive Langzeitstudie mit der Frage, ob psychoanalytische Interventionen in der Kindheit einen Schutzfaktor darstellen.

Stichprobe: 200 Personen, die zur Hälfte Störungen im Alter von 10-11 Jahren aufwiesen und heute zwischen 24 und 35 Jahre alt; *Diagnosen:* Störungen in der Kindheit, auch psychiatrische Störungen; *Meßinstrumente:* 1. Tiefeninterviewes, basierend auf objektiven Messungen der Lebensereignisse, auf dem gegenwärtigen Persönlichkeitsfunktionsniveau sowie psychiatrischen und Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen, 2. Symptommeßskalen (SCL-90, SF-36, IQ und EPQ), 3. Psychodynamische Messung der Bindungsfähigkeit und der Objektbeziehungsrepräsentanzen; *Kontrollgruppe:* 1. Gruppe intensiv psychoanalytisch behandelter Personen, 2. Gruppe niederfrequent behandelter Personen (1 Stunde pro Woche), 3. Gruppe Geschwister der behandelten Personen, 4. Gruppe unbehandelter Personen mit Störungen in der Kindheit; *Behandlung:* hoch- und niederfrequente psychoanalytische Behandlung.

Ergebnis: Erfolgreich behandelte Kinder haben einen protektiven Faktor für ihr Erwachsenenleben erworben.

7.3.20 Winkelmann, K., Hartmann, M., Neumann, K., Hennch, C., Reck, C., Victor, D., Horn, H., Uebel, T. und Kronmüller, K.T. (2000). Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie - eine Fünf-Jahres-Katamnese

Stichprobe: N = 131; *Diagnosen:* Emotionale Störungen des Kindesalters (24,8%), Störungen des Sozialverhaltens (23,3%), Enuresis (17,3%), Anpassungsstörungen (12,0%), Entwicklungsstörungen (12%), Neurotische und somatoforme Störungen (12%), Eßstörungen (9%) und Enkopresis (6,8%) (nach ICD-10 und MAS); *Meßinstrumente:* BSS-K nach Schepank (1995), CBCL, Giessener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche; *Kontrollbedingung:* Prä-Post-Vergleiche; *Behandlung:* Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie.

Ergebnisse: Für alle BSS-K-Skalen und den Gesamtwert ergaben sich hochsignifikante Veränderungen zwischen Therapiebeginn und -ende. Nach Therapieende (41%) und zum Katamnesezeitpunkt (45%) in allen BSS-K Skalen unauffällig. Die Effektstärke sowie die Besserungsraten nach dem Kriterium der klinischen Signifikanz bleiben im Katamnesezeitraum mit 70-80% weitgehend stabil.

7.3.21 Waldron, S. et al. (1975). School phobia and other neurosis. Systematic study of the children and their families

Stichprobe: N = 42 aus N = 627, junge Erwachsene (17-22 Jahre), die damals unter 13 Jahren waren; *Diagnosen:* Neurosen und Schulphobie; *Meßinstrumente:* Health-Sickness Rating Scale (HSR) nach Luborsky, Current and Past Psychopathology Scales (CAPPS), semi-structured clinical interview with rating scales, interrater reliability; *Kontrollgruppe:* 42 frühere Patienten, behandelt mit short-term-therapy werden mit in Langzeitanalyse verbliebenen verglichen; *Behandlung:* Unspezifische KZT verglichen mit analytischer LZT.

Ergebnisse: Kein Patient der Kontrollgruppe war klinisch krank, während die früheren KZT-Patienten in einem weiten Spektrum als psychopathologisch einzuschätzen sind. Daraus folgt, daß diese Kinder einer effektiven Behandlung bedurften. Kein früherer Patient erhielt eine angemessene psychoanalytische Standardbehandlung.

Zuordnung der Studien zu den Anwendungsbereichen für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.

Die folgende Aufstellung versucht, die einzelnen Studien den jeweiligen Anwendungsbereichen zuzuordnen. Gemäß den Beiratsvorgaben kommen nur kontrollierte Studien oder Studien mit Kontrollbedingungen als Wirksamkeitsbeleg in Frage. Durch Katamnesen wird eine für das klinische Problem angemessene Stabilität des Behandlungserfolges nachgewiesen.

Um die wissenschaftliche Anerkennung für einen Anwendungsbereich zu bekommen, müssen, so die Vorlage, mindestens drei methodisch adäquate Studien vorliegen. Um als Gesamtverfahren anerkannt zu sein, sind mindestens neun Studien in den Anwendungsbereichen 1-5 notwendig, die Anwendungsbereiche 6-8 sind einzeln zu erbringen. Die Gesamtanerkennung wird auch ausgesprochen, wenn aus den Anwendungsbereichen 1 - 8 die jeweils erforderliche Mindeststudienanzahl aus vier Anwendungsbereichen kommt (12 Studien). Schließlich führt das Vorliegen von mindestens fünf allgemeinen (ohne Angabe eines spezifischen Störungsbereiches oder mit mehreren klar definierten Störungsgruppen) dazu, daß der Wirksamkeitsnachweis auch erbracht ist, wenn in einem Anwendungsbereich nur zwei Studien vorliegen

Wesentliche Anwendungsbereiche der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen gemäß Beschluß des Wissenschaftlichen Beirats

1. Affektive Störungen und Belastungsstörungen (F 30 – F 39 und F 43)

- 1 Die Säuglingsstudien, die sowohl mit affektiven Störungen bei den Müttern als auch mit Elementen einer posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörung einhergehen, sind unter diesen Anwendungsbereich einzuordnen. Mit den Studien von Robert-Tissot et al. (7.3.12) und mit der Studie Cohen et al. (7.3.13) liegen zwei Wirksamkeitsstudien vor.
- 2 Die Studie von Baruch und Fearon (7.3.14) enthält über 52.7% F 3 Diagnosen. Sie enthält outcome-Messungen nach validierten und reliablen Instrumenten in drei wichtigen Meßbereichen. Damit erfüllt die Studie die Mindestanforderung "Kontrollbedingung" durch die Prä-Post-Messung.
- 3 Die sich noch in der Pilot-Phase befindende prospektive Studie von Target et al. (7.3.9) könnte auf Grund der Depressionssymptomatiken hier eingeordnet werden.

Fazit: Es liegen **drei Studien** für diesen Bereich vor. Es ist zwar nicht günstig, daß in diesem Bereich vor allem Eltern-/Säuglings-Studien vorliegen, da der Beirat verlangt, daß sich die Studien “über verschiedene Altersstufen bis 18 Jahren erstrecken“ sollen, aber diese Anforderung gilt für die Gesamtbewertung, nicht für einen Anwendungsbereich.

2. Angststörungen und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 40 – F 42 und F 93)

- 1 Die Studie Fahrig et.al. (7.3.6) kann aufgrund der überwiegenden Symptomatik von emotionalen Störungen hier eingeordnet werden. Allerdings ist die Studie nicht durch eine Kontrollgruppe kontrolliert, sondern durch eine Vergleichsstichprobe. Dies stellt aber eine “Kontrollbedingung“ dar.
- 2 Die Studie Winkelmann et al. (7.3.8) kann aufgrund der überwiegenden Symptomatik von emotionalen Störungen hier eingeordnet werden. Auf Grund des kombinierten Designs von kontrolliertem Studienabschnitt und naturalistischem Design ist die Studie doppelt wichtig, denn der Beirat sagt: “Studien, die eine Übertragung der Wirksamkeitsnachweise auf die Versorgungspraxis erlauben, werden bei der Bewertung besonders gewichtet.“
- 3 Die Studie Smyrnios et al. (7.3.9) kann aufgrund der überwiegenden Symptomatik von emotionalen Störungen ebenfalls hier eingeordnet werden. Die eingesetzten Meßinstrumente sind validiert und reliabel. Die KZT-Behandlungen waren erfolgreicher als die Minimal-Contact-Behandlungen.
- 4 Die Studie Muratori et al. (7.3.15) ist wegen der ausschließlich F 92 und F 93 ICD-Diagnosen ebenfalls hier einzuordnen. Die Experimentalgruppe weist Verbesserungen in allen Funktionen nach.

Fazit: Für diesen Anwendungsbereich liegen **vier Wirksamkeitsnachweise** vor.

3. Dissoziative-, Konversions- und somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen (F 44 – F 45 und F 48)

In den Studien von Fahrig (7.3.6), Winkelmann, Geiser-Elze et al. (7.3.7) und Winkelmann, Hartmann (7.3.20) sind diese Diagnosen auch behandelt, aber in kleinerem Ausmaß. Die Studien sind bereits in anderen Anwendungsbereichen gezählt.

Fazit: Es liegen **keine Studien** für diesen Anwendungsbereich vor.

4. Eßstörungen und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F 50 - 52 und F 54)

- 1 Die Studie von Moran und Fonagy (7.3.1) ist wohl hier einzuordnen, denn Diabetes mellitus ist im ICD-10 nicht erwähnt. Da im Kommentar unter Beispiele auch andere psychosomatische Erkrankungen wie Asthma, Dermatitis, und Colitis genannt werden und es in F 54 um psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (unter Kapitel E) handelt, scheint dies die angemessene Rubrik zu sein.
- 2 Weitere Studien gibt es zu diesem Bereich nicht.

Fazit: Es liegt **eine** Studie vor.

5. Verhaltensstörungen (F 90 – F 92, F 94, F 98) und mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F 95)

- 1 Szapoznik et al. (7.3.3) läßt sich diesem Anwendungsbereich auf Grund der aggressiven Störungen des Sozialverhaltens zuordnen. Die Studie ist auch mit drei Vergleichsgruppen gut kontrolliert.
- 2 Lush et. al. (7.3.4) weist kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen als Diagnosen auf, vor allem aber reaktive Bindungsstörungen des Kindesalters (F 94.1) und Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.2), was bei Pflege- und Adoptionskindern erwartbare Störungen sind. Die Studie ist kontrolliert.
- 3 Die Lehmkuhl und Lehmkuhl (7.3.11) und Lehmkuhl, Schieber und Schmidt (7.3.10) - Studien sind wegen der ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens hier zu zählen.
- 4 Fonagy und Target (7.3.6) könnte hier eingeordnet werden, wenn unter “childhood disturbances“ auch Verhaltensstörungen gemeint sind. Diese Studie ist aber bisher nicht publiziert, sondern liegt nur als ein Kongresspaper vor.

Fazit: Es liegen **vier Studien** vor, davon zwei vom gleichen Autor.

6. Autistische Störungen (F 84)

Fazit: Es liegen keine Studien für diesen Anwendungsbereich vor.

7. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F 60, F 62, F 68 – F 69, Störungen der Impulskontrolle (F 63, Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F 64 – F 66), Abhängigkeit und Mißbrauch (F 1, F 55), Schizophrenie und wahnhafte Störungen (F 20 – F 29)

- 1 Die Studie Fonagy und Gerber et al. (7.3.5) kann auf Grund der Persönlichkeitsstörungen in diesen Anwendungsbereich eingeordnet werden. Sie ist aber noch nicht abgeschlossen und nicht publiziert.

Fazit: Es liegt mit Vorbehalt eine Studie vor.

8. Intelligenzminderung (F 7), hirnorganische Störungen (F 0) und Entwicklungsstörungen (F 80 – F 83 sowie F 88 und F 89)

- 1 Die Studie Heinicke und Ramsey ist auf Grund der Lern- und Lesestörungen hier einzuordnen. Es ist eine kontrollierte Studie.

Fazit: Es liegt **eine Studie** für diesen Bereich vor.

Darüber hinaus liegen mit den älteren und methodisch adäquaten Katamnesestudien mit mehreren klar definierten Störungsgruppen mindestens 5 weitere Studien vor, die zur Auffüllung eines Anwendungsbereiches dienen können.

Gesamturteil:

Es liegen insgesamt 15 kontrollierte Studien bzw. Studien mit Kontrollbedingungen und fünf umfangreiche Katamnesen mit insgesamt über 1000 Patienten vor. Wirksamkeitsnachweise sind für die Anwendungsbereiche 1, 2 und 5 erbracht. Bei Anwendungsbereich 1 befindet sich eine weitere Studie noch in der Pilotphase. In den übrigen Anwendungsbereichen liegt nicht die erforderliche Studienanzahl vor.

7.4 Anwendungsforschung

Unter 7.4 werden eine Gruppe naturalistischer Studien zusammengefaßt, die von Linden (1987) folgenderweise charakterisiert werden:

“Alle wissenschaftlichen Bemühungen, die darauf abzielen, die Kenntnis über ein bestimmtes Therapieverfahren unter den Bedingungen der Routineanwendung zu vermehren, können unter die Phase IV eingeordnet werden“ (Linden 1987, 22f.).

Phase IV-Forschung untersucht daher Effekte psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie unter den Bedingungen der Routineversorgung. Untersucht werden in der Regel Symptomatik, interpersonelle Probleme, Befindlichkeit, Lebensqualität, individuelle Probleme und Ziele bei Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern, wie sie für die Routinepraxis typisch sind. Für die Versorgungspraxis und das Gesundheitssystem insgesamt ist es von großer Bedeutung, wie wirksam psychotherapeutische Verfahren unter den Bedingungen sind, unter denen sie routinemäßig angewendet und von den Krankenkassen finanziert werden.

Rückblick

Nach einer frühen Studie (Coriat 1917) fand die erste umfassende psychoanalytische Katamnestik, von O. Fenichel (1930) am Berliner Psychoanalytischen Institut durchgeführt, den einer Pionierleistung gebührenden Widerhall. Weitere Nachuntersuchungen von psychoanalytischen Autoren wurden 1971 von Bergin (1963) zusammengestellt, z.B. von Alexander (1937b), Jones (1936) und Knight (1941). 1942 folgte ein weiterer Bericht aus dem gleichgeschalteten Berliner Institut von F. Boehm (1942) über 419 abgeschlossene psychoanalytische Behandlungen, den A. Dührssen (1972) erwähnt.

Im Laufe der Kontroversen, die durch Eysencks (1952) Kritik an der Nachuntersuchungsmethodik ausgelöst wurden, schärfte sich das Bewußtsein für die großen methodischen Probleme, die bei der Durchführung katamnestischer Untersuchungen gelöst werden müssen, um zu abgesicherten Aussagen über den Grad der erzielten Besserung und seines Zusammenhangs mit der Therapie zu kommen.

Die von A. Dührssen durchgeführten katamnestischen Untersuchungen über die Ergebnisse analytischer Psychotherapie bei 1004 Patienten (Dührssen 1962; 1965) waren hilfreich bei der Anerkennung der analytischen Psychotherapie als Kassenleistung. Diese Studie belegte mit einfachen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit vor und nach Psychotherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie

mit einer mittleren Dauer von ca. 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std., 10-15 nur 50-60 Std.).

Ähnliches gilt für die Untersuchungen von Cremerius (1962) und für die Untersuchungen von Strotzka (1964) an dem von ihm eingerichteten Wiener Psychoanalytischen Ambulatorium.

In den USA wurde in den sechziger Jahren die psychoanalytische Evaluationsforschung unangefochten von zwei Arbeitsgruppen bestimmt, eine in New York und eine in Topeka, Kansas. Um die klinisch relevante Frage einer differentiellen Indikation zwischen hochfrequenter Psychoanalyse und hochfrequenter psychoanalytischer Psychotherapie beantworten zu können, wurde in den sechziger Jahren an der *Columbia Psychoanalytic Clinic in New York* mittels der systematischen Dokumentation der Anfangs- und Endbedingungen eine sehr große Zahl von Patienten in Psychoanalyse (N= 588) und analytischer Psychotherapie (N= 760) untersucht (Weber 1966); eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu einer der beiden Formen von Behandlungen wäre damals nicht vorstellbar gewesen. Bachrach et al. (1985; Weber 1985) fanden z. B. daß bei Patienten mit schwerer Symptomatik und einer neurotischen Persönlichkeit (Psychoanalysen auf der Couch) zu besseren Therapieergebnissen als analytische Psychotherapien (face-to-face) führten, während bei Vorliegen der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit die hochfrequente Psychoanalyse deutlich schlechter abschnitt als die mittelfrequente psychoanalytische Therapie.

Zu Beginn der fünfziger Jahre wurden in Topeka an der Menninger Foundation die methodologischen Grundlagen für das wohl bisher zeitlich und finanziell aufwendigste psychoanalytische Therapieforschungsprojekt gelegt, dessen abschließender Bericht 1986 von Wallerstein vorgelegt wurde. Von Anfang an wurde betont, daß die Frage nach Veränderung sowohl die Frage nach dem "was" als auch nach dem "wie" beinhaltet (Wallerstein 1956).

Eine wichtige methodische Entscheidung des Menninger-Projektes bestand auch darin, eine naturalistische Studie durchzuführen. Das Forschungsvorhaben sollte auf die klinische Arbeit möglichst keinen Einfluß ausüben; entsprechend wurden die Zuweisungen der Patienten zu den Behandlungsformen klinisch entschieden. 22 Patienten wurden mit klassischer Psychoanalyse und 20 Patienten mit analytischer Psychotherapie behandelt. 22 der 42 Patienten wurden zeitweise stationär behandelt, was einen deutlichen Hinweis auf die Schwere der Störungen enthält. Zu Anfang, Ende und zu einem katamnestischen Zeitpunkt (2-3 Jahre nach der Behandlung) wurden für jede Behandlung eine Fülle von Angaben von einem Team wissenschaftlich qualifizierter Psychoanalytiker erhoben, das separat vom Therapeuten arbeitete.

Diagnostisch ließen sich zwei Gruppen unterscheiden, bei denen auch recht unterschiedliche Besserungsraten zu verzeichnen waren.

	N	Rehospitalisierungen	Gutes outcome	Schlechtes outcome	Suizid-Rate
Neurotische Patienten	24	3	19	5	0
Borderline Patienten	18	12	6	12	5

Die Patienten dieser Langzeitstudie hatte alle vielfältige ambulante Therapieversuche vor der Aufnahme in das Klinikprogramm (ambulant und stationär) hinter sich. Die vier folgenden, wesentlichen Hauptbefunde dieser Langzeitstudie waren (Kernberg 1973):

1. Bessere Ich-Stärke ist mit besserem outcome positiv korreliert.
2. Die Patienten mit besserer Ich-stärke und besseren interpersonellen Beziehungen profitierten von supportiver Therapie weniger als von Psychoanalyse oder psychoanalytischer Therapie.
3. Die Patienten mit der geringsten Ich-Stärke zeigten die besten Ergebnisse unter psychoanalytisch orientierter Therapie in Kombination mit - wenn nötig - stationärer Aufnahme.
4. *Diejenigen Borderline-Patienten, die einen Therapeuten gehabt hatten, der intensiv die Übertragung fokussierte, hatten einen besseren Verlauf, als diejenigen, deren Therapeut diesen Bereich weniger beachtete.*

Hieraus zog Kernberg klinische Konsequenzen, die inzwischen auch in der BRD umgesetzt werden. Die von ihm übertragungs-fokussierte Technik genannte Interventionsform für Borderline-Patienten (Kernberg 1989), auch auf deutsch publiziert (Clarkin et al. 2000), basiert auf den “gesicherten“ Erfahrungen aus diesem Projekt.

Nach einer siebenjährigen Mitarbeit an dem Menninger-Projekt lancierte Luborsky 1968 in Philadelphia das Penn Psychotherapy Project, dessen abschließender Bericht zwanzig Jahre danach erscheinen konnte (Luborsky 1988b). In der Untersuchung sollte nochmals die Leistungsfähigkeit prognostischer Indikatoren für den Therapieausgang evaluiert werden. Als beste Prädiktoren für einen Behandlungserfolg stellte sich heraus:

Psychological health (HSRS) sig, 1%; Emotional Freedom sig, 1%, overcontrol; similarity of patient and therapist; matching of patients and therapists according to therapist's preference erklären 5-10 % der Outcome Varianz.

Als wichtiger, immer wieder replizierter Befund, nicht nur für psychodynamisch orientierte Therapien bleibt bestehen, daß der Grad noch bestehender seelischer Gesundheit - orientiert z.B. an der Gesundheits-Krankheits-Skala - die ein wesentlicher Beitrag von Luborsky zum Menninger Projekt war (Luborsky 1993) - den Behandlungserfolg zwar nicht hoch, aber statistisch konsistent vorhersagen kann (in der Penn Studie auf dem 1% Niveau).

Die Studie von Stevenson und Meares (1992)

Erstaunlich ist die Bilanz einer australischen Studie von Stevenson und Meares (1992), die die Ergebnisse von 30 Patienten vor und nach einjähriger analytischer, selbstpsychologisch orientierter Psychotherapie darstellen. Die ambulante Therapie erfolgte zweimal wöchentlich durch in Ausbildung befindliche Psychotherapeuten unter Supervision. Von ursprünglich 67 Patienten konnten schließlich 30 Patienten für die vergleichende Bewertung herangezogen werden. Die Besserungskriterien der Autoren berücksichtigten symptomatische Verhaltenweisen wie fremd- und selbstschädigendes Verhalten, Arzneimittelkonsum und Arztbesuche, sowie Arbeitsfähigkeit, Krankschreibungen etc. Sowohl der Cornell-Index wie auch die DSM-III-Kriterien fanden sich hochsignifikant verringert. Bei 30% der Patienten waren sogar die Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R nicht mehr vorhanden.

Weitere naturalistische Studien vorwiegend aus Deutschland und anderen europäischen Ländern

Das Heidelberger Katamnesen-Projekt wurde von (Bräutigam 1980) initiiert und war in vielfältiger Weise fruchtbar und typisch für die BRD. Innovativ war der Ansatz, eine kombinierte stationär-ambulante Behandlung im Vergleich zu nur stationär oder nur ambulanter Behandlung (Rad und Werner 1981) zu evaluieren. Neben methodischen Entwicklungen wie Zielerreichungsvorgaben wurde auch der Frage einer störungsspezifischen Behandlungsdauer nachgegangen (Kordy 1988). Die lange Katamnesenperiode von 3,5 Jahren trägt auch zur klinischen Relevanz der Studie erheblich bei (Rad 1998).

Eine gesonderte textanalytische Auswertung der Katamneseinterviews durch Heuft et al. (1996) zeigte weitere qualitative Differenzierungen zwischen 33 Psychoanalyse - und 33 Psychotherapie-Patienten auf. 72% der Psychoanalyse-Patienten und 56 % der analytischen Psychotherapiepatienten hatten ihre speziellen Behandlungsziele erreicht.

The Berlin III Study (A, B und C): A multi-centre study on psychoanalytic oriented treatments (Rudolf 1991, 1994)

Diese Studien wurden in den Achzigerjahren vom BMFT unterstützt. In der 3. Studie wurden in einem naturalistischen Design Daten von stationären und ambulanten Behandlungen verglichen. 44 Psychoanalysepatienten wurden mit 56 ambulant behandelten Psychotherapiepatienten und 164 stationären Patienten verglichen. Der Vergleich von Symptomen, Diagnosen und Motivationen zeigte, daß es sich dabei um unterschiedliche Gruppen von Patienten handelte (eine Randomisierung hatte sich als unmöglich erwiesen). Die Psychoanalysepatienten zeigten die raschesten Veränderungen. 96% der ambulant und 64% der stationär behandelten Patienten zeigten Besserungen. In einer zweiten Studie wurden 44 psychoanalytisch behandelte Patienten katamnestisch untersucht. Angst und andere affektive Störungen zeigten die größten Effektstärken. In der dritten Studie erwies sich das Arbeitsbündnis als der wichtigste Prädiktor für den Behandlungserfolg.

Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) (Rudolf, Grande, Keller et al. 2003)

Diese Studie wurde durch die DGPT und weitere Drittmittelgeber (Bosch-Stiftung u.a.) unterstützt. Zwei Stichproben von 62 Patienten mit klinisch bedeutsamen Störungen wurden entweder mit Psychoanalysen (vorwiegend 3-stündig im Liegen) oder mit Psychotherapien (vorwiegend 1-stündig im Sitzen) behandelt. Durch die Auswahl der Fälle wurde sichergestellt, dass beide Gruppen hinsichtlich wichtiger Parameter wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Merkmale und Störungsschwere vergleichbar waren. Eine Besonderheit dieser Studie bestand darin, dass die Veränderungen regelmäßig auch durch unabhängige Untersucher geprüft wurden. Alle drei Monate (im späteren Verlauf alle 6 Monate) wurde ein halb-strukturiertes Interview durchgeführt, videographiert und anschließend mit Hilfe der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und der Heidelberger Umstrukturierungsskala, eine unter psychodynamischen Gesichtspunkten adaptierte Form der APES von Stiles, ausgewertet. Die zentrale Annahme lautete, dass ein differentieller Effekt bezüglich der Veränderung persönlichkeitsstruktureller Merkmale zwischen beiden Behandlungsgruppen gefunden werden kann.

Bei der Prüfung der Veränderungen zeigten sich signifikante Behandlungseffekte auf der Symptom- und Verhaltensebene (gemessen mit dem SCL-90, dem PSKB-Se und dem IIP), und zwar sowohl für die Psychoanalysen als auch für die Psychotherapien; signifikante Wechselwirkungen wurden erwartungsgemäß aufgrund des Umfangs der Stichproben nicht entdeckt. Anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala konnten jedoch Veränderungsprozesse mit der Qualität einer Umstrukturierung der Persönlichkeit bei den

Psychoanalysen in 59,4% der Fälle erreicht wird, bei den Psychotherapien nur in 11,1%; diese Differenz ist hochsignifikant. Darüber hinaus ergaben sich sowohl in der Selbsteinschätzung der Patienten als auch in der Beurteilung der Behandler und unabhängigen Beurteiler starke Hinweise dafür, dass im Falle von Umstrukturierungen umfassendere und tiefgreifendere Veränderungen stattfinden, die eine besonders günstige Prognose für die Entwicklung nach Behandlungsabschluss zulassen. Diese Erwartung wird z.Z. im Rahmen von 1- und 3-Jahreskatamnesen untersucht.

Die DPV-Katamnese Studie (Leuzinger-Bohleber 2001, 2002)

In dieser ersten repräsentativen Katamnese studie von Psychoanalysen und psychoanalytischen Langzeitbehandlungen (durchschnittlich 6,5 Jahre nach Beendigung) waren über 200 PsychoanalytikerInnen und über 400 ehemalige PatientInnen beteiligt. In einer multiperspektivischen Annäherung an die Langzeitwirkungen von Therapien wurden Patienteneinschätzungen und Beurteilungen der behandelnden Analytiker, der Katamneseinterviewer, von psychoanalytischen und nichtpsychoanalytischen Experten sowie "objektiver Daten" zu Einsparungen der Gesundheitskosten etc. einander gegenübergestellt. Sowohl bei der Gewinnung als auch bei der Auswertung der Daten kam eine Vielzahl qualitativer und quantitativer Verfahren zur Anwendung.

75% der Patienten (n=282) gaben rückblickend an, dass ihr Gesamtbefinden vor der Therapie „schlecht“ war. 81% bezeichneten das Gesamtbefinden zum Zeitpunkt der Katamnese als „gut.“ 80% berichteten positive Veränderungen bezüglich ihres Gesamtbefindens, des inneren Wachstums und der Beziehungen. Zwischen 70 und 80% stellten positive Veränderungen in Bezug auf die Lebensbewältigung, das Selbstwertgefühl, sowie ihre Stimmung, ihre Lebenszufriedenheit und ihre Leistungsfähigkeit fest. Bezüglich der gegenwärtigen Symptombelastung (GSI) liegt die Katamnese Stichprobe zwar noch knapp über den Werten der Gesamtbevölkerung, befindet sich aber nicht mehr im klinischen Bereich und deutlich unter den Werten ambulant und stationär behandelter Patienten. Daher sind 76 % der ehemaligen Patienten (und 64% der Analytiker) mit dem Behandlungsergebnis zufrieden.

Von einer Teilstichprobe von 129 ehemaligen Patienten schätzten zwei Rater aufgrund aller verfügbaren Informationen den Schweregrad der Störung zu Beginn und zum Katamnesezeitpunkt ein (BSS, GAF; GARF; SOFAS) sowie die Anfangssymptomatik nach ICD-10 ein (bereinigter Kappa-Koeffizient: 0.73). 51,2% litten an Persönlichkeitsstörungen, 27,1% an affektiven Störungen, 10,9% an neurotischen Störungen und 6,2% an einer Schizophrenie. Zu den unerwarteten Ergebnissen der Studie war die Beobachtung einer Häufung von Patienten (62% der Interviewstichprobe), die in ihrer frühen Kindheit schwerste reale Traumatisierungen im Zusammenhang mit dem zweiten Weltkrieg erlebt hatten

(Verlust naher Angehöriger, Flucht, Bombardierung, Hunger und Verletzungen etc.). Für viele ehemalige Patienten war die Einsicht in diese persönlichen Hintergründe ihres Leidens ebenso wichtig wie die Milderung ihrer Symptomatik (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, 2003).

The Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis (STOPP) Study (Sandell 1998; 1999a; 1999b; 2000, 2001a; 2001b; 2001c; Blomberg und Sandell 2002)

Diese große schwedische Studie ist insofern bemerkenswert, als sie ursprünglich als RCT Studie geplant war, die sich aber nicht realisieren ließ (Sandell 1997). Stattdessen kam ein methodologisch innovatives Design mit drei-Erhebungswellen zur Anwendung. 430 Patienten wurden zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer hochfrequenten psychoanalytischen Therapie oder mittelfrequenten analytischen Psychotherapie untersucht (vor, während und danach). Die Patienten konnten ihre Behandlungsform selbst wählen. Der Zeitpunkt, an dem sie in der Untersuchung eingeschlossen wurde, wurde als Randomisierungsfaktor gewertet. Eine umfangreiche Batterie standardisierter Test wurde eingesetzt (SCL-90, SAS, SOCS), sowie spezialisierte Fragebögen zur Familiensituation, gesundheitlichen Verfassung und zur Arbeitssituation. Die Therapeuten mußten einen Fragebogen zur ihrer therapeutischen Orientierung ausfüllen.

Am Beginn befanden sich die Patientengruppen auf dem gleichen Niveau von Psychopathologie, gemessen mit dem SCL-90; am Ende der langen Behandlungen befanden sich beide Gruppen in einem sub-klinischen Bereich. Die Psychoanalyse-Gruppe verbesserte jedoch in der nachfolgenden drei Jahres-Periode die Werte zur auf das Niveau der „normalen“ Bevölkerung, wohingegen die Psychotherapiegruppe im sub-klinischen Bereich verblieb.

Die Norwegische Prospektive Studie zu Persönlichkeitsstörungen bzw. Psychosen

Monsen (1995a; 1995b) untersuchten 25 ambulante Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen 5 Jahre nach Ende der intensiven psychodynamisch orientierten Therapie. 76 % der Patienten hatten ein psychosoziales Funktionsniveau erreicht, daß sie nicht mehr länger als „Patienten“ klassifizieren ließ.

Studien zu Borderline-Störungen

Gunderson (1992) konnte in seiner Studie fünf Patienten identifizieren, die alle bei relativ jüngeren Analytikern (in Ausbildung) geblieben waren und nach 4 Jahren therapeutischer Arbeit folgendes Ergebnis aufwiesen:

DSM III Kriterien	Beginn	Ende
1. Impulsivität oder Unvorhersagbarkeit des Verhaltens	3	1*
2. Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen	4	0
3. Unangemessener Ärger	4	0
4. Identitätsstörung	4	1*
5. Affektive Instabilität	4	1
6. Unfähigkeit allein zu sein	5	1
7. Physische Selbstschädigung	4	0
8. Chronische Leere oder Langeweile	4	2*
*Das Persistieren des Kriteriums war hier fraglich, so daß es sich um falsch positive Werte handeln könnte.		

Empirische Befunde zur ‚Übertragungsfokussierten Therapie‘ (TFP)

Kernberg und Clarkin (1993) berichten von 34 Patientinnen einer Pilotstudie, die die DSM-III-R-Kriterien für eine BPS erfüllten. Patienten mit hirnorganischen Psychosyndromen, bipolarer oder schizophrener Psychose wurden ebenso wie substanzabhängige und antisoziale PS ausgeschlossen. Die Patienten wurden auf Grund der DSM-Kriterien in 3 Gruppen (Cluster) aufgeteilt (Hurt et al. 1990) die als ein Identitäts-, impulsives und ein affektives Cluster definiert werden können. Manche Patienten erfüllen mehrer Cluster. Die Autoren vertreten die Hypothese, daß Borderline-Patienten je nach Cluster eine z.T. adaptierte Therapie benötigen bzw. sich im Lauf der Therapie unterschiedliche Schwierigkeiten zeigen werden. Besonders untersucht wurde dieser Aspekt in der Studie von Hull, Clarkin und Kakuma (1993), die über 6 Monate Borderline-Patienten mit unterschiedlicher Clusterausprägung untersuchten. Diejenigen mit schwerer Kernsymptomatik (besonders im Bereich der Identität, etwa Leeregefühle, Angst vor dem Alleinsein) berichteten insgesamt eher über ein Persistieren der Symptome - trotz Behandlung – zum Teil sogar über eine Verschlechterung, während gerade die “leichter“ gestörten Patienten oft erheblich von gleichen Behandlungsangeboten profitierten. Bei der Studie handelte es sich um eine “one-cell nonrandomized investigation“, so daß differenzierte Aussagen über das Verfahren noch nicht getroffen werden konnten.

Clarkin et al. (1992) untersuchten 31 Patientinnen zwischen 18 und 45 Jahren (DSM-III) die von 28 Therapeuten nach der TFP-Methode (Videos, 2 Sitzungen in der Woche, wöchentliche Supervision) behandelt wurden. Die Drop-out-Rate nach 12 Wochen betrug 42% (wobei 23 % die Therapie während der Kontraktphase abbrachen). Die Abbruchrate für Psychotherapien entsprach interessanterweise auch hier wieder ziemlich genau der von vergleichbaren Pharmakastudien in diesem Bereich (z.B. Goldberg et al., 1986: 48 %). Ein weiterer wichtiger Befund war, daß sich die Frühabbrecher von den Spätabbrechern dadurch unterschieden, daß letztere Gruppe praktisch ohne Ausnahme mit dem Therapeuten zuvor ihren Entschluß besprachen oder ankündigten, während keiner der Frühabbrecher dies tat. Eine aktive Vorgehensweise in der Kontraktsettingphase schien in dieser Studie ein wichtiger Prädiktor für den weiteren Verlauf zu sein.

Sechs dieser Patienten wurden im Rahmen einer Pilotphase über einen längeren Zeitraum der Therapie (6 Monate bis zu 5 Jahren) bezüglich Symptomveränderung, sozialer Situation und spezifischer Borderline-Pathologie weiter untersucht. Auch in dieser Studie erfüllten 5 der 6 Patienten nicht mehr die DSM-III-R-Kriterien. Wobei die Kriterien in unterschiedlichem Ausmaß zurückgingen (Affektive Instabilität und Suizidgedanken in allen Fällen wo sie zuvor vorhanden waren, die Identitätsdiffusion jedoch nur in 33%). Allerdings kam es (im Gegensatz zur sozialen Situation wo 4 der 6 Patientinnen sich verbesserten) bezüglich der Symptomatologie (Beck Depressions Inventar, SCL-90 und Buss-Durkee-Hostility Inventory) nur in einem Fall zu einer signifikanten Verbesserung.

Die laufende **Göttinger Praxis-Studie (Leichsenring, Biskup, Kreische, Staats)** untersucht die Wirksamkeit psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in der Routineversorgung.

Design: Naturalistische prospektive Studie mit 6 bzw. 5 Meßzeitpunkten: vor der Therapie, nach 50 Stunden, nach 160 Stunden, unmittelbar nach Abschluß der Therapie, ein und zwei Jahr nach Abschluß der Therapie (Katamnese). Bei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien entfällt die dritte Erhebung. Als Outcome-Maße werden überwiegend standardisierte und international anerkannte Selbstbeurteilungs-Instrumente verwendet (SCL-90-R, IIP, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, VEV, Goal Attainment Scaling); außerdem Therapeuten-Fragebogen zur Globaleinschätzung des Therapieerfolgs sowie zum psychotherapeutischen Prozeß und zu den eingesetzten Interventionen.

Stichprobe: Bisher 47 Patienten in analytischer Therapie, davon 36 mit abgeschlossener Therapie, davon N=23 mit 1-Jahres-Katamnese. Bisher 24 Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Therapie, davon 8 mit abgeschlossenen tiefenpsychologisch fundierten Therapien

und 6 mit 1-Jahres-Follow-up. Angestrebt werden 50 Patienten pro Gruppe. Es handelt sich um eine heterogene Stichprobe von Patienten mit häufigen komorbiden Störungen.

Hauptinstrument ist das PATH (Staats 1999), das für die Erfassung von Veränderungen in Langzeittherapien entwickelt wurde.

Einzelfallstudien

Bekanntlich wurden in den letzten Jahrzehnten von internationalen Psychotherapieforschern der Ruf nach empirisch kontrollierten Einzelfallstudien laut. Sorgfältige qualitative Beschreibungen, wie sie von Wallerstein (1986) für die 42 Patienten des Menninger-Projektes vorgelegt wurden, bilden dabei eine Möglichkeit. Die Kriterien für solche Studien - wenn sie als Ergebnisstudie herangezogen werden sollen, wurden von Leichsenring (1987) erörtert. Unumstritten sind als Musterbeispiel der Fall der Mrs. C, dessen prozessuale Veränderung mit dem Q-Set von Jones (1990) belegt wurde.

Im deutschen Sprachraum hat die Ulmer Arbeitsgruppe die Veränderungen des Umgangs mit Träumen als prozessuales Veränderungskriterium an fünf Einzelfällen aufgezeigt (Leuzinger-Bohleber 1987; Leuzinger-Bohleber und Kächele 1988; Leuzinger-Bohleber 1989).

An einem dieser Fälle - den der Pat. Amalie X - wurden darüber hinaus eine größere Zahl von Prozeß-Studien durchgeführt, deren Befunde mit psychometrischen Anfangs- und Ende Kriterien verglichen wurden: Veränderungen des Selbstwert-Gefühls (Neudert 1987); Veränderungen des Leidens (Neudert 1987); Veränderungen der emotionalen Einsicht (Hohage und Kübler 1987; 1988); Veränderungen der Reaktion auf Unterbrechungen (Jimenez und Kächele 2003) und Veränderungen des Zentralen Beziehungskonfliktes im Prozeß (Albani et al. 2003).

Konsumenten-Befragung - eine neuer Ansatz

In den USA löste ein Bericht der Consumer Reports zur Psychotherapie eine interessante Debatte aus. Seligmann, der noch 1994 eine Zusammenstellung von RCT Befunden veröffentlicht hatte (1994), wendet sich - aus vielen Gründen - ein Jahr später einem neuen Credo zu und preist die Notwendigkeit von praxis-nahen Effektivitätsstudien, die mit dem sog. ConsumerReports einen new look inaugurierten (Seligman 1995). Diese dort publizierten Daten sind schwer für eine spezielle Therapieform zu reklamieren, weshalb wir hier auf zwei andere Studien verweisen, die eindeutig psychoanalytische Datensätze vertreten:

IPTAR Studie zur Effektivität Psychoanalytischer Psychotherapie (Freedman 1999)

Diese Studie sollte Belege für die Frequenzdebatte beisteuern; eine unbefriedigende Rücklaufquote (41% von 240) geben der Studie nur heuristischen Wert.

Immerhin zeigt die Studie, unter Verwendung des gleichen CR Instrumentes, daß eine Erhöhung der Frequenz von einer auf zwei Sitzungen eine deutliche Verbesserung der Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg erbrachte.

Beeinflußt vom großen Anklang der Consumer Reports Studie wurden auch in der BRD zwei ähnliche Studien durchgeführt.

Die Konstanzer Studie: Eine deutsche Consumer Reports Studie - (Breyer 1997)

Aufgrund der Mitgliederverzeichnisse zweier deutscher Therapiegesellschaften (DGPT and DGIP) wurde eine Zufallsstichprobe von 20% der Mitglieder gezogen, die an einer Befragung zu ihren Patienten teilnehmen sollten. 50% antworteten. Wiederum 50% davon, und zwar sowohl Therapeuten als Patienten, erklärten sich zu einer Mitarbeit bereit (5 % der Mitglieder, daher kaum eine repräsentative Stichprobe). Die Ergebnisse der Fragebögen zeigten, daß die wichtigsten Veränderungen während der Therapie stattfanden, sich aber nach der Beendigung fortsetzten. Nach Einschätzung der Patienten betrafen die zentralsten Veränderungen das allgemeine Wohlbefinden und die Beziehungsfähigkeit (zweijährige Katamnese).

Die Saabrücker CR Studie (Hartmann und Zepf 2002)

benutzt die Übersetzung des Originalfragebogens der Consumer Reports - Studie ins Deutsche

- a) Wie haben sich die psychischen Beschwerden gebessert, wegen denen Sie eine Behandlung gesucht haben? 0-100
- b) Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung? 0-100
- c) Wie hat sich Ihr Allgemeinbefinden durch die Behandlung gebessert? 0-100

Sie generiert einen Gesamt Score 000-300. Die Rekrutierung erfolgte durch Psychotherapeuten (68%), die Stiftung Warentest (11%), via Internet (11%) und Freunde/Bekannte (10%). Von 1.Juni 2000 bis 28.Februar 2001, kamen 1896 Fragebogen zurück, 1426 waren brauchbar; 468 wurden ausgeschlossen. Die sozio-demographischen Charakteristika der Stichprobe entsprechen angeblich den der psychotherapeutischen Patienten in der BRD: 58 % Abitur

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| a) Tiefenpsych. Psychotherapie | N=469 (33%) |
| b) Psychoanalyse | N=284 (20%) |
| c) Verhaltenstherapie | N=238 (17%) |
| d) Klienten-zentrierte PT | N=119 (09%) |
| e) Sonstige | N=290 (21%) |

Problematisch erscheint besonders, daß 67% sich noch in laufender Behandlung befanden. Zur Dauer gehen die Angaben von 49% >2 Jahre, 29% 1-2 J., 22% <1J. aus.

Zu den Ergebnissen bzgl. Effektivität werden folgende Angaben gemacht:

1. Leichte Überlegenheit von Psychoanalyse vs. Tiefenpsych. Psychotherapie.
2. Kein Unterschied von Psychoanalyse und VT.
3. Kein Unterschied von Tiefenpsych. Psychotherapie und VT.
4. Psychoanalyse deutlich besser als GT und andere Verfahren.
5. Tiefenpsych. Psychotherapie deutlich besser als GT.

Die Angaben zur Dauer sind ebenfalls sehr interessant:

Mehr als zwei Jahre Dauer

Psychoanalyse	74%
Tiefenpsych. Psychotherapie	50%
GT	42%
VT	29%

Fazit: Klarer Einfluß der Behandlungsdauer.

1. Die erste signifikante Verbesserung der Wirksamkeit zeigt sich nach 7 Monaten, die zweite nach 1 Jahr und eine dritte hoch signifikante nach 2 Jahren.
2. Die vorläufigen Auswertungen korrespondieren zu denen der US-Consumer Reports-Studie
3. Methodische Probleme liegen insbesondere in der fraglichen Repräsentativität der Stichprobe

Die Katamnesestudie der Psychotherapeutischen Klinik Stuttgart- Sonnenberg (Teufel und Volk 1988)

Die Psychotherapeutische Klinik Stuttgart-Sonnenberg ist eine ausschließlich psychoanalytische Institution, die seit 1967 über 102 Betten verfügt und ca 300 Patienten pro Jahr behandelte. In einer Katamnesestudie wurden 248 Patienten identifiziert, von denen 147, durchschnittlich 3,9 Jahre nach Therapieende interviewt werden konnten. Vier

Dimensionen wurden untersucht: (a) Erreichen von Therapiezielen, (b) Symptomreduktion, (c) allgemeines Wohlbefinden und (d) Arbeitsfähigkeit. Die Ergebnisse zeigen, daß die Arbeitsfähigkeit und das Erreichen der Therapieziele, wie sie zu Beginn der Behandlung definiert wurden, die größten Veränderungen zeigten. Bezüglich des allgemeinen Wohlbefinden und der Symptomreduktion wurden nur bescheidene Resultate erzielt. Wichtig ist festzuhalten, daß die Studie zu einer Zeit durchgeführt wurde, als die pharmakologische Behandlung noch nicht zu raschen Erfolgen führte.

7.5 Klinische Fallstudien

Die „Natur des Gegenstandes,, und nicht seine Vorliebe als naturwissenschaftlich ausgebildeter Neuropathologe sei es gewesen, die Freud (1895b, S. 227) zur narrativen Methode als Darstellungsform seiner Erkenntnisse hat greifen lassen. Dieser Methode aus den Anfängen der Psychoanalyse folgten in extensiver Form zahlreiche Beispiele, wie in Übersicht 1 aufgelistet.

Übersicht 1 (vgl. Kächele, 1981)

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

Firestein	25-j. Frau			1978	Nachschrift	30
Goldberg	25-j. Mann "Mister. I"			1978	Nachschrift	108
Goldberg	31-j. Frau	ca. 1966	ca. 600 Std	1978	Nachschrift	98
Goldberg	22-j. Mann "Mister E"	ca. 1972	2 Jahre	1978	Nachschrift	134
Ude	6-j. Mädchen	ca. 1975	2 Jahre	1978	Nachschrift	160

Dieser spannungsreiche Widerspruch zwischen dem Narrativen und naturwissenschaftlichen Erklärungen setzte sich bis zum Ende von Freuds Schaffens fort (Freud, 1940) und läßt auch heute noch die Psychoanalytiker unter sich nicht los (z.B. A. Green, 1996 oder im „Open-Door-Review„: die sog. „angelsächsische„ gegenüber der „französischen Position„, Fonagy, 2002). Freud selbst deutete immer wieder das Besondere seines psychologischen Gegenstandes an: „Ein dem Gegenstand anhaftendes besonderes Moment, daß es sich in der Psychologie nicht immer wie in der Physik um Dinge handelt, die nur ein kühles wissenschaftliches Interesse wecken können„ (Freud, 1938/40, S. 127); oder: „Der Fall der Analyse liegt anders als bei der Röntgenologie: Die Physiker brauchen den kranken Menschen nicht, um die Gesetze der Röntgenstrahlen zu studieren. Die Analyse aber hat kein anderes Material als die seelischen Vorgänge des Menschen, kann nur am Menschen studiert werden (Freud, 1927, S. 291)„. Die Vereinnahmung der Analyse (vgl. Kerz-Rühling, 1993) durch hermeneutisch arbeitende Wissenschaftler und Philosophen nährt sich oft aus dem Hinweis, es gehe um Textauslegungen in der therapeutischen Dyade, wie in der Hermeneutik gefordert; aber der Text in der Analyse sei ja ein Mensch. In dem Maße, wie die Eine-Person-Psychologie zu einer intersubjektiven Zwei-Personen-Psychologie ausgearbeitet wird, kann man Gill (1997, S. 87) zustimmen, daß „der menschliche Text antwortet„. Dies ist allerdings eher in einem konstruktivistischen Analyseverständnis und nicht mehr in der Eine-Person-Psychologie verstehbar.

Wenn man sich wie Freud auf die therapeutische Dyade bezieht, also jenes Feld, für das und von dem die angewandte Psychoanalyse als Therapieverfahren lebt, dann ist das Verstehen dieser Interaktion und ihrer seelischen Prozesse das entscheidende Therapie- und Forschungsobjekt der Tiefenpsychologie, und genau für diese therapeutische Interaktion gilt es, Aussagen zu treffen, die Bestand haben. Wenn man, wie hier im vorliegenden Rahmen, die wissenschaftlichen Wirksamkeiten des Therapieverfahrens nachvollziehbar demonstrieren will, geht kein Weg – auch in diesem Kapitel der „Klinischen Studien„ – daran vorbei, diese Interaktion in Relation zum Therapieerfolg zu setzen. Auch im berühmten „Junktum zwischen Heilen und Forschen„ (Freud, 1927, S. 299) geht es nicht nur um die dialektische Verbindung zwischen Heilen und Forschen, sondern auch um die Verbindung zur „wohlthätigen Wirkung„, also zum Therapieerfolg des analytischen Vorgehens.

Auch der Beginn der modernen Psychotherapieforschung, der mit Eysencks (1952) Arbeit gesehen wird (Kächele, 1986, S. 309) scheint auf Äußerungen Freuds aus seinen „Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse,, (1916/17) zurückzugehen (vgl. Rachman u. Wilson, 1980, S. 21). Dort spricht er sich gegen eine Statistik der Erfolge aus, nämlich „daß eine Statistik wertlos sei, wenn die aneinandergereihten Einheiten derselben zu wenig gleichartig seien, und die Fälle von neurotischen Erkrankungen, die man in Behandlungen gewonnen hatte, waren wirklich nach den verschiedensten Richtungen nicht gleichwertig (ebenda, S. 443). Freud wiederholt dieses Argument in „Die neuen Folgen der Vorlesungen,, (Freud, 1933): „Heute wollen wir uns fragen, wieviel die psychoanalytische Psychotherapie leistet....,, „Zu einer gewissen Zeit lautet eine Anklage gegen die Analyse, sie sei als Therapie nicht ernst zu nehmen, denn sie traue sich nicht, eine Statistik ihres Erfolges bekanntzugeben... Aber solche Statistiken sind überhaupt nicht lehrreich, das bearbeitete Material ist so heterogen, daß nur sehr große Zahlen etwas besagen würden. Man tut besser, seine Einzelerfahrung zu befragen (ebenda, S. 581). Eysenck hat nun die Diskussion auf eben diese von Freud erwähnte Ebene „sehr große Zahlen,, gebracht, was in viel größerem Maße auch Grawe (1994, S. 309) fortschrieb und die Psychotherapieforschung beherrscht, was sicherlich nicht ohne Wirkung auf die analytische Bewegung geblieben ist, was sich auch in den anderen Kapiteln dieser Zusammenstellung der DGPT widerspiegelt: die so wichtige Einzelerfahrung der klinisch tätigen Kollegen muß wissenschaftlich ergänzt werden.

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 die Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein. Darüber hinaus gilt es, die Fallnovelle als wissenschaftliche Darstellungsform wenn nicht abzuschaffen („Nieder mit der Fallnovelle als Psychoanalyse-Darstellung,, Meyer, 1993), so doch in eine fundierte therapeutische Interaktionsanalyse bzw. Einzelfallstudie zu verwandeln (vgl. Deneke u. Stuhr, 1993).

Neben internationalen Bemühungen („Analysen der Übertragungsintensität,, Graff u. Luborsky, 1977; das „Menninger-Projekt,, Wallerstein, 1986; „Analytische Prozesse bei jugendlichem Diabetes,, Moran und Fonagy, 1987; „Langzeit-Psychoanalyse des Falles Mrs. C.,,, Jones und Windholz, 1990 oder „Die Veränderung der Übertragungskonstellation,, Dahl, 1988; Dahl und Teller, 1993) sei in diesem Zusammenhang auf zwei deutsche Initiativen verwiesen: Auf die Ulmer und auf die Hamburger Arbeitsgruppe.

Aus der Ulmer Arbeitsgruppe gilt der Fall „Amelie X,, als Musterbeispiel für die Vorzüge einer einzelfallanalytischen Studie, in der allerdings auch eine klare ICD-Diagnostik und unabhängige Eingangs- und Ergebnismessungen standardisiert stattfanden. Die Aufzeichnung

der Therapieprozesse, per Tonband konserviert und in Transkripten dokumentiert, ermöglichte dann eine Vielzahl weiterer Studien:

- Veränderung des Umgangs mit Träumen (Leuzinger-Bohleber, 1987, Leuzinger-Bohleber und Kächele, 1990)
- Veränderung des Selbstwertgefühls und des Leidens (Naudert, 1987)
- Veränderung der emotionalen Einsicht (Hohage und Kübler, 1987/88)
- Veränderung der Reaktion auf Unterbrechung (Jimenez und Kächele, 2003)
- Veränderung der Übertragungsbeziehung im Prozess (Albani et al., 2002)
- Veränderung der verbalen Aktivität im Prozess (Kächele, 1983)
- Traumerzählungen (Mathis, 2002)
- Das Erwachsenen-Bindungsinterview als Retrospektive (Buchheim u. Kächele, 2003).

Dieses fruchtbare Beispiel der Verbindung von qualitativen und quantitativen Ansätzen im Fall „Amelie X.,“ geht schon früh auf die Betonung von Thomä zurück, daß die Beforschung der Interaktion eine der Psychoanalyse angemessene Fragestellung ist (Thomä, 1974, S. 383) und es für ihn „keine geringe Genugtuung,“ sei, daß „Einzelfallstudien die in unserem Fall besonders angemessene wissenschaftliche Untersuchung,“ darstellt (ebenda, S. 382), was Strupp (1986, S. 86) auch als eine Schlußfolgerung seiner wissenschaftlichen Lebensbilanz forderte: sich „wieder vermehrt Einzelfallstudien,“ zuzuwenden. In dieser Verbindung von Exaktheit und methodischem Raffinement könnte eine erkenntnisfördernde Verbindung liegen, so dass Einzelfallstudien einen hohen Stellenwert in der Therapieforschung (Elliott, 1999) in ihrer zentralen heuristischen Funktion haben.

Wie sinnvoll es ist, klinische Fallstudien trotz ihrer primären narrativen Struktur durch Kombination mit quantitativen Datenerhebungen sich gegenseitig komplementär stützend zu einer integrierten Aussage zu führen, wurde auch in der Suche der Hamburger Arbeitsgruppe nach einer angemessenen Forschungsstrategie in der Psychoanalyse deutlich, die klinisch nah und auf Verstehensprozessen basierend arbeitet, aber über den Einzelfall hinaus gehende Erkenntnisse anstrebt:

Aus der Rhetorik kennen wir Sprachfiguren (das Paradoxon oder das Oxymoron), die in den Ambivalenzen unserer Patientenberichte auftauchen und die sich zumeist einer logischen Formalisierung bzw. Operationalisierung entziehen. Es ist also nicht zwangsläufig die Komplexität des Gegenstandes, sondern es ist die zwingende Notwendigkeit zur Aussagen-Eindeutigkeit im Operationalismus mit seinen formal-logischen Strukturen in den empirischen Strategien der Psychotherapieforschung, die Grenzen auferlegt und den Naturwissenschaftler Freud „widerwillig,“ gezwungen haben könnte, zur Novelle als Darstellung zu greifen. Es ist zu vermuten, daß er eine physikalische bzw. exaktere, algo-

rhythmische Darstellungsform, wie im „Entwurf einer Psychologie,, (1895c) angedeutet, gewählt haben könnte.

Der Wissenschaftsphilosoph Toulmin (1991) bemängelt deshalb auch die Verdrängung der humanistischen Anerkennung der Ungewißheit und Vieldeutigkeit in wissenschaftlichen Darstellungen durch logische Strenge. Das Subjekt darf nichts in seiner Wahrnehmung dulden, was nicht im Bewußtsein ist (oder mit ihm integrierbar wäre), sodaß eine in sich logische widerspruchslöse Welt mit kausalen Verknüpfungen entstehen kann, die dann auch der Mathematisierung zugänglich wird. Nach Adorno (1973) hat sich diese Methode jedoch ihrem Gegenstand gegenüber verselbständigt und das vorher anschaulich erfahrene Objekt wird jetzt durch eine abgehobene Begrifflichkeit ersetzt. Adorno plädiert deshalb dafür, sich von Begriffen wieder zurückzuziehen, die abstrakt alles verdinglichen. Für die Hamburger Arbeitsgruppe war es deshalb entscheidend, die Konkretheit und Anschaulichkeit auch in einer Forschungsstrategie, die dennoch generellere Aussagen anstrebt (Stuhr, 1995), zu bewahren. Im Hamburger Ansatz geht es darum, auf der Basis eines taxonomischen Wissenschaftsverständnisses (Stuhr, 1997) ein Bindeglied zwischen dem nomothetischen und dem ideographischen Ansatz zu finden, der für Kächele (1981) und Gerhardt (1986) im Typenbegriff einer „qualitativen Forschung,, zu finden ist. Das Konzept des Idealtypen-Ansatzes von Max Weber (1904) wurde in eine empirische Forschungsmethode „Der Verstehenden Typenbildung,, (Gerhardt, 1986) in der Hamburger Arbeitsgruppe weiterentwickelt (Stuhr, 1995, Stuhr et al., 2001). Wachholz und Stuhr (1999) konnten im Rahmen eines Katamnese-Projektes (Meyer et al., 1988) die Bedeutung des Behandlers als Introjekt anhand dieser qualitativen Methode der „Verstehenden Typenbildung,, zeigen und einer quantitativen Validierung aussetzen. Diese Forschungsstrategie wurde dann in der Hamburger Arbeitsgruppe weiter elaboriert und auch validisiert (Stuhr et al., 2001, Deneke et al., 2003) und nun auf Langzeit-Psychotherapien angewandt (Stuhr et al., 2002).

Am für Freud vorbildhaften Beispiel ‚Charcot‘ entstand möglicherweise Freuds eigener epistemologischer Widerspruch, der für die Entstehung und Begründung, also für die Heuristik seiner Disziplin, so fruchtbar wirkte, nämlich wie er über Charcot folgendes berichtete (Freud, 1895, S. 24): „Für die Neuropathologie war es aber ein Glück, daß derselbe Mann die Leistung zweier Instanzen (‚pathologische Anatomie‘ und ‚Neuropathologie‘, Anm. des Autors) auf sich nehmen konnte, einerseits durch klinische Beobachtungen, die Krankheitsbilder schufen, andererseits beim Typus wie bei der Form fruste die gleiche anatomische Veränderung als Grundlage des Leidens nachwies.,, Aber genau an diesem fruchtbaren dialektischen, also integrativen komplementären Vorgehen haben die Nachfolger und Anhänger der Analyse bislang schwer zu tragen. Die wissenschaftliche Chance innerhalb dieses Vorgehens ist: „Wenn das Unerwartete nicht erwartet wird, wird man es nicht ent-

decken...., (Satz des Heraklit). Dieser Bestandteil der Wissenschaft, nämlich neben der Überprüfung von Hypothesen überhaupt erst kreativ „Neues zu sehen,, in der „Nosographie,, wie Freud (1895a) Charcots Vorgehen als „Seher,, in der Salpêtrière beschrieb, also die Heuristik und Taxonomie (Stuhr, 1995) sollte ein unverzichtbarer Teil unserer Forschungsstrategie bleiben.

7.6 Studien zur Validierung von Einzelaspekten der psychoanalytischen Therapie

Verlaufsforschung - Prozeßforschung

Dieses Thema hat in der Psychoanalyse bei einem der letzten bedeutenden deutschsprachigen Kongresse vor dem Krieg in Marienbad 1936 im Mittelpunkt gestanden und besitzt seither in der Psychoanalyse klinisch Priorität. Klinische Prozeßforschung kreist um die Kernfrage des psychotherapeutischen Handelns: "Wie läßt sich dieses therapeutische Handeln rechtfertigen bzw. begründen?" (Westmeyer 1978). Die Beantwortung dieser Frage kann besonders durch Einzelfallstudien erfolgen, die in der psychoanalytischen Therapiewelt zwar ein hohes Ansehen genießen, aber nicht so zahlreich sind, wie dies wünschenswert wäre. Eine Übersicht über ausführlich systematische klinisch-empirische Studien dieser Art findet sich bei Kächele (1981) (vgl. Kap. 7.3). Eine aktuelle Stellungnahme findet sich bei Leuzinger-Bohleber (1995). Weit häufiger wurden Gruppenstudien durchgeführt, deren reichhaltige Ergebnisse in den einschlägigen Kapitel des "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" in den bislang fünf Ausgaben dokumentiert sind (Bergin und Garfield 1971; Garfield und Bergin 1978; Garfield und Bergin 1986; Bergin und Garfield 1994; Lambert 2003). Vollständige Verlaufsbeschreibungen müßten idealiter sowohl die Veränderungen des Patienten - die Ergebnisse der Behandlung - objektivieren als auch ihr schrittweises Zustandekommen durch die jeweiligen therapeutischen Interventionen erklären. Um diesem Ziel näherzukommen, sind vielfältige methodische Vorarbeiten geleistet worden. Die Einzelheiten, die von Tausenden von Einzeluntersuchungen stammen, wurden von Orlinsky und Howard über viele Jahre wiederholt zusammengefaßt und so aufbereitet (1972, 1978, 1986), daß am Ende ein "generisches Modell der Psychotherapie" stehen konnte (Orlinsky und Howard 1987). In der vorletzten Ausgabe des Handbooks wurde mit K. Grawe ein deutschsprachiger Therapieforscher miteinbezogen, so daß auch deutschsprachige Ergebnisse berücksichtigt werden konnten (Orlinsky 1994). Natürlich stammen nicht alle Befunde aus psychoanalytisch orientierten Therapiestudien, aber - das darf man sagen - ein erheblicher Anteil dieser Literatur wurden von psychoanalytisch orientierten Therapieforschern wie L. Luborsky (1988a), M. Horowitz (1991), H. H. Strupp (1997), C. Perry (1993), W. Piper (1998), R. Wallerstein (1989), beige-steuert. Als deutsche Autoren, die das Feld der prozessualen Therapieforschung bereichert haben, sind vor allem A.E. Meyer (1962b, 1981b), F. Heigl (1977), G. Rudolf (1991, 1997), H. Kordy (1990, 1995), B. Strauß (1995, 2000), V. Tschuschke (1993, 1996), H. Faller (1998) und H. Kächele (1981, 1988) zu nennen.

In der psychoanalytischen Therapieforschung werden seit Jahren vielfältige deskriptive Auswertungsmethoden erprobt, die weiterentwickelt werden müssen. Da die Psychoanalyse außer den unspezifischen Faktoren, wie sie in jeder hilfreichen zwischenmenschlichen Beziehung realisiert werden müssen (Kächele 1988), einen hohen Anspruch an die Wirkung von speziellen technischen Interventionen (Klarifikation, Konfrontation, Interpretation [Koenigsberg 1985]) stellt, geht es besonders um deren reliable inhaltliche relevante Erfassung.

Der Zugang zum psychoanalytischen Dialog konfrontiert die Forschung mit einer großen Menge neuer Daten. Es war geboten, vor der Hypothesenprüfung der phänomenologischen Deskription (Grawe 1988b) und dem induktiven Vorgehen einen breiten Raum zu lassen. Hier liegen auch die Chancen für die qualitativen Forschungsansätze der Psychoanalyse (Streeck 1994; Buchholz und Streeck 1994, Stuhr 1997, 2001), indem sie ihre Interpretationen am tatsächlichen Text des Dialogs, d.h. am Verbatimprotokoll, orientieren (Faller und Frommer 1994).

Die vorwiegend sprachliche Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses ermöglicht Forschungsansätze, die von linguistisch-konversationsanalytischen Textanalysen (Flader 1982) bis zu computergestützten Studien (Dahl 1974, Kächele 1976, 1988, Spence 1993, Mergenthaler 2002) reichen und eine differenzierte Betrachtung therapeutischer Prozesse erlauben. Diese neuen methodischen Ansätze wurden sowohl an Kurztherapien (Mergenthaler und Kächele 1996) als auch an psychoanalytischen Einzelbehandlungen (Leuzinger-Bohleber und Kächele 1990, Leuzinger-Bohleber 1987, 1989) erprobt.

Im Rahmen eines DFG-geförderten Sonderforschungsbereiches ist zuerst in Deutschland eine systematische Sammlung therapeutischer Dialoge als Ton- und Videoaufzeichnung und insbesondere in verschrifteter Form als Textkorpus etabliert worden (Mergenthaler und Kächele 1994). Inzwischen sind international weitere Datenbanken gebildet worden. Durch überregionale Kooperation und den Einsatz moderner Computertechnologie wurde damit eine neue Dimension in der Psychotherapieforschung eröffnet (Luborsky et al. 2001).

Im Einzelnen können folgende intensiv bearbeitete Forschungsfelder hervorgehoben werden (Henry 1994):

a) die therapeutische Allianz

Sie ist mit Abstand das am besten bearbeitete Gebiet (Horvath und Greenberg 1994). Sie dürfte das wichtigste technische Prinzip nicht nur der psychodynamischen Therapieformen sein, sondern wie heute allgemein anerkannt wird, in allen Behandlungsmodalitäten. Was ist damit gemeint?

Die hilfreiche Beziehung bezeichnet eine Reihe verwandter Phänomene, die widerspiegeln, in welchem Masse der Patient die Beziehung zum Therapeuten als hilfreich für das Erreichen der Behandlungsziele erlebt. Sie entspricht Freuds (1912b) Auffassung, der milden positiven Übertragung als “Trägerin des Erfolges“ (a.a.O. 371). Bereits die Anwesenheit des Psychotherapeuten läßt eine hilfreiche Beziehung entstehen, sie wird aber durch „fördernde Interventionen“ gestärkt (vgl. unten).

Die solchermaßen zu fördernde therapeutische Beziehung ist das am besten untersuchte Phänomen des Faches. Gemeinsamkeiten mit der in der Gesprächspsychotherapie zum Eckpfeiler erklärten Einstellungen sind nicht nur zufällig. Es besteht Übereinstimmung darin, daß das Konzept ein multidimensionales Konstrukt ist, an dem vier Aspekte differenziert werden können:

- a) Die Fähigkeit des Patienten zielgerichtet in der Therapie arbeiten zu können;
- b) die affektive Verbundenheit des Patienten mit dem Therapeuten;
- c) das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten;
- d) die Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der Behandlungsaufgaben und -ziele.

Hinsichtlich der Wirkungsweise werden von Horvath und Greenberg (1994) eine a) direkte Wirkung, b) eine Vermittlerwirkung und c) eine interaktive Wirkung diskutiert.

Die einschlägigen Übersichtsarbeiten gehen davon aus, daß die Beziehung, die der Therapeut anbietet, entscheidender für die therapeutische Veränderung ist als die Technik, die eingesetzt wird. Mit den Elementen “bonds“, “tasks“ und “goals“ wird die therapeutische Allianz zur “förderlichen Umgebung“, die es ermöglicht, therapeutische Aufgaben effektiv zu lösen, aber auch selbst zum heilenden Agens.

Die Ergebnisse einer Metaanalyse aus 15 Jahren Forschung zur therapeutischen Allianz faßt Horvath folgendermaßen zusammen:

1. Allianz (bereits aus frühen Therapiestunden) ist ein Prädiktor für den Therapieerfolg, unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren, der Diagnose und von Patientenmerkmalen.
2. Therapeut und Patient stimmen in der Einschätzung der Allianz meist nicht überein.

Eine ausführliche Studie zur Bedeutung der therapeutischen Allianz in nieder- und hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen hat Rudolf (1991) vorgelegt. Weitere Untersuchungen stammen u.a. von Bassler an verschiedenen klinischen Kollektiven (Bassler 1995).

b) Die Übertragung oder das zentrale Beziehungsmuster

Psychodynamische Therapeuten erkennen und nutzen auf der interpersonalen Ebene Beziehungsmuster zwischen sich und den Patienten, die sich laut bewährter klinischer Auffassung aus den viele Male ablaufenden Interaktionsmustern zwischen den Familienmitgliedern in der frühen Erfahrungswelt des Kindes ergeben haben. Diese Analyse der Beziehung zwischen Patient und Therapeut ist das entscheidende psychoanalytisch-psychodiagnostische Instrument (Strupp und Binder 1984, Luborsky 1984, Thomä und Kächele 1985) (vgl. Kap. 5 und 6). Sich wiederholende dysfunktionale Beziehungsmuster gelten als Behandlungs- und entsprechend als Forschungsgegenstand. Der expliziten Ausformulierung von Beziehungsmustern kommt sowohl in der psychodynamischen und kognitiv orientierten Einzel und Gruppentherapie als auch in den Familientherapien zentrale Bedeutung zu.

Unter psychodynamischen Gesichtspunkten können diese Beziehungsmuster als konflikthafte Resultante zwischen den persönlichen Bedürfnissen bzw. Wünschen, den Ängsten und Abwehrvorgängen einerseits und den Reaktionen der Interaktionspartner andererseits verstanden werden. Die psychische Symptomatik des Patienten ist in charakteristische dysfunktionale Beziehungsmuster eingebettet - der Wunsch, die Angst bei der Wunscherfüllung und die entsprechende Abwehr des Wunsches bzw. der Angst konfiguriert auch die interpersonalen Beziehungen. Konflikte sind psychodynamisch zu verstehen als sich widersprechende oder sich gar ausschließende Wünsche und andere Motive, die Ängste vor den Konsequenzen bei der Wunscherfüllung und entsprechende Abwehrreaktionen sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonalen Ebene hervorrufen.

Die Übertragung, das zentrale Konstrukt der psychoanalytischen Theorie der Entstehung (Ätiologie) und der Behandlungstheorie meint solche repetitiven Beziehungsmuster.

Methoden zur Erfassung von Beziehungsmustern

Die direkte Erfassung von konfliktiven interpersonellen und/oder intrapsychischen Beziehungsmustern aus dem Material therapeutischer Dialoge hat sich in den letzten zwanzig Jahren als erfolgreiche Forschungsstrategie durchgesetzt. Es wurden mehrere Meßinstrumente hierfür entwickelt. Zu den bekannteren Instrumenten zählen:

1. Luborsky, L. (1977): Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT), dt.: Zentrales Beziehungs-Konflikt Thema (ZBKT) (Luborsky et al. 1992) (Luborsky und Crits-Christoph 1998).
2. Horowitz, M. (1979): Configurational Analysis. dt.: Fischer (1989).
3. Dahl, H. (1988): Frames Method, dt.: Frames-Methode (Hölzer et al. 1998).

4. Gill und Hoffmann (1982): Patient's Experience of the Relationship with Therapist (PERT), dt.: Beziehungserleben in Psychoanalysen (BIP) (Herold 1995).
5. Strupp und Binder (1984): Dynamic Focus, dt.: (Strupp 1991) Dynamischer Fokus.
6. Weiss und Sampson (Weiss 1986): Plan Diagnosis/Plan Formulation Methode, dt.: Methode der Plan-Formulierung (Albani 2000).
7. Arbeitskreis OPD (2001) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Achse II: Beziehung (Grande et al. 1997)

Alle diese Meßinstrumente arbeiten motivational hoch besetzte, d.h. als relativ wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus und lassen sich sowohl auf kognitive als auch auf expressive Psychotherapieformen anwenden (Albani 2003). Der Zusammenhang der therapeutischen Bearbeitung dieser repetitiven Beziehungsmuster mit dem therapeutischen Ergebnis ist besonders für die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) nachgewiesen (Albani 2003). Anhand der Penn Collection of Psychoanalytic Cases (Luborsky 2001) wurde das CCRT auch für eine größere Zahl von Psychoanalysen eingesetzt.

Die von Weiss und Sampson (1987) konzipierte Plan Diagnosis/Plan Formulation ist ebenfalls ein inzwischen vielfältig bearbeitetes Instrument zur Messung von Übertragungstendenzen; sie wurde an einem Langzeitfall (Weiss 1986) und an psychoanalytischen Kurztherapien (Silberschatz 1986; Silberschatz 1986a; Curtis 1988; Silberschatz 1989; Silberschatz 1991; Silberschatz 1997) getestet. Eine deutsche Fassung der Plan Diagnose wurde ebenfalls vorgelegt (Albani 2000).

Den Zusammenhang von Übertragung und Widerstand hat Herold an Verbatimprotokollen anhand der deutschen Überarbeitung der Methode von Gill und Hoffman detailliert aufgeschlüsselt (Herold 1995). Eine weitere Einzelfallstudie analysiert ebenfalls den Zusammenhang von Beziehung, Widerstand und Einsicht anhand von formalen und inhaltlichen Textmerkmalen (Michal 2001).

Die Methode der FRAME-Analyse wurde von Dahl an dem US-amerikanischen psychoanalytischen Musterfall Mrs C demonstriert (Dahl 1988); eine deutsche Fassung dieser Methode wurde ebenfalls erprobt (Hölzer 1998).

c) Gegenübertragung

Meßmethoden für das klinische Konzept der Gegenübertragung sind bisher noch selten (Singer und Luborsky 1977). Möglicherweise führen linguistische Indikatoren auf die richtige Spur, um diese subtilen Phänomene klinischer Praxis empirisch verlässlich zu identifizieren (Dahl 1978)

Das therapeutisch hoch bewertete Konzept der emotionalen Einsicht ist empirisch noch wenig untersucht (Roback 1974). Allerdings hat Hohage hierzu eine empirische Erfassungsmethode vorgelegt, deren Wert als prozessuales Ergebniskriterium an einer Einzelfallstudie einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung demonstriert wurde (Hohage und Kübler 1987, 1988).

d) Meisterung

Das erst relativ neu eingeführte empirische Konzept der Meisterung operationalisiert das therapeutische Konzept des Durcharbeitens (Grenyer und Luborsky 1996); Untersuchungen zu hochfrequenten Behandlungen mit diesem Konzept sind derzeit in Gange (Grenyer, mündl. Mitteilung 2003).

e) Freie Assoziation

Zur klinisch hochgeschätzten Methode der freien Assoziation liegen wenig naturalistische Studien vor; das Konzept wurde jedoch experimentell von mehreren Autoren untersucht (Bordin 1966), (Colby 1960), (Kris 1982; Kroth und Forrest 1969; Kroth 1970), (Teller und Dahl 1986), (Hölzer et al. 1988), (Heckmann 1987), (Bucci 1995). Eine neuere Studie an dem Verbatimmaterial einer Psychoanalyse belegt den Zusammenhang von interpretativer Aktivität und Produktivität des assoziativen Materials der Patientin (Spence 1993).

f) Deutungsarbeit und Patientenreaktion

Der prozessuale Zusammenhang von Deutungsaktivität und Reaktion des Patienten ist ein wiederholt untersuchtes Thema der psychoanalytischen Prozeßforschung. Einen aktuellen Stand der Forschungslage zu dem Zusammenhang gibt (Crits-Christoph 1998).

Aktuell bearbeitet eine Arbeitsgruppe des New Psychoanalytic Institute detailliert den Zusammenhang von Interventionen und nachfolgender produktiver Reaktion des Patienten (Waldron et al, 2001, Waldron 2003).

g) Strukturelle Veränderungen

Zu den schwer erfaßbaren Themen der empirischen Therapieforschung zählt die Annahme, die psychoanalytische Behandlung führe zu strukturellen Veränderungen, nicht nur zu symptomatischen Besserungen. Verschiedene inzwischen entwickelte Methoden stützen die Annahme. So wurde die Reaktion des Analysanden auf Unterbrechungen als Indikator für

strukturelle Änderungen untersucht (Jimenez und Kächele 2002). Den Wert der Veränderung kognitiver Merkmale der Traumberichte und der dazu gehörenden Assoziationen als Veränderungsindikator belegten Leuzinger-Bohleber und Kächele anhand von fünf Einzelfällen; die gefundenen strukturellen Veränderungen ließen sich mit dem klinischen Erfolg der Behandlung parallelisieren (Leuzinger-Bohleber 1987; Leuzinger-Bohleber und Kächele 1988; Leuzinger-Bohleber 1989; Leuzinger-Bohleber und Kächele 1990).

Methodische Entwicklungen wie sie die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al. 2000, Grande et al. 1997) darstellt, ergänzen das verfügbare methodische Arsenal. Mit Hilfe dieses Instruments können Veränderungen in der Verarbeitung intrapsychischer Konflikte und struktureller Beeinträchtigungen erfasst werden (Grande et al. 2001, 2003). Darüberhinaus findet das psychoanalytisch bedeutsame Konzept der sog. „strukturellen Veränderung,, findet in der Skala eine Operationalisierung, so dass die spezifischen Wirkungen von Psychoanalysen im Unterschied zu Psychotherapien messbar werden (Rudolf et al. 2002, Grande et al. 2003, Rudolf et al. 2003).

Grosses Interesse ziehen auch die Scales of Psychological Capacities (SPC, Wallerstein 1991) auf sich, die in der Münchner Psychotherapie-Studie (Huber 2001) bei niederfrequenten und hochfrequenten analytischen Behandlungen angewendet werden: Diese Verfahren stellen wichtige Schritte zur Identifizierung von Kurz- und Langzeitveränderungen dar, die mit dem klinischen Konzept einer strukturellen Veränderung kompatibel sind.

Zunehmend findet das Adult Attachment Interview als Methode der Veränderungsmessung Anwendung; Fonagy et al. (1996) zeigen auf, inwieweit bisherige psychiatrische Diagnosen mit dem Bindungsstatus kovariieren und welche Veränderungen durch längerfristige Behandlungen zu erwarten sind (Bateman und Fonagy 2001). Eine Einzelfallstudie hierzu berichten Buchheim und Kächele (2003).

7.7 Experimentelle, grundlagenwissenschaftliche Studien im Bereich der Psychoanalyse

Das umfangreiche klinische Wissen, das im Laufe der Jahre von der Psychoanalyse erarbeitet wurde, und der daraus abgeleitete Hypothesenfundus, sowie der reiche Korpus von theoretischen Konzepten und Modellen motivierte zahlreiche Psychoanalytiker seit jeher, spezifische Phänomene und deren theoretische Erklärungen auch in experimentellen Studien genauer zu untersuchen. Empirische und experimentelle Forschung in der Psychoanalyse hat eine lange, wenn auch meist wenig bekannte Tradition.

Der von Moser (1991) geprägte Begriff der „offline-Forschung“ beschreibt allgemein dieses weite Forschungsfeld außerhalb der klinischen Behandlungssituation, in dem unterschiedliche Fragestellungen, Modelle und spezifische Phänomene mit nicht psychoanalytischen Methoden, z.B. unter experimentell-kontrollierten Laborbedingungen, untersucht werden. Leuzinger-Bohleber (1995, 2002) hat diesen Forschungszusammenhang wissenschaftstheoretisch diskutiert und begründet.

Für die experimentelle Labor-Forschung gilt zum Beispiel, daß sich ihre Ergebnisse zwar nicht unmittelbar auf die analytische Therapiesituation rückbeziehen lassen („Instantiierung“), jedoch einen Beitrag zu allgemeinem Grundlagenwissen leisten, sowie psychoanalytische Modelle mit jenen anderer Disziplinen, wie z.B. der Kognitions- oder Neurowissenschaften, detailliert in Beziehung setzen. Zudem bietet der interdisziplinäre Dialog mit anderen Wissenschaftlern sowie eigene empirische oder experimentelle Tätigkeit dem Kliniker einen Fundus an kritischer Selbstreflexion, der sich durchaus auch als persönliche Form der Qualitätssicherung der eigenen klinischen Tätigkeit auswirken kann.

In diesem Rahmen können nur einige grundlagenwissenschaftliche Gebiete genannt werden, in denen intensive experimentell-empirische Forschungen zu psychoanalytischen Konzepten durchgeführt wurden

1. experimentelle Studien zur Traumforschung und zu vorbewußtem Processing von Informationen (Fisher, Klein, Fiss, Strauch, Leuschner und Hau (Überblick in Hau 1999)),
2. entwicklungspsychologische Untersuchungen bzw. Kleinkindforschung (Spitz, Mahler, Stern, Emde, Papousek u.a.),
3. Forschungen zur Affektentwicklung (Krause, Bänninger-Huber u.a.),
4. Studien zur Entwicklung des Bindungsverhaltens (Bowlby, Ainsworth, Main, Crittenden, Grossmann, Fonagy und Target, v. Klitzing, Bürgin u.a.),
5. Psychoanalyse und Cognitive Science (Moser, v. Zeppelin und Schneider, Colby, Wegmann, Stoller, Bucchi, Leuzinger-Bohleber u. Pfeifer u.a. (Überblick in Moser und v. Zeppelin 1991)).
6. neurophysiologische Forschungen (vgl. u.a. internationale Gesellschaft und Zeitschrift Neuro-Psychoanalysis etc).

Um den Beitrag experimenteller und empirischer Grundlagenforschung zur Qualitätssicherung in der Psychoanalyse und zur externen Validierung psychoanalytischer Konzepte zu illustrieren, seien an dieser Stelle lediglich zwei Bereiche exemplarisch herausgegriffen,:

Experimentelle Traumforschung

Seit der Entdeckung des REM-Schlafes (Aserinsky und Kleitman 1953) wurden in zahllosen experimentellen Laborstudien Schlaf- und Traumprozesse präzise untersucht (vgl. dazu u.a. Hau, 2003, S.32ff). Dabei hat die empirisch-experimentelle Traumforschung Befunde der Psychoanalyse bestätigt und modifiziert, wie z.B. die Auffassung, daß Träumen in umfassendem Sinn seelische und körperliche Gesundheit sicherstellt. Deutlich wird dabei eine quasi-therapeutische Funktion der Träume. Sie regulieren Gefühle, lösen Probleme und Streß, assimilieren und „kontextualisieren“ Affekte (Hartmann 1998, Fiss 1995) und schaffen neue Assoziationen, die entlastend wirken. Träume sind darüberhinaus wichtigster Bestandteil des „signal detecting systems“ (Fiss 1993), das parallel zu bewußter Wahrnehmung operiert (Leuschner und Hau 1995, Leuschner et al. 1998, Hau 1999). Träume „inkubieren“ korrektive Urteile und Erfahrungen. Träume dienen der Informationsverarbeitung, der Amplifikation und Konsolidierung von Wissen, sichern (homöostatisch) die psychische Balance und tragen zur Entwicklung des ZNS bei. Untersuchungen zur „Ontogenese“ des Traumes, also von Kinderträumen verschiedener Altersstufen (Foulkes 1985, Hamburger 1987) widersprechen hingegen der These Freuds, wonach in Kinderträumen Wunscherfüllungen direkt dargestellt werden. Die Untersuchungen zeigen vielmehr, daß Kinder weitaus mehr Angstträume als Erwachsene haben. Ihre Fähigkeit, Träume zu bilden, entsteht erst im Verlauf der frühen Kindheit und „wächst“ altersbedingt. Traummenge und narrative Struktur korrelieren mit dem Entwicklungsstand der jeweiligen kognitiven Fähigkeiten und dem sich entfaltenden Sprachvermögen.

Traumforschung ist aber auch Wahrnehmungs- und Gedächtnisforschung. Die Existenz unbewußter psychischer Prozesse kann heute nicht mehr bestritten werden. Dabei wurde das Konzept eines universellen Unbewußten heute durch viele unterschiedliche unbewußte Prozesse differenziert. Es gibt kaum ein psychisches Phänomen für dasinzwischen so viele experimentelle und empirische Befunde vorliegen wie für die Existenz unbewußter Prozesse. Hier von „Prozessen“ statt von dem Unbewußten zu sprechen geschieht keineswegs zufällig, denn die umfangreichen Untersuchungen zur „cognition without awareness“, zum impliziten Gedächtnis oder zum „hidden observer“ haben gezeigt, daß es sich bei diesen Vorgängen um komplexe, unterschiedlichsten Zielen dienende Prozesse handelt, die sowohl die

Aufmerksamkeit und Wahrnehmung beeinflussen sowie auch der Entscheidungsfindung, der Affektregulation, der Motivation oder dem Triebgeschehen dienen. Die Betonung der Dynamik steckt hier im Prozeßcharakter. Damit wird auch die Tatsache angesprochen, daß assoziative Netzwerke, die bei unbewußten Prozessen eine entscheidende Rolle spielen und der damit in Zusammenhang stehende primärprozeßhafte Verarbeitungscharakter sowohl in unbewußten als auch in vorbewußten Prozessen auffindbar sind (vgl. die ausführlichen Darstellungen in Westen 1999, Dixon 1971, 1981, Erdelyi 1985, Schacter 1992, 1995, Shevrin 1995).

Neben den Arbeiten zu unbewußten kognitiven Prozessen existieren auch zahlreiche Belege für die Existenz von unbewußten affektiven Prozessen (Gazzaniga 1985, LeDoux 1995, Erdelyi 1985, Dixon 1971, 1981, Shevrin et al. 1995, Westen et al. 1995, Pennebaker 1997) bzw. unbewußten Motivationsprozessen (McClelland et al 1989, Bargh 1997, Wilson et al. 1993, Shevrin et al. 1997, Glassman und Anderson 1999).

Neurophysiologische Forschungen

In den letzten Jahren ist zu beobachten, wie bei Psychoanalytikern die Hoffnung und das Interesse wächst, daß die Überführung der klinisch-psychologischen Erlebnisbeobachtungen auf ihre (neuro-) physiologische Basis, angesichts der großen Fortschritte der neurophysiologischen Forschungen und der Leistungsfähigkeit neuer bildgebender Verfahren, vielleicht doch in Erfüllung geht.

Mittlerweile hat sich ein intensiver interdisziplinärer Diskurs Psychoanalyse und Neurophysiologie entwickelt (vgl. Gesellschaft und Zeitschrift „Neuro-Psychoanalysis“). (Für einen Überblick vgl. Koukkou, Leuzinger-Bohleber, Mertens 1998; Solms 1998, 1999, 2000, Kaplan-Solms und Solms 2000).

Solms (1999, Kaplan-Solms und Solms 1999) weist nach, basierend auf syndromanalytischen Untersuchungen von hirngeschädigten Patienten, daß REM-Aktivität und Traumaktivität keine kausal miteinander verknüpften Prozesse darstellen, sondern eher als korrelative Phänomene aufzufassen sind.

Kaplan-Solms und Solms berichten von unterschiedlichen Auswirkungen auf die Traumtätigkeit ihrer Patienten, in Abhängigkeit von unterschiedlichen Schädigungen des Hirngewebes. Lagen die Verletzungen im rechten oder linken Parietalbereich des Kortex oder bilateral im weißen Marklager in der ventromesialen Region, führte dies zu einem völligen Verlust der Traumtätigkeit. Bei Verletzungen der ventromesialen, occipito-temporalen Region berichteten die Patienten nicht-visuelle Träume, hingegen führte eine

Verletzung des Hirngewebes in der frontalen limbischen Region zu Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen Traum und Realität (Verlust der Realitätsprüfung).

Diese Befunde heutiger neurowissenschaftlicher Untersuchungen erscheinen kompatibel mit verschiedenen Annahmen Freuds über die Traumentstehung. Solms sieht den Traumprozeß nämlich durch einen Erregungsimpuls aktiviert, wobei dieser stark genug sein bzw. lange genug anhalten müsse. Der Erregungsimpuls könne auch aus der Pons-Region des Hirnstammes kommen, also aus jener Region, deren Impulse für die REM-Aktivität verantwortlich gemacht werden. Schließlich würden motivationale Prozesse im Gehirn in Gang gesetzt, welche normalerweise für die Entstehung und Durchführung zielgerichteten Handelns notwendig seien. Erst nach der Aktivierung dieser motivationalen Mechanismen beginne der eigentliche Traumprozeß. Nun ist während des Schlafes die Ausführung willentlicher Handlungen blockiert, der Muskeltonus gerade während der REM-Phasen extrem herabgesetzt. Dadurch sei eine Umsetzung der Erregungsimpulse in Handlungen nicht möglich. Die Erregung nehme - laut Solms - somit einen regressiven Verlauf. In zwei Schritten würden zunächst die höher organisierten Teile des Wahrnehmungsapparates aktiviert, welche v.a. dem Gedächtnis und dem abstrakten Denken dienen, anschließend die weniger hoch entwickelten Bereiche, die am Zustandekommen konkreter Wahrnehmungsbilder beteiligt sind. Da das reflexive Denken ebenfalls außer Kraft gesetzt sei, könne der Träumer diesen regressiven Prozeß, in dem er zwar „wahrnimmt“, aber nicht handelt, nicht von der tatsächlichen äußeren Realität unterscheiden. Das imaginierte Geschehen werde unkritisch akzeptiert und für reale Wahrnehmung gehalten, denn die frontale Region des limbischen Systems sei inaktiv.

So ergeben sich interessante und vielversprechende Konvergenzen zur psychoanalytischen Traumtheorie. Die etwas ausführlichere Darstellung dieses Beispiels sollte exemplarisch auch zeigen, wie moderne Untersuchungsmethoden wichtige psychoanalytische Konzepte überprüfen helfen und neue Fragestellungen aufgeworfen und beantwortet werden können.

Der beginnende Dialog mit den Neurowissenschaften wird inzwischen auch direkt für die psychoanalytische Psychotherapieforschung nutzbar gemacht (vgl. u.a. Beutel 2003). In einer kürzlich erschienenen Studie untersuchte Beutel affektive und behaviorale Dysfunktionen bei Borderline-Patienten und damit zusammenhängende spezifische Erregungsmuster im Gehirn, wobei sich unterschiedliche Interaktionsabläufe im Gehirn bei Behandlung mit psychodynamischer Therapie auffinden ließen. (Darstellung neurologischer Substrate von hervorstechenden Merkmalen der Borderline-Persönlichkeit, [Beutel et al., im Druck]). Dabei wird das Zusammenwirken von im präfrontalen Kortex ablaufenden Verhaltenssystemen und im limbischen System basierten Reaktionssystemen bei umschriebenen Gruppen von Psychotherapiepatienten untersucht.

Ermuntert durch interessante und bedeutende Befunde aus neurophysiologischen Forschungen, wurden auch Patienten mit zerebralen Schädigungen psychoanalytisch behandelt (Solms 1995, 1998, vgl. auch Kaplan-Solms und Solms 2000, Röckerath et al- 2003). Dabei geht es darum, in Läsions-Symptomen auch unbewußte seelische Strukturen und Prozesse sichtbar zu machen. So erwies sich, daß eine gute Objektbeziehung passagere Besserungen von Symptomen nach sich zieht. Dies betraf u.a. die Milderung von Ängsten, kohärentes Denken, Erinnerungsleistungen, sowie zeitlich-räumliche Orientierungsfähigkeiten. Dies bedeutet, im Rahmen einer Objektbeziehung zu einem stabilen anderen, kann es dem Patienten gelingen, Funktionsausfälle infolge von umschriebenen anatomischen Großhirndefekten in gewissem Umfang zu kompensieren. Dies sind Hinweise darauf, daß psychisches Erleben nicht nur als eine Leistung des Gehirns anzusehen ist, sondern daß dazu auch Faktoren gehören, die zur Außenwelt, zu Beziehungen und Interaktionen mit anderen Objekten gehören.

8. Versorgungsrelevanz

Indikationsbereiche psychoanalytischer Therapie

Hauptindikationsbereiche psychoanalytischer Therapie sind Psychoneurosen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen), vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie, Persönlichkeitsstörungen sowie seelische Behinderungen, wenn psychodynamische Aspekte wesentlichen Anteil daran haben (z.B. Abhängigkeiten von Alkohol, Drogen oder Medikamenten); seelische Behinderungen aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände; seelische Behinderungen als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe; seelische Behinderungen aufgrund von extremen Traumatisierungen; seelische Behinderungen als Folge psychotischer Erkrankungen (vgl. Faber et al. 1999).

Prävalenz von Erkrankungen mit einer Behandlungsindikation für psychoanalytische Therapie

Dilling et al. (1984) fanden bei einer Feldstudie zur Zeitpunktprävalenz in einem ländlichen bayerischen Gebiet eine Häufigkeit von 40,9% psychischer Störungen insgesamt, wobei nach Abzug leichterer Formen 18,6% behandlungsbedürftige Patienten blieben, davon 12,0% Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Weitere epidemiologische Daten lassen sich der Mannheimer Verlaufsstudie von Schepank (1987) und Mitarbeitern entnehmen, die gezielt das Vorkommen psychoneurotischer und psychosomatischer Syndrome untersuchten. Dabei hielten Experten in einer ersten Querschnittsuntersuchung 22,8 % der Stichprobe von 600 Probanden einer Großstadtbevölkerung zwischen 25 und 45 Jahren für psychotherapeutisch behandlungsbedürftig. In einer Nachuntersuchung derselben Stichprobe (Kohortenstudie, Schepank 1990) zeigte sich, daß die Befunde bei nur 11% neuen Fällen und 11% Nicht-mehr-Fällen relativ stabil blieben. Schepank leitete daraus eine Bedarfsschätzung ab, die für 10% der Stichprobe eine Kurzzeittherapie für notwendig hält, für 15% eine intensive ambulante Psychotherapie sowie für weitere 4% eine stationäre psychotherapeutische Behandlung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß psychogene Erkrankungen überwiegend chronifizierend und ohne wesentliche Tendenz zur Spontanremission verlaufen (vgl. hierzu Franz, 1999).

Für Deutschland fehlen allerdings bisher **bundesweite** Studien, die eine noch verlässlichere Abschätzung der Prävalenz der beschriebenen Indikationsgebiete zulassen würden (Tress

1990). Weitere Daten zur Prävalenz psychischer Störungen sowie der damit einhergehenden Komorbidität können von einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München erwartet werden (Wittchen et al. 1998). Als erstes Ergebnis konnte 1999 festgehalten werden, daß in allen Altersgruppen zwischen 18 und 65 Jahren affektive (6,3%), Angst- (9%) und somatoforme Störungen (7,5%) weit verbreitet sind (Wittchen et al. 1999).

Aus diesen epidemiologischen Befunden allein läßt sich allerdings noch nicht ein direkter Behandlungsbedarf eruieren. Es gibt Hinweise, daß im Bereich der Psychotherapie komplexere Indikationsmodelle nötig sind als sie üblicherweise in der Medizin verwendet werden: „Indikationsentscheidungen in der Psychotherapie sind in der Regel das Resultat komplexer Aushandlungsprozesse, bei denen Zielvereinbarungen, die Berücksichtigung vorhandener Ressourcen und die ‚Passung‘ zwischen therapeutischem Angebot und den Vorstellungen der Patient(inn)en besonders bedeutend sind“ (Strauss 2000). Hier sind weitere medizin-soziologische Untersuchungen, z.B. zum Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen, erforderlich.

Ambulante Versorgung mit psychoanalytischer Therapie

Die Frage der Prävalenz spielt auch in der Studie zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs eine Rolle, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchführte (Löcherbach 2000). Nach den dortigen Erhebungen schwankte die Erkrankungshäufigkeit an Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen je nach Untersuchung in der Bundesrepublik zwischen ca. 7% und 15%. Bei altersmäßiger Differenzierung zeigten sich bei Kindern und Jugendlichen Störungsraten von 16,2-18,4%, im Erwachsenenbereich zwischen 11,3 und 26,4%, bei Senioren ca. 23%. Allerdings sind diese Prävalenzdaten aus epidemiologischen Felduntersuchungen nach Ansicht der Autoren nicht unmittelbar in versorgungsbezogene Bedarfskategorien konvertierbar. Sie gehen von Anteilen der Behandlungsindikation aus, die sie mit 15% analytische Therapie, 50% tiefenpsychologisch fundierte Therapie und 35% Verhaltenstherapie beziffern.

Anwendungen der psychoanalytischen Therapie sind im ambulanten Bereich unter dem Namen „analytische Psychotherapie“ und „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ seit 1967 in das System der gesetzlichen Krankenversicherung integriert. Seit damals konnten Ärzte und Psychologen mit einer spezifischen Weiterbildung zunächst begrenzte Formen der Psychotherapie, wenn es um die Auswirkungen aktueller, unbewußter Konflikte ging, seit 1976 auch die auf Strukturveränderung zielende analytische Psychotherapie bei geeigneten Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen. Auch die von

Ausbildungskandidaten durchgeführten Behandlungen unter Supervision wurden in dieses System integriert, das zugleich in den Psychotherapie-Richtlinien und -vereinbarungen hohe qualitative Anforderungen an die Weiterbildung normierte. Dadurch wurde die psychoanalytische Krankenbehandlung im Bereich der Psychotherapie zu einem wichtigen Bestandteil im Gesundheitssystem, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Zur Zeit werden jährlich rund 150000 Anträge auf Psychotherapie in den analytisch begründeten Verfahren gestellt, wobei rund ein Drittel auf „analytische Psychotherapie“ entfällt.

Stationäre Behandlung mit psychoanalytischer Therapie

Nach den Berechnungen aufgrund der epidemiologischen Studien von Franz (1999) bedürfen etwa 14,1 der neurotischen, psychosomatisch erkrankten und persönlichkeitsgestörten Patienten zeitweise einer stationär-psychotherapeutischen Behandlung.

Die Entwicklung der stationären Psychotherapie im Krankenhaus und in der psychosomatischen Rehabilitation ist insbesondere in Deutschland vorangetrieben worden. Zur Zeit gibt es folgende Abteilungen und Kliniken, an denen psychoanalytische Therapie neben der Verhaltenstherapie praktiziert wird:

1. Größere Fachkliniken für Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatische Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie) zur Behandlung der neurotischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und auch psychosomatischer oder somatopsychischer Erkrankungen, insbesondere aber der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen. Diese Fachkliniken haben meist einen überregionalen und spezialisierten Versorgungsauftrag und gliedern sich zum Teil in Abteilungen.
2. Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik, Psychotherapie) an Allgemeinkrankenhäusern z.B. der Schwerpunktversorgung mit meist geringem Bettenangebot, Konsiliar- und Liaisondiensten und ambulanten Angeboten. Aus diagnostischer Sicht stehen bei diesen Abteilungen die psychosomatischen und somatopsychischen Erkrankungen meist im Vordergrund.
3. Reine Konsiliar- und Liaisonabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ohne Betten.
4. Abteilungen für Psychotherapie an psychiatrischen Fachkliniken mit dem Versorgungsauftrag der psychotherapeutischen Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen.

5. Fachkliniken für psychosomatische Rehabilitation, die wiederum untergliedert sind und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen haben (internistische Psychosomatik, neurologische Psychosomatik, orthopädische Psychosomatik etc.).

Laut neuerer Untersuchung (Vortrag H. Schulz, Hamburg 2003) gibt es in der Bundesrepublik ca. 75 Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an den Krankenhäusern mit 3.196 Betten und 158 Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation mit 13.930 Betten. 2/3 dieser Einrichtungen verfolgt ein tiefenpsychologisch-analytisches Konzept. Insgesamt zeigt sich nach den Erhebungen der Bundesärztekammer (2003) ein Trend zur Umwidmung von internistischen oder psychiatrischen Betten in Betten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Anzahl der psychiatrischen Kliniken, die getrennte psychotherapeutische Stationen vorhalten, ist nicht bekannt, auch nicht die Zahl der dort zur Verfügung stehenden Betten.

Bei einem erheblichen Teil von Patienten mit Diagnosen, die einer Psychotherapie bedürfen, werden offensichtlich in Abteilungen ohne fachpsychotherapeutische Angebote behandelt (Fehlbelegung). Weiterhin wird ein großer Teil der stationär behandelten Patienten mit einer Indikation zur ambulanten Psychotherapie entlassen. Es besteht nachgewiesenermaßen ein Bedarf an Integration psychotherapeutisch-psychosomatischer Versorgung sowie psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliar- und Liaisondienste in stationären Abteilungen, die fachpsychotherapeutisch ausgerichtet sind.

9. Ausbildung

Die Ausbildung in psychoanalytischer Therapie erfolgt an psychoanalytischen Instituten, z.T. im Verbund mit psychoanalytisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Kliniken und Universitäten. Z.Zt. gehören der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), dem Dachverband der psychoanalytischen Fachgesellschaften und Institute, 52 Institute an, in denen etwa 2200 Kandidaten die Aus- bzw. Weiterbildung absolvieren. Die Institute gehören zum größeren Teil zusätzlich einer der vier psychoanalytischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie - DGAP, Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie - DGIP, Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft - DPG, Deutsche Psychoanalytische Vereinigung - DPV) an. Die Institute sind zum größten Teil als Ausbildungsstätten von den vier psychoanalytischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie - DGAP, Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie - DGIP, Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft - DPG, Deutsche Psychoanalytische Vereinigung - DPV) gegründet und weiterentwickelt worden.

Die Ausbildung an den psychoanalytischen Instituten erfolgt auf der Grundlage mehrerer Regelwerke. Diese sind: Für Ärzte die Weiterbildungsordnung der jeweils zuständigen Landesärztekammer, für Psychologen sowie zukünftige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) zusammen mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV), für alle Kandidaten an DGPT-Instituten die Aus- und Weiterbildungsordnung der DGPT, für die Kandidaten an fachgesellschaftsgebundenen Instituten zusätzlich die Aus- und Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Fachgesellschaft. Zur Strukturqualität der Ausbildung gehört die umfassende Information über Inhalte, Umfang und Struktur der Ausbildung für die zukünftigen Ausbildungskandidaten und die interessierte Öffentlichkeit (Sasse 2000, 2003a).

An der Ausbildung zum Psychoanalytiker können approbierte Ärzte und Diplom-Psychologen teilnehmen. Für Ärzte handelt es sich im formalrechtlichen Sinne um eine Weiterbildung, da sie mit dem Erwerb der Approbation das Recht zur Berufsausübung bereits erworben haben, für Psychologen und für zukünftige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten handelt es sich um eine Ausbildung, die zum Erwerb der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. als Kinder- und

Jugendlichpsychotherapeut und damit zum Berufszugang führt. Die psychoanalytische Weiterbildung für Ärzte erfolgt unter der Zuständigkeit von durch die Landesärztekammern weiterbildungsbefugten Ärzten, die den Instituten angehören, durch anerkannte Lehranalytiker, Supervisoren und Dozenten, die psychoanalytische Ausbildung für Psychologen und zukünftige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt durch Lehranalytiker, Supervisoren und Dozenten, die als Selbsterfahrungsleiter und Supervisoren gem. PsychTh-APrV von der zuständigen Landesbehörde anerkannt sind. Planung und Organisation der Aus- und Weiterbildung an den Instituten werden in der Regel durch einen Ausbildungsleiter und einen Ausbildungsausschuss koordiniert.

Die Ausbildung enthält vier Hauptelemente: eine praktische klinische Tätigkeit in einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtung, wie in den ärztlichen Weiterbildungsordnungen für die Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“, sowie im PsychThG (§ 8) und in PsychTh-APrV (§ 2) verlangt, die theoretische Ausbildung, die Selbsterfahrung (Lehranalyse) und die praktische Ausbildung in Form von Behandlungen unter Anleitung bzw. Supervision.

Die Aus- bzw. Weiterbildung zum ärztlichen und psychologischen Psychoanalytiker erfolgt grundsätzlich als Ausbildung in den psychoanalytisch begründeten Verfahren, wie sie in den Psychotherapie-Richtlinien definiert werden (Abschnitt B I. 1.1.), d.h. sie beinhaltet die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (B I. 1.1.1.) und die Analytische Psychotherapie (B I. 1.1.2.). Ein Teil der Institute bildet auch in der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Gruppenpsychotherapie aus.

Eine Weiterbildung in psychodynamischer/tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie erfolgt auch im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (zukünftig Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Neben der Theorie-Weiterbildung, der Selbsterfahrung und der Vermittlung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in psychodynamischer Psychotherapie und kognitiv-behavioraler Psychotherapie, in anderen Psychotherapieverfahren wie Psychoedukation und Psychotraumatheorie, sowie Kenntnissen und Erfahrungen in der Inneren Medizin und der Psychiatrie und Psychotherapie wird die Weiterbildung zur Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt. Dabei besteht die Weiterbildung sowohl aus der Vermittlung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Langzeittherapien, Kurzzeittherapien, Paartherapien, Familientherapien und Gruppenpsychotherapien. Umfang und Art der praktischen Weiterbildung (insgesamt 1.500 Behandlungsstunden bei 40 Fällen unter Supervision) wird in der ärztlichen Weiterbildungsordnung geregelt. Teilweise werden die Langzeitfälle im Rahmen der Zusatzweiterbildung zur Bezeichnung „Psychoanalyse“, absolviert, teilweise in

den Praxen niedergelassener befugter Fachärzte, teilweise in Institutsambulanzen und Polikliniken der Weiterbildungsstätten und teilweise an den psychoanalytischen Instituten.

Es gibt nach den vorliegenden Daten (Stand 2003) in der Bundesrepublik 75 Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 3.196 Betten und 158 Kliniken für Psychosomatische Rehabilitation mit 13.130 Betten. Nach einer Erhebung der Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) vom Juni 2002 haben ca. 80% der Weiterbildungsbefugten eine psychodynamisch-tiefenpsychologische Orientierung. Die weiterbildungsbefugten Fachärzte sind im stationären Bereich, in Praxen sowie in Polikliniken, Ambulanzen und Konsiliar- und Liaisonsdiensten tätig. Die genehmigten Weiterbildungszeiten sind im stationären Bereich länger und betragen dort mindestens drei Jahre, im ambulanten Bereich liegen sie meistens bei einem Jahr.

Zum Erhebungszeitpunkt befanden sich ca. 600 Assistenzärzte in Weiterbildung.

70 % der befugten Ärzte gaben an, daß sie im Verbund weiterbilden, z.B. mit Kliniken, mit niedergelassenen Ärzten, mit psychoanalytischen Instituten. 2/3 dieser befugten Ärzte konnten gleichzeitig zur Zusatzbezeichnung „Psychotherapie,, weiterbilden und 1/3 hatte die Befugnis für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse,,. Die Daten zeigen die eigenständige Weiterbildung des Gebietes Psychotherapeutische Medizin und ihre ausgeprägte Vernetzung mit anderen Aus- und Weiterbildungsstrukturen.

10. Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung in der Psychoanalytischen Therapie übernahmen in den vergangenen Jahren die DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) und die mit und in ihr kooperierenden Fachgesellschaften DPG (Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft), DPV (Deutsche Psychoanalytische Vereinigung), DGIP (Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie) und DGAP (Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie) wesentliche und koordinierende Aufgaben i.B. auf die Praxis und Ausbildung im Bereich der analytischen Behandlungsverfahren für Erwachsene. Im Bereich der analytischen Kinder - und Jugendlichenpsychotherapie übernahm die VAKJP als Fach - und Berufsverband die Planung, Entwicklung und Koordination.

Die DGPT beschäftigt sich seit 1994 aktiv mit Fragen der Qualitätssicherung unter Einrichtung entsprechender - bis heute arbeitender - Gremien und in fortlaufender Diskussion mit der Mitgliedschaft.

Seit 1996 koordinierte die DGPT unter Einbeziehung der vier Fachgesellschaften die bis dahin getrennt durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Mit der Gründung der Konsensus-Konferenz mit je zwei wissenschaftlich ausgewiesenen Vertretern der vier Fachgesellschaften wurde die Arbeit konzentriert und koordiniert. In dieser Gruppierung wurden unter der Leitung von Prof. Dr. Bruns wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung für die Psychoanalytische Therapie theoretisch und praxisbezogen erarbeitet und sowohl in die DGPT als auch in die Fachgesellschaften zur Anwendung und Weiterentwicklung eingebracht. Eine weitere grundsätzlichere Reflektion zu Fragen zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie wurde von Sasse, 2003b vorgelegt.

Gründung des Arbeitskreises "Qualitätssicherung für Niedergelassene".

- | | |
|------|---|
| 2001 | Etablierung der Konferenz der Gutachter (DGPT/KBV) mit einer AG der Gutachter zur Konzeptentwicklung |
| 2002 | 1. QS - Konferenz der DGPT und Einrichtung einer koordinierenden AG für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. |

In allen Gremien hat die QS - Beauftragte der DGPT Sitz und Stimme. Diese Funktion wird regelmäßig von einem Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands wahrgenommen.

DGPT - Mitglieder arbeiten außerdem in hoher Anzahl und an entscheidender Stelle mit an regionalen Modellprojekten für niedergelassene Psychoanalytiker und Psychoanalytikerinnen (z.B. „Modellprojekt Qualitätssicherung für niedergelassene analytische Psychotherapeuten

in NRW (QNAP),,, an Modellprojekten zur Qualitätssicherung in den Ambulanzen der Ausbildungsinstitute (z.B. am Berliner Institut für Psychotherapie (BP) und am Berliner Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie (BIPP) und an Modellprojekten zur Qualitätssicherung im stationären Bereich (z.B. in der Psychosomatischen Klinik der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg).

Als Mitgliedsgesellschaft der AWMF ist die DGPT mit den Fachgesellschaften AÄGP, DGPM, DKPM und den Ltd. Fachvertretern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie beteiligt an den Prozessen der Zertifizierung und Rezertifizierung fachspezifisch relevanter krankheits - und settingbezogener wissenschaftlicher Leitlinien. Unter Mitarbeit der DGPT wurden bisher folgende Leitlinien zertifiziert :

- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Depression (rezertifiziert 2002)
- Paar - und Familientherapie
- Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin
- Begutachtung Psychosomatischer Störungen
- Artifizielle Störungen

Im Anfangsstadium befindet sich die Mitarbeit an einer Leitlinie

- Psychosoziale Betreuung von Mammakarzinompatientinnen.

Die 2002 gegründete Arbeitsgruppe für Qualitätssicherung und - management (s.o) erarbeitete eine Zusammenfassung aller bisherigen Aktivitäten und Überlegungen mit dem Ziel einer Rahmenplanung für die Qualitätssicherung der DGPT.

Die Arbeitsergebnisse wurden im Auftrag des Geschäftsführenden Vorstands in einem Papier „Qualitätsmanagement der DGPT,, systematisiert (Piechotta 2002, unveröff. Manuskript, s. Anlage).

Dieses Arbeitskonzept bilanziert Vorhandenes und benennt weiter zu Entwickelndes. Es orientiert sich an den Ebenen 1. Mitglieder, 2. Institute, 3. kooperierende Fachgesellschaften unter den Aspekten 1. Strukturqualität, 2. Prozeßqualität, 3. Ergebnisqualität.

Zur Tätigkeit der Mitglieder in der Krankenversorgung wurde - ebenfalls im Auftrag des Geschäftsführenden Vorstands - ein Papier erarbeitet zur „Zertifizierung von Praxen analytischer Psychotherapeuten,, (Piechotta 2001, unveröff. Manuskript), das u.a. eine 2000/2001

im Arbeitskreis Qualitätssicherung für Niedergelassene (s.o.) entwickelte „Basisdokumentation für ambulante Psychotherapie“, verwendet.

Alle Maßnahmen und Planungen zu Qualitätssicherung und -management im Bereich der Psychoanalytischen Therapie haben folgende essentials handlungsleitend zum Hintergrund:

Akzeptanzfähigkeit durch Mitglieder, Institute und kooperierende Fachgesellschaften durch Sanktionsfreiheit; so ist die Datensicherheit in diesem Zusammenhang für Patienten, Mitglieder, Institute und kooperierende Fachgesellschaften unabdingbar zu gewährleisten.

Orientierung an den methodenspezifischen Arbeitsbedingungen i.B. auf alle Anwendungsformen der Psychoanalytischen Therapie.

Kompatibilität mit in Entwicklung befindlichen - bezüglich der Psychotherapie methodenübergreifenden - Qualitätssicherungs- und Managementkonzepten durch die Bundeskammern (BÄK und BPtK) und die KBV.

Die konkrete Qualitätssicherung der Ausbildungsstätten, der Ausbildungsinhalte und der Ausbilder findet unter der Aufsicht der zuständigen Landesbehörden vorrangig innerhalb der Ausbildungsstätten statt. Dazu gibt es regelmäßige Arbeitstreffen der Ausbildungsstätten sowohl im Rahmen der DGPT als auch in den Fachgesellschaften. Hier werden die gemeinsamen Standards der Ausbildung weiterentwickelt und abgestimmt.

Die Ausbildung, Prüfung und Ernennung der Dozenten, Supervisoren, der Lehr- und Kontrollanalytiker wird in den Ausbildungsstätten gemäß der verbindlichen Standards durchgeführt. Die Ausbilder stehen zusätzlich den Landesprüfungsämtern als Prüfer für die staatlichen Prüfungen der psychologischen Psychotherapeuten zur Verfügung.

Im Rahmen des Sozialrechtes stellen die Ausbilder der staatlich anerkannten Ausbildungsstätten (VT und PA) den größten Teil der Gutachter im Gutachterverfahren gemäß der Psychotherapierichtlinien.

Das Gutachterverfahren als Instrument der Qualitätssicherung

Psychotherapie in Deutschland, sofern sie der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt, findet statt unter den Voraussetzungen der Psychotherapievereinbarungen. Diese sehen als Bedingung für Kostenübernahme durch die Krankenkassen die Einschaltung des sog. Gutachterverfahrens vor.

In diesem klärt ein Gutachter vor Beginn der Behandlung anhand eines anonymisierten Berichtes des Therapeuten,

- ob eine seelische Krankheit vorliegt,

- die mit Hilfe einer ätiologisch orientierten Diagnostik als ursächlich bestimmter Prozeß verstehbar ist,
- ob für die im Rahmen der geplanten Behandlung eine ausreichende Besserung zu erwarten ist, sowie
- ob der geplante Einsatz eines bestimmten Verfahrens in einem bestimmten Umfang wirtschaftlich ist.

Aufgrund seiner Erkenntnisse gibt der Gutachter dann der beauftragenden Krankenkasse eine Empfehlung hinsichtlich der Kostenübernahme ab.

Im Jahr 2002 wurden laut Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bereich der analytisch begründeten Verfahren fast 137.000 Gutachten erstellt (Dahm A 2003, schriftl. Mitteilung). Die durchschnittliche Ablehnungsquote lag mit 4% etwas niedriger als im Vorjahr; dagegen stieg die Quote der abgelehnten Anträge auf Kostenübernahme im Bereich des Obergutachterverfahrens leicht an und lag bei 25%.

Die Kritik am Gutachterverfahren, die in den letzten Jahren laut wurde, argumentiert einerseits denn auch überwiegend mit der als zu gering eingeschätzten Ablehnungsquote. Das Verfahren sei nicht geeignet, Anträge, bei denen die Voraussetzungen gegeben seien, von solchen zu differenzieren, bei denen dies nicht der Fall sei. Je nach Verfasser der Kritik richtete sich diese aber auch auf zu hohe Ablehnungsempfehlungen. Der zentrale Vorwurf lautete, das angewandte Verfahren (Urteilsbildung anhand schriftlicher Berichte) sei aufgrund seiner unzureichenden Reliabilität und Validität als Instrument einer Qualitätssicherung völlig ungeeignet (exemplarisch: Köhlke 1998).

Inzwischen liegen Untersuchungen vor, die das Gegenteil belegen (Rudolf, Jakobsen, Hohage und Schlösser 2002; Rudolf und Jakobsen 2002; Rudolf und Schmutterer 2003). In der ersten Studie wurde eine Liste mit 10 Kriterien in 3facher Abstufung entwickelt, die – so die Einschätzung der beteiligten Gutachter - im Falle einer positiven Einschätzung die Übereinstimmung mit den PT-Richtlinien bestätigen und damit Empfehlung der Kostenübernahme nach sich ziehen würden.

Bei einer Untersuchung der Interrater-Reliabilität beim Entscheidungsverhalten der Gutachter, die diese Liste zugrunde legte, zeigte sich dann, daß die Gutachter in der Beurteilung der positiven Textvorgaben hoch übereinstimmten. Bei den negativen Textvorgaben lag die Übereinstimmung etwas niedriger, dafür entschied sich neben den Ablehnungen ein Drittel der Gutachter in solchen Fällen für eine eingeschränkte Befürwortung. Dies spricht für eine sichere Unterscheidung der positiven und negativen Fälle. Außerdem konnten einige Kriterien der Liste isoliert werden, die in hohem Maße mit Befürwortung bzw. Nichtbefürwortung verknüpft waren. Es spricht also einiges dafür, daß

die Kriterienliste die für die Gutachterentscheidung relevanten Entscheidungskriterien enthält.

In einer weiteren Untersuchung (Rudolf und Jakobsen 2002) wurden die an wenigen Berichten gewonnenen Befunde zur Trennschärfe der Kriterien an einer größeren Stichprobe (40 Gutachter, 452 Fälle) überprüft und deren Bedeutung als Grundlage der gutachterlichen Einschätzung untersucht. Hier das Ergebnis:

„Die Übereinstimmung der Gutachter in der Beurteilung vorgegebener Berichte und ihre Handhabung der von der Gutachterkommission entwickelten Kriterienliste zeigt unerwartet hohe Übereinstimmungen. In ihrem Urteilsverhalten stützen sich die Gutachter auf die Kriterien, welche aus den Psychotherapierichtlinien abgeleitet sind. Im Falle der Befürwortung sind die Kriterien durchschnittlich zu 80 % erfüllt, bei eingeschränkter Befürwortung nur noch zu durchschnittlich 30 % und bei Nichtbefürwortung unter 10 %. Wenn aus 9 Kriterien eine Summe gebildet wird, bildet das Maß 6 von 9 die kritische Grenze für Befürwortung und Nichtbefürwortung. Bei befürworteten Fällen sind 7, 8 oder 9 von 9 Kriterien zweifelsfrei erfüllt, bei nichtbefürworteten Fällen sind es 6 und weniger Kriterien.

Es hat den Anschein, daß einige Kriterien wie Krankheitswertigkeit oder Psychodynamik eher die Voraussetzung für das Urteil bildet, während andere wie Stimmigkeit des Behandlungsverfahrens, prognostische Chancen der Behandlungskonzeption, prognostische Einschätzung bezüglich des Verlaufs die notwendige Voraussetzung für eine Befürwortung darstellen. Diese Einzelmerkmale korrelieren hoch mit der Gesamtentscheidung der Gutachter. Am höchsten korreliert das Merkmal Wirtschaftlichkeit, das wahrscheinlich weniger ein Einzelmerkmal, als eine schlußfolgernde Zusammenfassung widerspiegelt. Die entwickelte Kriterienliste erscheint also in hohem Maße geeignet, den Begutachtungsvorgang inhaltlich widerzuspiegeln. Viele der an der Studie beteiligten Gutachter haben sich positiv darüber geäußert, daß es ihnen leichter gefallen ist, ihr Urteil anhand der Liste zu begründen. Sie sprechen sich dafür aus, diese Transparenz auch zu nutzen, um dem Therapeuten ihre Stellungnahme anhand der Gutachtenkriterienliste plausibel zu machen.

Insgesamt kann die Verwendung der Kriterienliste im Routinevorgang der Begutachtung für das gut funktionierende Verfahren zusätzliche qualitätssichernde Wirkung entfalten,, (Rudolf und Jakobsen 2002).

Fazit:

Der gutachterliche Entscheidungsprozeß wird durch die Verwendung der Gutachtenkriterienliste, die als reliables und valides Instrument gesichert werden konnte, standardisiert und operationalisiert. Transparenz und Qualitätssicherung des Gutachterverfahrens können auf diese Weise entscheidend optimiert werden. Zudem kann

die Rückmeldung an die Therapeuten durch die Übersendung der vom Gutachter ausgefüllten Gutachtenkriterienliste den Begutachtungsvorgang für die Therapeuten transparenter machen.

Literatur

- Adorno, Th. W. (1973). Die Aktualität der Philosophie. Philosophische Frühschriften. In: Thiedemann, R. (Hrsg.). Th. W. Adorno. Gesammelte Schriften I. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Ahrens, S. (1997). Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Stuttgart, New York: Thieme
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H. und Pokorny, D. (2003). Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Psychotherapeut, im Druck
- Albani, C., Thomä, H. und Kächele, H. (2003). Übertragung und Empirie - ein Überblick. Psyche - Z Psychoanal, im Druck
- Albani, C., Volkart, R., Humbel, J., Blaser, G., Geyer, M. und Kächele, H. (2000). Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur „Control Mastery Theory“, von Joseph Weiss. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 50, 470-471
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E., Thomä, H. und Kächele, H. (2002). Amalia X's psychoanalytic therapy in the light of Jones's Psychotherapy Process Q-Sort. In: Leuzinger-Bohleber, M. und Target, M. (eds.). Outcomes of psychoanalytic treatments Perspectives for therapists and researchers. London and Philadelphia :Whurr, 294-302
- Alexander, F. (1937b). Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937. Chicago: Institute for Psychoanalysis
- Alvarez, A. (2001). Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline- vernachlässigten und mißbrauchten Kindern. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel
- Antikainen, R., Hintikka, J., Lehtonen, J., Koponen, H. und Arstil, A. (1995). A prospective follow-up study borderline personality disorder inpatients. Acta Psychiatrica Scandinavia 92, 327-335
- Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg) (2003). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1996). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 3. aktualisierte und korrigierte Auflage. Bern: Huber, 2001
- Argelander, H. (1970). Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Aserinsky, E. und Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. Science 118, 273-274
- Bachar, E., Latzer, Y., Kreitler, S. und Berry, E.M. (1999). Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. J Psychother Pract Res 8, 115-128
- Bachrach, H.M., Weber, J.J. und Murray, S. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV) 12, 379-389
- Bachrach H, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S (1991) On the efficacy of psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association 39, 871-916
- Baldoni, F., Baldaro, B. und Trombini, G. (1995). Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. Stress Medicine 11, 79-84
- Balint, M. und Balint, E. (1962). Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart: Klett
- Bargh, J. (1997). The automaticity of everyday life. In: Wyer, R.S. (ed.). The automaticity of everyday life, Vol. 10. Mahwah: Erlbaum, 1-61

- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Agnew, R.M., Halstead, J., Culverwell, A., Harrington, V., M.G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 1079-1085
- Baruch, G. und Fearon, P. (2002). The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow up based on self report data. *Psychology and Psychotherapy* 75, 261-278
- Bassler, M. (1995). Prognosefaktoren für den Erfolg von psychoanalytisch fundierter Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 77-97
- Bassler, M. und Hoffmann, S.O. (1994). Stationäre Psychotherapie bei Angststörungen. Ein Vergleich ihrer therapeutischen Wirksamkeit bei Patienten mit generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 44, 217-225
- Bateman, A. und Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, 1563-1569
- Bateman, A. und Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36-42
- Bateson, G., Jackson, D.D. und Laing, R.D. (1969). *Schizophrenie und Familie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Baumann, U. (1981). *Indikation zur Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg
- Bauriedl, T. (1980). *Beziehungsanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Beckmann, D. und Richter, H.-E. (1994). *Der Gießen-Test*. 4. überarb. Aufl. mit Neustandardisierung. Bern: Huber
- Benedetti, G. (1983). *Psychosentherapie: psychoanalytische und existentielle Grundlagen*. Stuttgart, Hippokrates, 1983
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* 81, 392-425
- Bergin, A. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *J Con Psychol* 10, 244-250
- Bergin, A. und Garfield, S. (eds.) (1971). *Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis*. 1st ed. New York: Wiley und Sons
- Bergin, A. und Garfield, S. (eds.) (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley
- Beutel, M., Thiede, R., Wiltink, J. und Sobez, I. (2001) Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity - first results from a randomized study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25, Suppl 1, 96-98
- Beutel, M., Stern, E. und Silbersweig, D. (2003). The emergent dialogue between psychoanalysis and neuroscience: Neuroimaging perspectives, in Druck
- Blanck, G. und Blanck, R. (1985). *Angewandte Ich-Psychologie*. Stuttgart: Klett
- Blomberg J, Sandell R (2003) Close family members or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Richardson, P., Renlund, C. und Kächele, H. (eds.). *Research on Psychoanalytic Psychotherapy in Adults*. London: Karnac (in press)
- Bock, K.D. (2001). Die Evidenz (in) der Evidence-Based-Medicine. *Medizinische Klinik* 5, 300-304
- Bohleber, W. (1989). Neuere Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung und ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 43, 564-571

- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 54, 797-839
- Boothe, B. (1994). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Boothe, B., v. Wyl, A. und Wepfer, R. (1999). Narrative Dynamics and Psychodynamics. *Psychotherapy Research* 9, 258-273
- Bordin, E. (1966). Free association: An experimental analogue to the psychoanalytic situation. In: Gottschalk, L.A. und Auerbach, A.A. (eds.). *Methods of research in psychotherapy*. New York: Appleton-Century-Crofts, 189-208
- Boszormenyi -Nagy, I. und Spark, G.M. (1973). *Unsichtbare Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bovensiepen, G. (2002). Symbolische Einstellung und Reverie als eine Grundlage der psychotherapeutischen Behandlungstechnik. *Analyt.Psychol.*33(2) 81-152 (2002)
- Brähler, E und Scheer, J.W. (1995). *Der Giessener Beschwerdebogen (GBB)*. Handbuch, 2. Aufl.. Huber: Bern
- Brähler, E., Horowitz, L.M., Kordy, H., Schumacher, J. und Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49, 422–431
- Bräutigam, W., Rad, M. v. und Engel, K. (1980). Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 26, 101-118
- Bräutigam, W., Senf, W. und Kordy, H. (1990). Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojektes. In: Lang, H. (Hrsg.). *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Berlin: Springer, 189-208
- Breyer, F., Heinzl, R. und Klein, T. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie und Quality Managment* 2, 59-73
- Brill, N.Q., Koegler, R.R., Epstein, L.J. und Forgy, E.W. (1964). Controlled study of psychiatric outpatient treatment. *Archives of General Psychiatry* 10, 581-594
- Brockmann, J. (2001). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP). Teil I: Qualitative Ergebnisse: Behandlungsbeginn, Patientenziele und Katamneseinterview. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 26, 304-324
- Brockmann, J. (2003). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP). Teil II: Quantitative Ergebnisse: Veränderungen in der Symptomatik, in der interpersonalen Problematik und im Erleben und Verhalten. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 138-157
- Brockmann, J., Schlüter, T. und Eckert, J. (2001). Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie – Ergebnisse der Untersuchung psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeit-Psychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: Stühr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer, 271-276
- Brom, D., Kleber, R.J., und Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 607-612
- Bucci, W. (1995). The power of the narrative; A multiple code account. In: Pennebaker, J. (ed.). *Emotion, disclosure and health*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 93-122
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford
- Bucci, W. (2000). The need for a „psychoanalytic psychology,, in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology* 17, 203–224

- Buchheim, A. und Kächele, H. (2003). Adult Attachment Interview and psychoanalytic perspective: A single case study. *Psychoanalytic Inquiry* 23, 81-101
- Buchheim, P., Dahlbender, R. und Kächele, H. (1994). Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik. In: Janssen, P.L. und Schneider, W. (Hrsg.). *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Fischer, 105-134
- Buchholz, M. (1982). *Psychoanalytische Methode und Familientherapie*. Frankfurt/Main: Psychologische Fachbuchhandlung
- Buchholz, M.B. (Hrsg.) (1993a). *Metaphernanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Buchholz, M.B. (1993b). Die Rolle der Prozeßphantasie in der stationären Psychotherapie. *Journal für Psychologie* 1, (4), 64-81
- Buchholz, M.B. (1998). Die Metapher im psychoanalytischen Dialog. *Psyche – Z Psychoanal* 52, 545-571
- Buchholz, M.B. & von Kleist, C. (1995). Metaphernanalyse eines Therapiegesprächs. In M.B.Buchholz (Hg.), *Psychotherapeutische Interaktion - Qualitative Studien zu Konversation, Metapher, Geste und Plan*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 93-125
- Buchholz, M. und Streeck, U. (Hrsg.) (1994). *Heilen, Forschen, Interaktion*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Bürgin, D., Resch, F. und Schulte-Markwort, M. (Hrsg.) (2003). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber
- Burnand, Y., Andreoli, A., Kolatte, E., Venturini, A. und Rosset, N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 53, 585-590
- Caspar, F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen*. Bern: Huber
- Chambless, D.L. und Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 248-260
- Chambless, D.L. und Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 7-18
- Cierpka, M. (1991). Entwicklungen in der Familientherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 36, 32-44
- Cierpka, M. (Hrsg.) (1996). *Handbuch der Familiendiagnostik*. Heidelberg: Springer
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2000) *Psychotherapie für Borderline Patienten*. Stuttgart: Schattauer
- Clyman, R. (1992): The procedural organisation of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. In T. Shapiro & R. Emde (eds.). *Affect: Psychoanalytic perspectives*. Madison: International Universities Press, 349-382
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum
- Cohen, N.J., Muir, E., Parker, C.J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R. und Barwick, M. (1999). Watch, wait and wonder. Testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 20, 429-451
- Colby, K. (1960). Experiment on the effects of an observer's presence on the imago system during free association. *Behav Sci* 5, 216-232
- Coriat, I. (1917). Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psycho-neuroses. *Psychoanalytic Review* 4, 209-216
- Cremerius, J. (1962). *Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie*. Berlin: Springer
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Dahlbender, R.W. und Zobel, H.Y. (1995). *Quantitative Einschätzung interpersoneller Themen*. Deutsche Manual Bearbeitung. Universität Ulm: Ulmer Textbank

- Crits-Christoph, P., Cooper, A. und Luborsky, L. (1998). The measurement of accuracy of interpretations. In: Luborsky, L. und Crits-Christoph, P. (eds.). *Understanding transference*. 2nd ed. New York: Basic Books, 197-212
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L.S., Muenz, L.R., Thase, M.E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S.F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K. und Beck, A.T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry* 56, 493-502
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Frank, A., Moras, K., Barber, J.P., Blaine, J. und Thase, M.E. (2001) Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *J Consult Clin Psychol* 69, 825-830
- Curtis, J.T., Silberschatz, G., Sampson, H., Weiss, J. und Rosenberg, S.E. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the plan diagnosis method. *Psychotherapy* 25, 256-265
- Dahl, H. (1974). The measurement of meaning in psychoanalysis by computer analysis of verbal context. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 22, 37-57
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. In: Dahl, H., Kächele, H. und Thomä, H. (eds.). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer, 51-66
- Dahl, H., Kächele, H. und Thomä, H. (eds.) (1988). *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin: Springer
- Dahl, H. und Teller, V. (1994). The characteristics, identification, and applications of FRAMES. *Journal of Psychotherapy Research* 4, 253-276.
- Dahl, H., Teller, V., Moss, D. und Trujillo, M. (1978). Countertransference examples of the syntactic expression of warded-off contents. *Psychoanalytic Quarterly* 47, 339-363
- Dahlbender, R.W., Torres, L., Reichart, S., Stübner, S., Frevert, G. und Kächele, H. (1993). Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 39, 51-62
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken, und das Menschliche Gehirn*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 1997
- Dare, C., Eisler, I., Russel, G., Treasure, J. und Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221
- Davis, T.J. (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: an examination of declarative and non-declarative memory processes. *International Journal of Psychoanalysis* 82, 449-462
- de Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J., und Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders* 64, 217-229
- Deneke, F.-W. und Hilgenstock, B. (1989). *Das Narzißmusinventar*. Bern: Huber
- Deneke, F.-W., Stuhr, U. und Lamparter, U. (2001). Validierende Kongruenz: Lassen sich qualitative und quantitative Forschungsansätze sinnvoll kombinieren? *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 5, 127-147
- Deter, H.C. (1986). Cost-benefit analysis of psychosomatic therapy in asthma. *Journal of Psychosomatic Research* 30, 173-182
- Dicks, H.V. (1967). *Marital tensions*. London: Routledge and Kegan Paul
- Dilling, H., Weyerer, S. und Castell, R. (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke

- DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Neu, C., Zwilling, M. und Klerman, G. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry* 36, 1450-1456
- Dixon, N. (1971). *Subliminal perception: The nature of a controversy*. London: McGraw-Hill
- Dixon, N. (1981). *Preconscious processing*. Reprint. Chichester: Wiley, (1987)
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt/M.: Fischer
- Dornes, M. (1997). *Der Säugling und das Unbewußte*. In: ders. *Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt/Main: Fischer, 290–323
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag
- Dührssen, A. (1954). Das Problem der auslösenden Konfliktsituation in der Diagnostik psychogener Erkrankung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1, 45-51
- Dührssen, A. (1962). Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosom Medizin und Psychoanalyse* 8, 94-113
- Dührssen, A. (1964). Katamnestische Untersuchung bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 12, 241-255
- Dührssen, A. (1972). *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Dührssen, A. (1981). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Dührssen, A. und Jorswieck, E. (1965). Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36, 166-169
- Eckstaedt, A. (1991). *Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Ehlers, W. und Plassmann, R. (1994). Diagnosis of narcissistic self-esteem regulation in patients with factitious illness (Munchhausen syndrome). *Psychother Psychosom* 62, 69–77
- Ehlers, W., Hettinger, R. & Paar, G. (1995). Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanism. *Psychotherapy and Psychosomatics* 63, 124-135
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., Autry, J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 42, 305-316
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Stosky, S., Collins, J., Glass, D., Pilkonis, P., Leber, W., Docherty, J., Fiester, S., und Parloff, M. (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46, 971-982
- Elliott, R. (1999). Editors introduction. *Psychotherapy Research* 9, 251-257
- Emde, R.N., Biringen, Z., Clyman, R., Oppenheim, D. (1991). The moral self of infancy: affective core and procedural knowledge. *Developmental Review* 11, 251-270
- Emde, R.N. & Buchsbaum, K.H. (1990). „Didn't you hear my mommy?": Autonomy with connectedness in moral self emergence. In: Cicchetti, D. & Beeghly, M. (eds.). *Development of the self through the transition*. Chicago: University of Chicago Press, 35-60
- Erdelyi, M. (1985). *Psychoanalysis: Freud's cognitive psychology*. San Francisco: Freeman
- Ermann, M. (1987). *Die Persönlichkeit bei psychovegetativen Störungen*. Berlin: Springer.
- Ermann, M. (1995). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Ein Leitfaden auf psychodynamischer Grundlage*. 4. überarb. u. erweit. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2003
- Ermann, M., Feidel, R. und Waldvogel, B. (2001). *Behandlungserfolge in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer

- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consulting Psychology* 16, 319-324
- Faber, F.R., Dahm, A. und Kallinke, D. (2003). Kommentar Psychotherapierichtlinien. 6. Auflage. München, Jena: Urban und Fischer
- Fahrig, H., Kronmüller, K.-H., Hartmann, M. und Rudolf, G. (1996). Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 4, 375-395
- Fairburn, C., Kirk, J., O'Connor, M., und Cooper, P., J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 24, 629-643
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R.A., und O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry* 50, 419-428
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. und Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry* 52, 304-312
- Faller, H. und Gößler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 176-186
- Faller, H. und Frommer, J. (Hrsg.) (1994). *Qualitative Psychotherapieforschung*. Heidelberg: Asanger
- Feldman, M. (1999). Projektive Identifizierung: Die Einbeziehung des Analytikers. *Psyche – Z Psychoanal* 53, 991-1014
- Fenichel, O. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó, S., Fenichel, O. und Müller-Braunschweig, C. (Hrsg.). *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut Poliklinik und Lehranstalt*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 13-19
- Fischer, G. (1989). *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Heidelberg: Asanger
- Fischer, G. (2000a). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger
- Fischer, G. (2000b). *KÖDOPS. Kölner Dokumentations- und Planungssystem für dialektische Psychotherapie, Psychoanalyse und Traumabehandlung*. Köln: Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie
- Fischer, G. und Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt
- Fiss, H. (1993). The „Royal Road„ to the unconscious revisited: A signal detection model of dream function. In: A. Moffitt, M. Kramer und R. Hoffmann (eds.). *The functions of dreaming*. New York: State University of New York Press, 381-418
- Fiss, H. (1995). The Post-Freudian dream. A reconsideration of dream theory based on recent sleep laboratory findings, in: Bareuther, H., Brede, K., Ebert-Saleh, M. und Spangenberg, N. (Red.) (1995). *Traum und Gedächtnis – Neue Ergebnisse aus psychologischer, psychoanalytischer und neurologischer Forschung (Materialien aus dem Sigmund-Freud-Institut, 15)*. Münster: Lit-Verlag, 11-35
- Flader, D., Grodzicki, W.D. und Schröter, K. (Hrsg.) (1982). *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Fliege, H., Becker, J., Weber, C., Schoeneich, F., Klapp, B.F. und Rose, M. (2003). *Störungen der Selbstwertregulation bei Patienten mit offen versus heimlich*

- selbstschädigendem Verhalten. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49, 151–163
- Fonagy, P. (1995). Psychoanalytic and empirical approaches to developmental psychopathology: an object-relations perspective. In T. Shapiro & R. Emde (eds.). Research in psychoanalysis. Madison: International Universities Press, 245–260
- Fonagy, P. (1996a). The significance of the development of metacognitive control over mental representations in parenting and infant development. Journal of Clinical Psychoanalysis, 5, 67–86
- Fonagy, P. (1996b). Das Junktim in der Kinderanalyse. Eine Fallstudie zur Beziehung von Forschung und Praxis. Forum der Psychoanalyse 12, 93–109
- Fonagy, P. (1998). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. Psyche – Z Psychoanal 52, 349–368
- Fonagy, P. (1999a). Points of contact and divergence between psychoanalytic and attachment theories: is psychoanalytic theory truly different? Psychoanalytic Inquiry 19, 448–480
- Fonagy, P. (1999b). Guest Editorial: Memory and therapeutic action. International Journal of Psychoanalysis 80, 215–223
- Fonagy, P. (1999c). Response. International Journal of Psychoanalysis 80, 1011–1013
- Fonagy, P. (1999d). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. London: Internet: www.ipa.org.uk/R-outcome.htm
- Fonagy, P. (ed.) (2002). An open door review of outcomestudies in psychoanalysis. London: IPA
- Fonagy, P. (2003). Rejoinder to Harold Blum. International Journal of Psychoanalysis 84, 503–509
- Fonagy, P. und Target, M. (1995). Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. Kinderanalyse 3, 150–181
- Fonagy, P. und Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. International Journal of Psycho-Analysis 77, 217–233
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and self reflective function: Their role in self regulation. Development and Psychopathology 9, 679–700
- Fonagy, P. und Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. Psychoanalytic Dialogues 8, 87–114
- Fonagy, P. und Target, M. (2001). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. Psyche – Z Psychoanal 55, 961–995
- Fonagy, P., Gerber, A., Higgitt, A., und Bateman, A. (2002). The comparison of intensive (5 times weekly) and non-intensive (once weekly) treatment of young adults. In: Fonagy, P. (ed.). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. London: International Psychoanalytic Association, 96–97
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. und Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. J Con Clin Psychol 64, 22–31
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. und Target, M. (1995). The predictive specificity of the Adult Attachment Interview: Implications for psychodynamic theories of normal and pathological emotional development. In: Goldberg, S., Muir, R. und Kerr, J. (eds.). Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives. Northvale: Analytic Press, 233–278
- Fonagy, P. Moran, G.S., Steele, M. und Steele, H. (1993). Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relation between parents, mental representations of childhood

- experiences and their infants, security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 41, 957-989
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. und Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal* 13, 200–217
- Foulkes, D. (1985). *Dreaming: A cognitive-psychological approach*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Franz, M. (1999). Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen. In: Janssen, P.L. u.a., *Psychotherapeutische Medizin*. Stuttgart: Schattauer
- Freedman, N., Hoffenberg, J.D., Vorus, N. und Frosch, A. (1999). The effectiveness of psychoanalytic psychotherapy: The role of treatment duration, frequency of sessions, and the therapeutic relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47, 741-772
- Freud, A., Nagera, H. und Freud, W.E. (1965) Metapsychological assessments of adult personatilty. The adult profile. *The Psychoanalytic Study of the Child* 20, 9-41
- Freud, S. (1895a). Charcot. G.W. I. London, *Imago*: 21-35
- Freud, S. (1895b). Studien zur Hysterie. London, *Imago*, 75-312
- Freud, S. (1895c). Entwurf einer Psychologie. G.W. *Ergänzungsband*. London, *Imago*, 375-486
- Freud, S. (1912b). Zur Dynamik der Übertragung. *GW* 8, 363-374
- Freud, S. (1916/17). Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. XI. London, *Imago*
- Freud, S. (1933). Neue Folgen zur Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. G.W. XV. London, *Imago*
- Freud, S. (1927). Die Frage der Laienanalyse. G.W. IX. London, *Imago*, 207-296
- Freud, S. (1938/40). Abriß der Psychoanalyse. G.W. XVII. London, *Imago*, 63-138
- Freud, S. (1940). Some elementary lessons. G.W. XVII. London, *Imago*, 139-147
- Fuchs, G. (2000). Kinderanalyse. In: W. Mertens und B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2002, 370–381
- Gabbard, G.O. (1999). Gegenübertragung: Die Herausbildung einer gemeinsamen Grundlage. *Psyche – Z Psychoanal* 53, 972-990
- Gallagher-Thompson, D.E. und Steffen, A.M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 543-549
- Gallagher-Thompson, D.E., Hanley-Peterson, P., Thompson, L.W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 371-374
- Garfield, S.L. und Bergin, A.E. (eds.) (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, 2nd ed. New York: Wiley und Sons
- Garfield, S.L. und Bergin, A.E. (eds.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*, 3rd ed. New York: Wiley
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P. und Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 150, 37-46
- Gazzaniga, M.S. (1985). *The social brain. Discovering the networks of the mind*. New York: Basic Books
- George, C., Kaplan, N. und Main, M. (1985). *The adult attachment interview*. Berkeley, University of California, unpublished

- George, C., West, M. und Pettem, O. (1999). The adult attachment projective. In: Solomon, J. und George, C. (eds.). Attachment disorganization. New York: Guilford, 462-507
- George, C., Kaplan, N. und Main, M. (2001). Adult attachment interview. In: Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.). Bindung im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Bern: Huber, 364-287
- Gergely, G. (1998). Margret Mahlers Entwicklungstheorie im Licht der jüngsten empirischen Erforschung der kindlichen Entwicklung. In: W. Burian (Hrsg.). Der beobachtete und der rekonstruierte Säugling. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 91-118
- Gergely, G. (2000). Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory. Journal of the American Psychoanalytic Association 48, 1197-1228
- Gerhardt, U. (1986). Patientenkarrieren. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Gill, M. M., Newman, R. Redlich, F. C. (1954). The initial interview in psychiatric practice. New York: International Universities Press
- Gill, M.M. und Hoffman, I.Z. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. Journal of the American Psychoanalytic Association 30, 137-167
- Gill, M.M. und Hoffman, I.Z. (1988). A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions and comparisons. In: H. Dahl, H. Kächele und H. Thomä (eds.). Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin: Springer, 67-98
- Gill, M. M. (1997). Psychoanalyse im Übergang. Eine persönliche Betrachtung. Stuttgart: Verlag Internationale Analyse
- Glasman, N. und Andersen, S.M. (1999). Streams of thought about the self and significant others. In: Dinger, J.A. und Salovey, P. (eds.). At play in the fields of consciousness. Mahwah: Erlbaum, 103-140
- Gowers, D., Norton, K., Halek, C. und Vrisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 15, 165-177
- Graff, H. und Luborsky, L. (1977). Long-term trends in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. J Am Psychoanal Ass 25: 471-490
- Grande, T. und Oberbracht, C. (2000). Die Konflikt-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konflikt Diagnostik nach OPD. In: Schneider, W., Freyberger, J. (Hrsg.). Was leistet die OPD? Bern: Huber, 74-104
- Grande, T., Rudolf, G. und Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. In: Leuzinger-Bohleber, M. und Stühr, U. (Hrsg.). Psychoanalytische Katamnesenforschung. Gießen: Psychosozial Verlag, 415-431
- Grande, T., Burgmeier-Lohse, M., Cierpka, M., Dahlbender, R.W., Davies-Osterkamp, S., Frevert, G., Joraschky, P., Oberbracht, C., Schauenburg, H., Strack, M., Strauß, B. (1997): Die Beziehungssache der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) - Konzept und klinische Anwendungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 43, 280-296
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. und Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 47, 213-233
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., & Pauli-Magnus, C. (2003). Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? Psychotherapy Research, 13, 43-58

- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 17, 4-5
- Grenyer, B.F.S. und Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy. Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 411-416
- Guthrie, E., Creed, F., Dawson, D. und Tomenson, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 100, 450-457
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G. und Tomenson, B. (2001). A randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 321, 135-138
- Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B. und Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Archives of General Psychiatry* 56, 519-526
- Hafferty, E. und Light, D.W. (1995). Professional Dynamics and the Changing Nature of Medical Work. *Journal of Health and Social Behaviour (Extra Issue)*, 132-153
- Hall, A. und Crisp, A.H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *British Journal of Psychiatry* 151, 185-191
- Hamburger, A. (1987). *Der Kindertraum und die Psychoanalyse. Ein Beitrag zur Metapsychologie des Traumes*. Regensburg: Roderer
- Hamilton, J., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., Tomenson, B., Bennett, R., Moriarty, K., Stephens, W. und Liston, R. (2000). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology* 119, 661-669
- Hampe, M. und Lotter, M.-S. (Hrsg.). *Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben. Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften*. Berlin: Ducker und Humblot
- Hardy, G. E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. und Reynolds, S. (1995): Impact of cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *J Clin Consult Psychol* 63, 997-1004
- Hartmann, E. (1998). *Dreams and nightmares*. New York: Plenum
- Hartmann, S. und Zepf, S. (2002). Effektivität von Psychotherapie. Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. *Forum der Psychoanalyse* 18, 176-196
- Hau, S. (1999). 40 Jahre experimentelle Traumforschung - Abkehr von der Psychoanalyse?. *Luzifer-Amor* 12, Heft 24, 112-153
- Hau, S. (2003). *Unsichtbares sichtbar machen? Forschungsprobleme in der Psychoanalyse*. Kassel: Habilitationsschrift
- Hau, S., Fischmann, T. und Leuschner, W. (1999). Die experimentelle Beeinflussung von Affekten im Traum. In: H. Bareuther et al. (Hrsg.). *Traum, Affekt und Selbst*. (Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund-Freud-Institut, Bd.1). Tübingen: Edition diskord, 241-260
- Haycox, A. und Walley, T. (1999). Clinical guidelines and the hidden costs. *British Medical Journal* 318, 391-393
- Heckmann, H., Hölzer, M., Kächele, H. und Robben, H. (1987). Resistance and transference as two main constituents in an "experimental analogue" of free association. In: Huber, W. (Hrsg.). *Progress in Psychotherapy Research*. Louvain-la -Neuve : Presses Universitaire de Louvain, 582-593
- Heigl, F.S. und Triebel, A. (1977). *Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung*. Bern: Huber
- Heigl-Evers, A. und Heigl, F. (1982). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Eigenart und Interventionsstil. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 28, 160-175

- Heigl-Evers, A. und Heigl, F. (1984). Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 29, 234-244
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. und Ott, J. (1993). Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: G. Fischer
- Heinicke, C.M. und Ramsey-Klee, D.M. (1986). Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 25, 247-253
- Heinzel, R., Breyer, F. und Klein, T. (1969). Ambulante Psychoanalyse in Deutschland. Eine katamnestische Evaluationsstudie. Konstanz: Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Serie I - Nr. 281
- Heinzel, R., Breyer, F. und Klein, T. (1998). Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnestischen Evaluationsstudie. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 34, 135-152
- Henry, W., Strupp, H.H., Schacht, T.E. und Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In: Bergin, A.E. und Garfield, S.L. (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 467-508
- Hentschel, U., Smith, G. Ehlers, W. und Draguns, J.G. (1993). The concept of defense mechanisms in contemporary psychology. Theoretical, research and clinical perspectives. New York: Springer
- Herold, R. (1995). Übertragung und Widerstand - Rekonstruktion und Evaluation einer Methode zur Untersuchung von Übertragungswiderständen in psychoanalytischen Therapien. Ulm: Verlag Ulmer Textbank
- Herold, R. (1998). Eine Partitur der Übertragung BIP - Beziehungserleben in Psychoanalysen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 48, 274-286
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. und Thase, M.E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. Behavior Therapy 15, 21-40
- Heuft, G., Seibüchler-Engel, H., Taschke, M. und Senf, W. (1996). Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen. Forum der Psychoanalyse 12, 342-355
- Hinckeldey, S.v. & Fischer, G. (2002). Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. München: Reinhardt
- Hoffman, S.O. (1999). Die phobischen Störungen (Phobien). Eine Übersicht zum gegenwärtigen Verständnis ihrer Psychodynamik und Hinweise zur Therapie. Forum der Psychoanalyse 15, 237-252
- Hoffmann, S.O. (2000). Psychodynamische Therapie und psychodynamische Verfahren. Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. Psychotherapeut 45, 52-54
- Hoffmann, S.O. und Holzapfel, G. (1979). Einführung in die Neurosenlehre und psychosomatische Medizin. 6. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2000
- Hoglend, P. (1993): Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. J Personal Disord 7, 168-181
- Hohage, R. und Kübler, C. (1987). Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 33, 145-154
- Hohage, R. und Kübler, J.C. (1988). The emotional insight rating scale. In: Dahl, H., Kächele, H. und Thomä, H. (Hrsg.). Psychoanalytic process research strategies. Berlin: Springer, 243-255

- Holm-Hadulla, R., Kiefer, L. und Sessar W. (1997). Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 47, 271-278
- Hölzer, H., Dahl, H. und Kächele, H. (1998). Die Identifikation repetitiver Beziehungsmuster mit Hilfe der FRAMES-Methode. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 298-307
- Hölzer, M., Heckmann, H., Robben, H. und Kächele, H. (1988). Die freie Assoziation als Funktion der Habituellen Ängstlichkeit und anderer Variablen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17, 148-161
- Horowitz, M. (1991). *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. Chicago: University of Chicago Press
- Horowitz, M.J. (1979). *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York: Plenum Medical Books
- Horowitz, M.J., Weiss, D.S., Kaltreider, N., Krupnick, J., Marmar, C., Wilner, N., und DeWitt, K. (1984). Reaction to the death of a parent: results from patients and field subjects. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 383-392
- Horvath, A. und Greenberg, L. (Hrsg.) (1994). *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley
- Huber, D., Klug, G. und v.Rad, M. (2001). Die Münchner-Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Therapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer, 260-270
- Janssen, P.L. (1987a). *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janssen, P. (1987b). Zum Verstehen psycho-somatischer und somato-psychischer Vorgänge. *Beiträge der Psychoanalyse. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 35, 62-73
- Janssen, P. (2001). Zur aktuellen Situation der Anwendungen der Psychoanalyse in der Psychotherapie. In W. Bohleber und Drews, S. (Hrsg.). *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart: Klett-Cotta, 491-507
- Janssen, P.L., Dahlbender, W., Freiburger, J.H., Heuft, H., Mans, E.J., Rudolf, G., Schneider, W., Seidler, G.H. (1996). Leitfaden zur psychodynamisch diagnostischen Untersuchung. *Psychotherapeut* 41, 297-304
- Jimenez, J. und Kächele, H. (2002). Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. In: Kächele, H. und Thomä, H.. *Psychoanalytic Practice*, Vol. 3. Ulm. Internet: <http://sip.medizin.uni-ulm.de>
- Jones, E. (1936). *Report of the Clinic Work: 1926-1936*. London Clinic of Psychoanalysis
- Jones, E.E. und Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38, 985-1016
- Jones, E.E., Cumming, J.D. und Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *J Consult Clin Psychol.*, 56, 48-55
- Junkert-Tress, B., Schnierda, U., Hartkamp N, Schmitz N, und Tress W. (2001). Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. *Psychotherapy Research* 11, 187-200
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Scheibe, G., Hartkamp, N., Maus, J., Hildenbrand, G., Schmitz, N. und Franz, M. (1999). Das Düsseldorfer Kurz-Psychotherapie Projekt (DKZP). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 49, 142-152
- Kächele, H. (1976/1988). *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozeßforschung*. Ulm: PSZ-Verlag

- Kächele, H. (1981). Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung. In: Baumann, U., Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hrsg.). Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis, Bd 4. Bern: Huber, 209-259
- Kächele, H. (1981). Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrbuch der Psychoanalyse 12, 118-177
- Kächele, H. (1988). Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 33, 1-11
- Kaplan-Solms, K. und Solms, M. (2003). Neuro-Psychoanalyse. Stuttgart: Klett
- Karon, B.P. und Vandenbos, G.R. (1972). The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9, 111-119.
- Karterud, S., Vaglum, S., Friis, S., Irion, T., Johns, S. und Vaglum, P. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 180, 238-243
- Keller, W., Dilg, R., Westhoff, G. und Studt, H.H. (1997). Zur Wirksamkeit ambulanter Jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestische Studie. In: Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (Hrsg.): Psychoanalysen im Rückblick. Gießen: Psychosozial-Verlag, 432-453
- Kernberg, O.F. (1973). Summary and conclusions of psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Journal of Consulting and Clinical Psychology 41, 62-77
- Kernberg, O.F. (1981). Structural Interviewing. Psychiatr. Clin. North. Am. 4, 169-95
- Kernberg, O.F. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. International Journal of Psychoanalysis 80, 1075-1091
- Kernberg, O.F., Selzer, M.A., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C. und Appelbaum, A.H. (1989). Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic Books
- Kernberg, O.F. und Clarkin, J.F. (1993). Developing a disorder-specific manual: The treatment of borderline character disorder. In L. Luborsky, N.E. Miller, J.P. Barber & J.P. Docherty (eds.), Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice. New York: Basic Books, 227-246
- Kienle, S.G., Karutz, M., Matthes, H., Matthiessen, P., Petersen, P. und Keine, H. (2003). Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Deutsches Ärzteblatt 100 (33), A2142-A 2146
- Kissin, B., Platz, A. und Su, W.H. (1970). Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. J Psychiatr Res 8, 13-27
- Klar, F.J., Schleussner, D. (2003). Wirksamkeit Individualpsychologisch-Psychoanalytischer Psychotherapie – eine Langzeitstudie zur Psychotherapieforschung. Universität-Gesamthochschule-Essen-Duisburg.
- Klein, D.F., Zitrin, C.M., Woerner, M.C. und Ross, D.C. (1983). Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive therapy: Are there specific ingredients? Archives of General Psychiatry 40, 139-145
- Knight, R.P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. American Journal of Psychiatry 98: 434-446
- Köhlke, H.U. (1998) Qualitätssicherung durch Gutachterverfahren – Aber wie qualitätsgesichert ist das Verfahren selbst? In: Laireiter AR, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. DGVT, Tübingen, S 785-832
- König, K. und Kreische, R. (1994). Psychotherapeuten und Paare. Was Psychotherapeuten über Paarbeziehungen wissen sollten. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O.F. und Haas, G. (1985). Development of a scale for measuring techniques in the psychotherapy of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 173, 424-431
- Kohut, H. (1987). *Wie heilt die Psychoanalyse?* Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen.* Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kohut, H. (1979). *Die Heilung des Selbst.* Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kolk, B.A. van der (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A. Streeck-Fischer (Hrsg.). *Adoleszenz und Trauma.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 32-56
- Kordy, H., Rad, M. v. und Senf, W. (1988). Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother Psychosom* 49, 212-222
- Kordy, H. und Kächele, H. (1995). Der Einsatz von Zeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 195-209
- Kordy, H., v. Rad, M. und Senf, W. (1990). Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie- Die Sicht der Patienten. *Psychother Psychol Med* 40, 380-387
- Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M. und Mertens, W. (Hrsg.) (1998). *Erinnerungen von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog.* Bd. 1. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Krause, R. (1983). Zur Phylo- und Ontogenese des Affektsystems. *Psyche – Z Psychoanal* 37, 1016-1043
- Krause, R. (1991). Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: K. Scherer (Hg.). *Psychologie der Emotionen, Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 3. Göttingen: Hogrefe, 630-705
- Krause, R. (1992). Die Zweierbeziehung als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. *Psyche – Z Psychoanal* 46, 588-618
- Krause, R. (1997). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre.* Bd. 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer
- Krause, R. (1998). *Allgemeine Psychoanalytische Krankheitslehre.* Bd. 2: Modelle. Stuttgart: Kohlhammer
- Kris, A.O. (1982). *Free association. Method and process.* New Haven: Yale University Press
- Kroth, J.A. (1970). The analytic couch and response to free association. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 7, 206-208
- Kroth, J.A. und Forrest, M.S. (1969). Effects of posture and anxiety level on effectiveness of free association. *Psychol Reports* 25, 725-726
- Kruse, J., Wöller, W., Schmitz, N. und Pollmann, H. (2000). Narzisstische Regulation und diabetische Stoffwechseleinstellung bei Typ-II-Diabetikern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 50, 63-71
- Küchenhoff, J. (1991). Theorie und Methodik der Fremdbeurteilung von Abwehrprozessen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 41, 216-223.
- Küchenhoff, J. (1992). *Körper und Sprache.* Heidelberg: Asanger
- Küchenhoff, J. (1993). *Psychosomatik des Morbus Crohn.* Stuttgart: Enke
- Küchenhoff, J. (1994). Spezifitätsmodelle in der Psychosomatischen Medizin – Rückblick auf eine alte Kontroverse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 40, 236 – 248
- Küchenhoff, J. (2003). Körperbild und psychische Struktur – zur Erfassung des Körpererlebens in der psychodynamischen Diagnostik. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, 175-193

- Kühnlein, I. (1993). Langfristige Effekte stationärer Psychotherapie: Erklärungs- und Umsetzungsformen der Erfahrung von Psychotherapie im Alltag. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 43, 341-347
- Lambert, M.J. (Hrsg.) (2003). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. New York: Wiley
- Laub, D. und Auerhahn, N.C. (1984): Reverberations of genocide: its expression in the conscious and unconscious of post-Holocaust generations. In: S.A. Luel u.P. Parcus (eds.). *Psychoanalytic reflections on the Holocaust: Selected essays*. New York: Univ. Denver and Krav
- LeDoux, J. (1995). Emotion. Clues from the brain. *Annual Review of Psychology* 46, 209-235
- LeDoux, J. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser
- Lehmkuhl, G. und Lehmkuhl, U. (1992). Gibt es spezifische Effekte der stationären Gruppentherapie mit Jugendlichen?. *Gruppentherapie und Gruppendynamik* 28, 279-287
- Lehmkuhl, G., Schieber, P.M. und Schmidt, G. (1982). Stationäre Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen im Spiegel von Selbst- und Fremdbeurteilung und Behandlungserfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10, 216-229
- Leichsenring, F. (1987). Einzelfallanalyse und Strenge der Prüfung. *Diagnostica* 33, 93-103
- Leichsenring, F. (1996). *Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen von Borderline-Patienten. Eine ganzheitliche Sichtweise*. 2. vollständig überarbeitete Auflage, 2003. Bern: Huber
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar. Manual*. Göttingen: Hogrefe
- Leichsenring, F. (1999 a). Primitive defense mechanisms in schizophrenics and borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 229-236
- Leichsenring, F. (1999 b). Splitting: An empirical study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 520-537
- Leichsenring, F. (1999 c). Development and first results of the Borderline Personality Inventory (BPI). A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45-63
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression. A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 21, 401-419
- Leichsenring, F. (2002). Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-based medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, 139-162
- Leichsenring, F. (in press). Defense mechanisms and cognitive styles in projective techniques and other diagnostic instruments. In: Hentschel, U., Smith, G., Ehlers W. und Draguns, J.G. (eds.). *Defense mechanisms*. New York: Elsevier
- Leichsenring, F., Roth, T. und Meyer, H. A. (1992). Kognitiver Stil bei Borderline-Patienten: Ambiguitäts-vermeidung und verminderte Abstraktheit. *Diagnostica*, 38, 52-65
- Leichsenring, F. und Sachsse, U. (2002). Emotions as wishes and beliefs. *Journal of Personality Assessment*, 79, 257-273
- Leichsenring, F., Kunst, H. und Hoyer, J. (2003). Borderline personality organization in violent offenders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 314-327
- Leichsenring, F. und Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic psycho-therapy and cognitive-behavioral therapy in personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 160, 1-10

- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. und Staats, H. (in press). The effectiveness of psychoanalytic therapy. First results of the "Göttingen study of of psychoanalytic and psychodynamic therapy" (Manuskript, zur Publikation eingereicht)
- Leuschner, W. (2002). Über die Grenzen neurowissenschaftlicher Erkenntnis seelischer Vorgänge. *Psychosozial* 25, Nr. 90, 111-117
- Leuschner, W. und Hau, S. (1995). Die Traumzeichnung des Wolfmannes im Lichte experimenteller Befunde. *Psyche – Z Psychoanal* 49, 609-632
- Leuschner, W., Hau, S. und Fischmann, T. (1998). Couch im Labor – experimentelle Erforschung unbewußter Prozesse. *Psyche – Z Psychoanal* 52, 824-849
- Leuschner, W., Hau, S. und Fischmann, T. (1999). Ich-Funktionen im Schlaf. In: Bareuther, H. et al. (Hrsg.). *Traum, Affekt und Selbst*. Tübingen: Edition diskord, 261-276
- Leuzinger, M. (1981). Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren. In: Baumann, U. (Hrsg.). *Indikation zur Psychotherapie*. München: Urban und Schwarzenberg, 193-221
- Leuzinger-Bohleber, M. (1987). Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 1, Berlin: Springer
- Leuzinger-Bohleber, M. (1989). Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Berlin: Springer
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995). Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche – Z Psychoanal* 49, 434-481
- Leuzinger-Bohleber, M. (1998). Erinnern in der Übertragung – Vergangenheit in der Gegenwart? Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science: ein interdisziplinärer Dialog zum Gedächtnis. *Psyche – Z Psychoanal* 52, 884-919
- Leuzinger-Bohleber, M. (2002). Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Zur Wiederkehr einer alten Debatte in Zeichen des Pluralismus der Wissenschaften. In: Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. und Beutel, M. (2002). „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer, 10-33
- Leuzinger-Bohleber, M. (2003). Psychoanalysis and Cognitive Neurosciences. Paper given at the 4th International Neuro-Psychoanalysis Congress, New York, July 17
- Leuzinger-Bohleber, M. und Kächele, H. (1988). From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: Dahl, H., Kächele, H. und Thomä, H. (eds.). *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer, 291-306
- Leuzinger-Bohleber, M. und Kächele, H. (1990). Von Calvin zu Freud: 5 aggregierte Einzelfallstudien zur Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. *Z Klin Psychol* 19, 111-122
- Leuzinger-Bohleber, M. und Stuhr, U. (1997). Psychoanalysen im Rückblick. Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. und Beutel, M. (2002a). „Forschen und Heilen“, in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Leuzinger-Bohleber, M. und Pfeifer, R. (2002b). Remembering a depressive primary object? Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. *International Journal of Psychoanalysis* 83, 3-33
- Leuzinger-Bohleber, M., Dreher, A.U., Canestri, J. (2003): Pluralism and unity? Psychoanalytic research methods. London: IPA
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. und Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche – Z Psychoanal* 55, 193-275

- Lieberz, K. und Geiser, F. (1996). Narzißmus und Schizoidie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 42, 358-374
- Linden, M. (1987). Phase-IV-Forschung. Berlin u.a.: Springer
- Löcherbach, P. (2000). „Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs,„. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125, Baden Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft
- Lorenzer, A. (1970a). Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lorenzer, A. (1970b). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In: Freedman, N. und Grand, S. (eds.). Communicative structures and psychic structures. New York: Plenum Press, 367-395
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books
- Luborsky, L. und Crits-Christoph, P. (1988a). Measures of psychoanalytic concepts – the last decade of research from the 'The Penn Studies'. Int J Psycho-Anal 69, 75-86
- Luborsky, L. und Kächele, H. (1988). Der zentrale Beziehungskonflikt - Ein Arbeitsbuch. Ulm: PSZ-Verlag
- Luborsky, L. und Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference. The CCRT-method. 2nd ed. New York: Basic Books
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. und Auerbach, A. (1988b). Who will benefit from Psychotherapy? New York: Basic Books
- Luborsky, L., Diguier, L., Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G. und Alexander, L. (1993). Psychological health as predictor of the outcomes of psychotherapy. J Con Clin Psychol 61, 542-548
- Luborsky, L., Albani, C. und Eckert, R. (1992). Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, DiskJournal Vol. 3, Nr.2
- Luborsky, L., Stuart, J., Friedman, S., Diguier, L., Seligman, D.A., Bucci, W., Pulver, S., Krause, E.D., Ermold, J., Davison, W.T., Woody, G. und Mergenthaler, E. (2001). The Penn Psychoanalytic Treatment Collection: a set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. J Am Psychoanal Assoc 49, 217-234
- Lush, D., Boston, M. und Grainger, E. (1991). Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: Therapists' assessments and predictions. Psychoanalytic Psychotherapy 5, 191-234
- Malan, D.H. (1965). Psychoanalytische Kurztherapie. Bern: Huber
- Massing, A., Reich, G. und Sperling, E. (1994). Die Mehrgenerationenfamilientherapie. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht
- McCallum, M. und Piper, W.E. (1990). A controlled study of effectiveness and patient suitability for short-term group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy 40, 431-452
- McClelland, D.C., Koestner, R. und Weinberger, J. (1989). How to self-attributed and implicit motives differ? Psychological Review 96, 690-702
- Mentzos, S. (1982). Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. München: Kindler
- Mentzos, S. (1986). Hysterie. Zur Psychodynamik unbewußter Inszenierungen. Frankfurt/M.: Fischer
- Mentzos, S. (1988). Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Mergenthaler, E. (2002). Psychoanalytische Prozessforschung: Emotions-/Abstraktions-Muster und das Therapeutische Zyklusmodell zur Untersuchung von

- Veränderungsprozessen. In: Giampieri-Deutsch, P. (Hrsg.). Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Stuttgart: Kohlhammer, 301-315
- Mergenthaler, E. und Kächele, H. (1994). Die Ulmer Textbank. *Psychotherap Psychol Med* 44, 29-35
- Mergenthaler, E. und Kächele, H. (1996). Applying multiple computerized text analytic measures to single psychotherapy cases. *J Psychotherapy Practice Research* 5, 307-317
- Mergenthaler, E. und Bucci, W. (1999). Linking verbal and non-verbal representations: Computer-analysis of referential activity. *British Journal of Medical Psychology* 72, 339-354
- Merten, J. (2001). Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster und der therapeutische Prozeß. Stuttgart: Kohlhammer
- Mertens, W. (1981). Psychoanalyse. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2003
- Mertens, W. (1990). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1.-3. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2001, 2003
- Mertens, W. (2000). Psychoanalytische Diagnostik. In: Laireiter, A. (Hrsg.). Psychologische Diagnostik. Wien: Springer, 27-41
- Meyer, A.E. (1962b). Grundsätzliche Möglichkeiten außerhalb des psychoanalytischen Dialoges zur Verifizierung und Validierung psychoanalytischer Thesen. *Med Welt* 48, 2513-2522
- Meyer, A.-E. (1993). Nieder mit der Novelle als Psychoanalysedarstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. In: Stuhr, U. und Deneke, F.-W. (Hrsg.). Die Fallgeschichte. Heidelberg: Asanger, 68-84
- Meyer, A.E., (ed.) (1981b). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom* 35, 77-220
- Meier, A.-E., Stuhr, U., Wirth, U. und Rüster, P. (1988). Twelve years follow-up-study of the Hamburg psychotherapy experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics* 50, 192-200
- Michal, M., Overbeck, G., Grabhorn, R., Stirn, A., Mergenthaler, E. und Jordan, J. (2001). Zur Abbildung von Beziehung, Widerstand und Einsicht in formalen und inhaltlichen Gesprächsmerkmalen - Eine textanalytische Untersuchung der Verbatimprotokolle einer stationären Einzelpsychotherapie bei einer eßgestörten Patientin. *Z psychosom Med Psychother* 47, 348-365
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Shapiro, T., Goldman, H., Richter, D. und Shear, M.K. (2001). A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res*, 10, 239-245
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Goldman, H., Richter, D. und Shear, M.K. (2000). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: A pilot study. *Am J Psychiatry* 157, 1878-1880
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., Daac, E. und Eilertsen D (1995a). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research* 5, 33-48
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. und Eilertsen, D.E. (1995b). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology* 36, 256-268
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. und Eilertsen, D.E. (1995). Personality disorders: changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research* 5, 33-48
- Monsen, K. und Monsen, T.J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy. *Psychotherapy* 37, 257-269

- Moran, G.S., Fonagy, P., Kurtz, A.M. und Brook, C. (1991). A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 241-257
- Moran, G.S. und Fonagy, P. (1987). Psychoanalysis and diabetetic control: An experiment in single case study. *Brit J Med Psychol* 60, 357-372
- Moser, U. (1980). Computer simulation of dream processes. *Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Universität Zürich*, 6
- Moser, U. (1989). Wozu eine Theorie in der Psychoanalyse? Gedanken zum Problem der „Metapsychologie“. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 4, 154-174
- Moser, U. (1991). Vom Umgang mit Labyrinthen. *Praxis und Forschung in der Psychoanalyse – eine Bilanz. Psyche – Z Psychoanal* 45, 315-335
- Moser, U. (1996). Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche – Z Psychoanal* 50, 32-84
- Moser, U. (2001). „What is a Bongaloo, Daddy?“, Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen“. *Psyche – Z Psychoanal* 55, 97-136
- Moser, U., Zeppelin, I. v. (1991): *Cognitive-Affective Processes. New Ways of Psychoanalytic Modeling*. New York: Springer Verlag
- Moser, U., Zeppelin, I. v., Schneider, W. (1969). Computer simulation of a model of neurotic defense processes. *International Journal of Psycho-Analysis* 50, 53–64
- Munroe-Blum, H., Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord* 9, 190-198
- Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A. und Patarnello, M.G. (2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother Psychosom* 71, 28-38
- Neudert, L., Grünzig, H.J. und Thomä, H. (1987). Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire, N.M. und Thomä, H. (eds.). *Self, symptoms and psychotherapy*. New York Chichester : Wiley und Sons, 243-265
- Neudert, L., Hohage, R. und Grünzig, H. (1987). Das Leiden als Prozeßvariable in einer psychoanalytischen Behandlung. Eine Einzelfallstudie. *Z Klin Psychol* 16, 99-114
- Neudert, L., Gruenzig, H.-J. und Thomä, H. (1987). Changes in Self-esteem during Psychoanalysis: A Single-case Study. In: Cheshire, N. und Thomä, H. (ed.). *Self, symptoms, and psychotherapy* - Wiley. Colchester: 243-265
- Ogden, T. (1989). *The Primitive Edge of Experience*, New Jersey
- Orlinsky, D.E. und Howard, K.I. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology* 23, 615-668
- Orlinsky, D.E. und Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield, S.L. und Bergin, A.E. (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley, 283-329
- Orlinsky, D. und Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield, S. und Bergin, A.E. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. New York: Wiley, 311-381
- Orlinsky, D. und Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6, 6-27
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. und Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy-noch einmal. In: Bergin, A.E. und Garfield, S.L. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 270-376
- Overbeck, G., Müller, Th., Jordan, J. & Grabhorn, R. (1996). Der stationäre Therapieverlauf bei einer eßgestörten Patientin im Spiegel der formalen psycholinguistischen Textanalyse. Ein Beitrag aus der intensiven multimodalen Einzelfallforschung Teil I. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XI, 210-224

- Pally, R. (1997). Development in neuroscience II. How the brain actively constructs perceptions. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 1021-1030
- Perry, C. (1993). Defenses and their effects. In: Miller, N., Luborsky, L. und Docherty, J. (eds.). *Psychodynamic Treatment Research*. New York: Basic Books, 274-307
- Perry, J.C. & Cooper, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanism. *Archive of General Psychiatry* 46, 444-452
- Persons, J.B. und Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 126-135
- Petri, H. und Thieme, E. (1978). Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes -und Jugendalter. *Psyche – Z Psychoanal* 32, 21- 51
- Piechotta, B. (2001). Zertifizierung von Praxen analytischer Psychotherapeuten, unveröff. Manuskript
- Piechotta, B. (2002). Qualitätsmanagement der DGPT, unveröff. Manuskript
- Pierloot, R. und Vinck, J. (1978). Differential outcome of short-term dynamic psychotherapy and systematic desensitization in the treatment of anxious out-patients. A preliminary report. *Psychologica Belgica*, 18, 87-98
- Piper, W., Joyce, A., MacCallum, M. und Azim, H. (1998). Interpretative and supportive forms of psychotherapy and patient personality variables. *J. Con Clin Psycholog* 66, 588-567
- Piper, W.E., Azim, H.F., McCallum, M. und Joyce, A.S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 475-481
- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S. und Ogrodniczuk, J. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy* 51, 525-552
- Quint, H. (1984). Der Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. *Psyche Z Psychoanal* 38, 717-737
- Quint, H. (2000). Zwang, Zwangsneurose. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 822-825
- Rachman, S. J. und Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy*. New York: Pergamon Press
- Rad, M. von (1983). *Alexithymie. Empirische Untersuchungen zur Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker*. Heidelberg: Springer
- Rad, M. v. und Werner, K.H. (1981). Kombinierte analytische Gruppentherapie bei psychosomatischen und psychoneurotischen Patienten. *Gruppenpsychother Gruppensdynamik* 16, 312-334
- Rad, M. v., Senf, W. und Bräutigam, W. (1998). Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. *Psychotherapie Psychol Med* 48, 88-100
- Rasche, J. (1992). *Sandspiel in der Kinderpsychiatrischen Diagnostik und Therapeutischen Beratung*. www.opus-magnum.de (2001)
- Reich, G. (2003). *Familientherapie der Ess-Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Richter, H.-E. (1963). *Eltern, Kind und Neurose*. Stuttgart: Klett
- Roback, H.B. (1974). Insight. A bridging of the theoretical and research literature. *Canadian Psychologist* 15, 61-88
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., De Muralt, M., Berney, C., Meniguren G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal* 17, 97-114

- Roth, G. (2001). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Roth, G. (2003). Wie das Gehirn die Seele macht. In: Schiepek, G. (Hrsg.). Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer, 28-41
- Rudolf, G. (1981). Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund (PSKB) unter Mitarbeit von G. Horstkotte. Weinheim, Basel: Beltz
- Rudolf, G. (1991). Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie. Berlin: Springer
- Rudolf, G. (2000). „Diagnostik,„. In: Rudolf, G. Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. 4. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme, 352-366
- Rudolf, G. (2002). Konfliktaufdeckende und strukturfördernde Zielsetzungen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 48, 163-173
- Rudolf, G. und Rüger, U. (2001). Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Psychotherapeut 46, 216-219
- Rudolf, G., Manz, R. und Öri, C. (1994). Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 40, 25-40
- Rudolf, G., Oberbracht, C. und Grande, T. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg, H., Buchheim, P., Cierpka, M. und Freyberger, H.J. (Hrsg.). OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Bern: Huber, 167-181
- Rudolf, G., Grande, T. und Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. Psychotherapeut 45, 237-246
- Rudolf, G., Grande, T. und Dilg, R. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.). Langzeittherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlhammer, 238-259
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobson, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S. und Wilke, S. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.). Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlhammer, 260-270
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., & Wilke, S. (2002). Structural changes in psychoanalytic therapies - the Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In Leuzinger-Bohleber, M. & Target, M. (eds.), Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers. London: Whurr, 201-222
- Rudolf G., Jakobsen T., Hohage R. und Schlösser A. (2002) Wie urteilen Psychotherapiegutachter? Entscheidungsmuster von Psychotherapiegutachtern auf der Grundlage der Gutachtkriterienliste. Psychotherapeut 47: 249-253
- Rudolf G. und, Jakobsen T. (2002) Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gutachterverfahren. Forum Psychanal 18: 381-386
- Rudolf R. und Schmutterer J. (2003) Qualitätssichernde Therapiebegleitung. Gutachterverfahren vor Psychotherapien. Deutsches Ärzteblatt PP 1:13-15

- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S. (2003, in Vorbereitung). Abschlussbericht zur Praxisstudie analytische Langzeitpsychotherapie (PAL)
- Rüger, U. (1994). Neurosenbehandlung: Psychoanalytisch begründete Verfahren. *Nervenheilkunde* 13, 78-83
- Rüger, U. (2002). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 48, 117-138
- Rüger, U. und Reimer, C. (2000). Psychodynamische Psychotherapie. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie. Berlin: Springer
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (2003). Faber. Haarstrick: Kommentar: Psychotherapierichtlinien. München: Urban und Fischer
- Sandahl, C., Herlitz, K., Ahlin, G. und Rönnerberg, S. (1998). Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: A randomized controlled clinical trial. *Psychotherapy Research* 8, 361-378
- Sandell, R. (1999). Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15, 327-347
- Sandell, R. (2001a). Jenseits von Spekulationen. Empirisch gesicherte Unterschiede zwischen Psychoanalyse und psychodynamischer Psychotherapie. In: Bohleber, W. und Drews, S. (Hrsg). *Die Psychoanalyse der Gegenwart - die Gegenwart der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sandell, R. (2001b). Multimodale Analyse von temporären Interaktionen in der Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeit-Psychotherapien. In: Stühr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg) *Langzeit-Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 203-214
- Sandell, R., Blomberg, J. und Lazar, A. (1997). When reality doesn't fit the blueprint: doing research on psychoanalysis and long-term psychotherapy in a public health service program. *Psychother Research* 7, 333-344
- Sandell, R., Blomberg, J. und Lazar, A. (1999). Wiederholte Langzeitkatamnesen von Langzeitpsychotherapien und Psychoanalysen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45, 43-56
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., und Rand, H. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis* 81, 921-943
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. und Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche - Z Psychoanal* 55, 273-310
- Sander, L., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P. und Stern, D.Z. (1998). Interventions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal* 19, 280-353
- Sandler, J. und Dreher, A.U. (1996). Was wollen die Psychoanalytiker? Das Problem der Ziele in der psychoanalytischen Behandlung. Stuttgart: Klett
- Sandler, J. und Sandler, A.-M. (1997). A psychoanalytic theory of repression and the unconscious. In J. Sandler und P. Fonagy (eds.) *Recovered memories of abuse: True or false*. Madison: International Universities Press, 163-181
- Sasse, H. (2000). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychThG-AprV) in den psychoanalytisch begründeten Verfahren (AP, TP). In: *Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis*, Hrsg. Behnsen, Bell, Best, Gerlach, Schirmer, Schmid. Beitrag R 300R. V. Decker, Heidelberg.

- Sasse, H. (2001). Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung. Aktuelle Konflikte und notwendige Weiterentwicklung., Psychotherapeut 46, S. 278 - 285.
- Sasse, H. (2003a). Denkschrift für Interessenten an einer psychoanalytischen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte der DGIP. Sonderdruck DGIP Intern 2003. Kostenloses Download: www.dgip.de unter der Rubrik Ausbildungsinfo.
- Sasse, H. (2003b). Streitschrift zur Qualitätsbestimmung in der Psychotherapie. Kostenloses Download: www.dgip.de unter der Rubrik Qualitätssicherung.
- Schacter, D. (1992), Implicit knowledge: New perspectives on unconscious processes, Proceedings of the National Academy of Science, USA 89, 11113-11117
- Schacter, D. (1995), Memory Wars, Scientific American 272, 135-139
- Schauenburg, H., Janssen, P.L., Buchheim, P. (1998). Interviewführung in der OPD. In: Schauenburg, Freyberger, Cierpka, Buchheim (Hrsg.). OPD in der Praxis. Bern: Huber, 139-158
- Schepank, H. (1987). Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Berlin: Springer
- Schepank, H. (1990). Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute. Berlin: Springer
- Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Göttingen: Beltz
- Schmidt, M.G. (2003). Inszenieren, Erinnern, Erzählen – Zur Abfolge therapeutischer Veränderung. Psyche – Z Psychoanal 57, 889-903
- Schüle, J.A. (1999). Die Logik der Psychoanalyse. Eine erkenntnistheoretische Studie. Giessen. Psychosozial-Verlag
- Schüle, J.A. (2003). On the logic of psychoanalytic theory. International Journal of Psychoanalysis 84, 315-330
- Schüller, G. (2000). Psychoanalytische Diagnostik. In: W. Senf und M. Broda (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Stuttgart: Thieme, 92-104
- Schultz-Henke, H. (1951). Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Schwidder, W. (1958). Zur Praxis der Diagnose- und Prognosestellung in der klinischen Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 5, 43-49
- Seligman, M. (1994). What you can change and what you can't. New York: Knopf
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. American Psychologist 50, 965-974
- Senf, W. (1986). Behandlungsergebnisse bei 111 Patienten mit stationär-ambulanter psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Heimann, H. und Gaertner, H.J. (Hrsg.). Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen. Berlin: Springer, 329-336
- Senf, W. und Broda, M.. (Hrsg.) (1996). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, verhaltenstherapie, systemsiche Therapie. 2. neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Thieme, 2000
- Shapiro, D. (1991). Neurotische Stile. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Shapiro, D.A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G.E., Reynolds, S. und Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, 522-534
- Shapiro, D.A., Rees, A., Barkham, M. und Hardy, G.E., (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63, 378-387

- Shefler, G., Dasberg, H. und Ben-Shakar, G. (1995). A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time limited psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 585-593
- Shevrin, H., Bond, J., Brakel, L., Hertl, R. und Williams, W. (1997). Conscious and unconscious processes. Psychodynamic, cognitive, and neurophysiological convergences. New York: Guilford Press
- Siegel, S.M., Rootes, M.D. und Traub, A. (1977). Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 34, 321-329
- Sifneos, P.E. (1984): Short-term dynamic psychotherapy for patients with physical symptomatology. *Psychotherapy and Psychosomatics* 42, 48-51
- Sifneos, P.E. (1990). Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique. New York: Plenum
- Sifneos, P.E., Apfel, R.J., Bassuk, E., Fishman, G. und Gill, A. (1980). Ongoing outcome research on short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics* 33, 233-241
- Silberschatz, G. (1997). Differences between short and long term therapies: a comparison of outcome and follow-up data. 20th Ulm Workshop on Empirical Research in Psychoanalysis
- Silberschatz, G., Curtis, J.T. und Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy* 26, 40-46
- Silberschatz, G., Curtis, J.T., Sampson, H. und Weiss, J. (1991). Mount Zion Hospital and Medical Center: Research on the process of change in psychotherapy. In: Beutler, L.E. und Crago, M. (eds.). *Psychotherapy research An international review of programmatic studies*. Washington: APA, 56-64
- Silberschatz, G., Fretter, P.B. und Curtis, J.T. (1986a). How do interpretations influence the process of psychotherapy? *J Consult Clinic Psychol* 54, 646-652
- Silberschatz, G., Sampson, H. und Weiss, J. (1986). Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications. In: Weiss, J., H S, Group TMZPR (Hrsg.). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press, 267-276
- Singer, B.A. und, Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In: Gurman, A.S. und Razin, A.M. (eds.). *Effective psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press, 433-451
- Sjodin, I., Svedlund, J., Ottosson, J. und Dotevall, G. (1986). Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics*, 27, 187-196
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. und Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. und Whipple, K. (1981). *Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Eine vergleichende Untersuchung*. Stuttgart: Enke
- Smith, G.J.W., Johnson, G. & Almgren, P.E. (1989). *MCT. The Meta-Contrast-Technique*. Stockholm: Psykologiförlaget
- Smyrnios, K.S. und Kirkby, R.-J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 1020-1027
- Snyder, D.K. und Wills, R.M. (1989). Behavioral vs. insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 39-46

- Snyder, D.K., Wills, R.M. und Grady-Fletcher, A. (1991) Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 138-141
- Solms, M. (1998), Psychoanalytische Beobachtungen an vier Patienten mit ventromesialen Frontalhirnlasionen. *Psyche – Z Psychoanal* 52, 919-962
- Solms, M. (1999), Angst in Träumen. Ein neuro-psychoanalytischer Ansatz, in: Bareuther, H., Brede, K., Ebert-Saleh, M., Grünberg, K. und Hau, S. (Hrsg.). *Traum, Affekt und Selbst. (Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund-Freud-Institut, Bd. 1)*. Tübingen: Edition diskord, 213-239
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral Brain Science* 23, 843-850
- Spence, D., Dahl, H. und Jones, E.E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *J Consul Clin Psychology* 61, 395-402
- Squire, L. (1994). Declarative and nondeclarative memory: multiple brains systems supporting learning and memory. In D.L. Schacter & E. Tulving (eds.). *Memory systems*. Cambridge: MIT Press, 203-232
- Staats, H., Leichsenring, F. und Biskup, J. (1999). Changing problems, changing aims: The development of change in psychoanalytic psychotherapy evaluated by PATH, a tool for studying longterm treatments. In: Kächele, H., Mergenthaler, E. und Krause, R. (eds.). *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. Ulm. Internet: <http://sip.medizin.uni-ulm.de>
- Stern, D. (1998). Noninterpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The ‚something more‘ than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis* 79, 903 –921
- Stevenson, J. und Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder,. *American Journal of Psychiatry* 149, 358-362
- Stierlin, H. (1978). *Delegation und Familie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B. und Atwood, G.E. (1996). *Psychoanalytische Behandlung*. Frankfurt/M.: Fischer
- Strauß, B. (2000). Ist die therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung? *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 21, 381-397
- Strauß, B. (2000). Psychotherapiemotivation und -indikation: Eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. *Psychotherapie Forum* 8, 22-26
- Strauß, B. und Burgmeier-Lohse, M. (1995). Merkmale der Passung zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppenpsychotherapie und Psychoanalyse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 127-140
- Strauß, B. und Lobo-Drost, A. (1999). Das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR). Version 1.0. Unveröff. Manual
- Streeck, S. (1989). *Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Beiträge zur psychologischen Forschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Streeck, U. (1994). Psychoanalytiker interpretieren "das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht". In: Buchholz, M. und Streeck, U. (Hrsg.). *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 179-224
- Streeck, U. und Ahrens, S. (1997). Kap. 6.3.1 Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie. In: Ahrens, S. (Hrsg.). *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 598 – 607
- Streeck, U. (1999). Nichts anderes als ein ‚Austausch von Worten‘? Interaktionen und Inszenierungen im therapeutischen Dialog. *Forum der Psychoanalyse* 15, 91-100

- Strenger, C. (1991). *Between hermeneutic and science*. Madison: International Universities Press
- Strotzka, H. (1964). Betrachtungen zur Frage des Therapieerfolges. *Acta Psychotherapeut* 12, 341-353
- Strupp, H. H. (1986). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41, 84-87
- Strupp, H.H. und Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books
- Strupp, H.H. und Binder, J. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Strupp, H.H., Horowitz, L.M. und Lambert, M.J. (eds.) (1997). *Measuring patient changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery*. Washington: Am Psychol Ass
- Stuhr, U. (1995). Die Fallgeschichte als Forschungsmittel im psychoanalytischen Diskurs. In: Kaiser, E. (Hrsg.). *Psychoanalytisches Wissen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 188-203
- Stuhr, U. (1997). Psychoanalytische und qualitative Psychotherapieforschung. In: Leuzinger-Bohleber, N. und Stuhr, U. (Hrsg.). *Psychoanalysen im Rückblick*. Gießen: Psychosozial Verlag, 164-181
- Stuhr, U. (2001). Methodische Überlegungen zur Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der psychoanalytischen Katamneseforschung und Hinweise zu ihrer Integration. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.). *Langzeit-Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 133-148
- Stuhr, U. und Deneke, F.-W. (Hrsg.) (1993). *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger
- Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M. und Beutel, M. (Hrsg.) (2001). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer, 260-270
- Stuhr, U., Lamparter, U., Deneke, F.-W., Oppermann, M., Höppner-Deymann, S., Bühring, B. und Trukenmüller, M. (2001). Das Selbstkonzept von ‚Gesunden‘. Verstehende Typenbildung von Laien-Konzepten sich gesundfühlender Menschen. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 3, 98-118
- Stuhr, U., Höppner-Deymann, S. und Oppermann, M. (2002). Zur Kombination qualitativer und quantitativer Daten: Was nur erzählt werden kann. In: Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. und Beutel, M. (Hrsg.). *Forschen und Heilen in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Kohlhammer, 154-167
- Stuhr, U., Lamparter, U., Deneke, F.-W., Oppermann, M., Höppner-Deymann, S. und Trukenmüller, M. (2003). Das Selbstkonzept von „Gesunden„. *Psychother Soz* 3, 2, 98-118
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton
- Svartberg, M., Seltzer, M.H., Stiles, T.C. und Khoo, S.T. (1995). Symptom improvement and its temporal course in short-term dynamic psychotherapy. A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183, 242-248
- Svedlund J., Sjödin, I., Ottosson, J.O. und Dotevall, G. (1983). Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* 10, 589-592
- Szapocznik, J., Rio, Murray, Scopetta, Rivas-Vasquez, Hervis, Posada und Kurtines (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 571- 578
- Talvitie, V. & Ihanus, J. (2002). The repressed and implicit knowledge. *International Journal of Psychoanalysis* 83, 1311-1324
- Target, M., und Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis* 77, 459-479

- Target, M. und Fonagy, P. (1998). The long-term follow-up of child psychoanalysis. Paper presented at the Vulnerable Child Symposium at the American Psychoanalytic Association, Toronto, Canada. Zitiert nach: Fonagy, P. (ed.), An open door review of outcome studies in psychoanalysis. London: IPA, 2002, 141-146
- Target, M., March, J., Ensik, K., Fabricius, J. und Fonagy, P. (2002). Prospective study of the outcome of child psychoanalysis and psychotherapy (AFC5). In: P. Fonagy (ed.). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. London: IPA, 161-162
- Teller, V. und Dahl, H. (1986). The microstructure of free association. J Am Psychoanal Assoc 34, 763-798
- Tenbrink, D. (2002). Theoretische und praxeologische Aspekte der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 18, 131-141
- Teufel R. und Volk, W (1988). Erfolg und Indikation stationärer psychotherapeutischer Langzeittherapie. In: Ehlers, W., Traue, H.C., Czogalik, D. (Hrsg.). Bio-psycho-soziale Medizin. Berlin: Springer - PSZ-Drucke, 331-346
- Thiel, A. und Schüßler, G. (1995). Zwangssymptome bei strukturellen Selbstdefekten – eine Untersuchung am Beispiel der Anorexie und Bulimia nervosa. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 41, 60-76
- Thiel, A., Züger, M., Jacoby, G.E. und Schüßler, G. (1999). Welche Bedeutung haben narzißtische Selbst-Störungen für die Prognose der Anorexia und Bulimia nervosa? Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 45, 57-76
- Thomä, H. (1974). Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. Psyche Z Anal. 28, 381-394
- Thomä, H. (2004). Comparative Psychoanalysis on the Basis of a New Form of Treatment Report. (unveröffentlichter Vortrag, IPA-Kongress, New Orleans, 2004)
- Thomä, H. und Kächele, H. (1985). Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen. Berlin: Springer
- Thompson, L.W., Gallagher, D. und Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 55, 385-390
- Tölle, R. (1985). Psychiatrie. Berlin: Springer
- Toulman, S. (1991). Cosmopolis. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Tress, W. (Hrsg.) (1993). Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB). Asanger: Heidelberg
- Tress, W., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N., Wöller, W. & Langenbach, M. (2003). Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 48, 15-22
- Tress, W., Henry, W.P., Strupp, H., Reister, G., Junkert, B. (1990). Die stukturelle Analyse sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 36, 240-257
- Tress, W., Manz, R. und Sollors-Mossler, B. (1990). Epidemiologie in der Psychosomatischen Medizin. In: Uexküll, T. v. Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 103-112
- Tschuschke, V. (Hrsg.) (2000). Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Tschuschke, V. (1993). Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Tschuschke, V. (1996). Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapien bei Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45, 38-47
- Tucker, L., Bauer, S.F., Wagner, S., Harlam, D. und Sher, I. (1987). Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study. Am J P 144, 1443-1448

- Tustin, F. (1972). *Autism and childhood psychosis*. London: Hogarth Press
- Tustin, F. (1986). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: Routledge
- Vaillant, G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers*. Washington: American Psychiatric Press
- Vogd, W. (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Z. f. Soziologie* 31, 294-315
- Wachholz, S. und Stuhr, U. (1999). The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research* 9 (3), 324-341
- Waldron, S., Shrier, D.K., Stone, B. et al. (1975). School phobia and other neurosis. Systematic study of the children and their families. *American Journal of Psychiatry* 132, 802-808
- Waldron, S., Scharf, R.D. und Crouse, J. (2001). Das Richtige zur richtigen Zeit sagen – Psychoanalytische Interventionen von guter Qualität führen zu sofortiger Patientenproduktivität. In: Stuhr, U. et al. *Langzeit-Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer, 277-312
- Waldron, S., Scharf, R.D., Crouse, J., Firestein, S.K., Burton, A. und Hurst, D. (2003). Saying the right thing at the right time: Psychoanalytic interventions of good quality enhance immediate patient productivity. *J Am Psychoanal Ass*, submitted
- Waldron, S., Scharf, R.D., Hurst, D., Crouse, J., Firestein, S.K. und Burton, A. (2003). What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales. *Int J Psychoanal*, submitted
- Wallerstein, R. (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford
- Wallerstein, R. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clin Psychol* 57, 195-205
- Wallerstein, R. (1991). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. In: Shapiro, T. (ed.). *The concept of structure in psychoanalysis*. Madison: International Universities Press, 241-261
- Wallerstein, R. (1990). Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche – Z Psychoanal* 44, 967-994
- Wallerstein, R., Robbins, L., Sargent, H. und Luborsky, L. (1956). The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. *Bulletin of the Menninger Clinic* 20, 221-278
- Warsitz, R.-P. (1997). Die widerständige Erfahrung der Psychoanalyse zwischen den Methodologien der Wissenschaften. *Psyche Z Psychoanal* 51, 101-142
- Weber, J.J., Bachrach, H.M. und Solomon, M. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II) *Int Rev. Psychoanal* 12, 127-141
- Weber, J.J., Elinson, J. und Moss, I.M. (1966). The application of ego strength scales to psychoanalytic clinic records. In: Goldman, G.S. und Shapiro, D. (eds.). *Developments in psychoanalysis at Columbia University*. New York: Hafner, 215-273
- Weber, M. (1904). Die Objektivität sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Winkelmann, J. (Hrsg.). *Max Webers – Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: Mohr, 145-214
- Weiss, J., Sampson, H. und Group TMZPR (eds.) (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical Research*. New York: Guilford Press
- Weiss, J. und Sampson, H. (1986). *The psychoanalytic process*. New York, London: The Guilford Press

- Westen, D. (1997). Towards a clinically and empirically sound theory of motivation. *International Journal of Psycho-Analysis* 78, 521-548
- Westen, D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead?, *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47, 1061-1106
- Westmeyer, H. (1978). Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie. In: Baumann, U., Berbalk, H. und Seidenstücker, G. (Hrsg.). *Klinische Psychologie Trends in Forschung und Praxis*, Bd 1. Bern: Huber, 108-132
- Wiborg, I.M. und Dahl, A.A.. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry*. 53, 689-694
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, D., Mehlum, L., Urnes, O. und Vaglum, P (1998). Outpatient group psychotherapy. A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? *Nordic Journal of Psychiatry* 52, 213-221
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.C., Sifford, L.A. und Raeburn, S. (1993). Group cognitive- behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 296-305
- Wilke, S. et al. (2001). Psychoanalytiker kommentieren ihre Behandlung. Ein Beitrag zur qualitativen Psychotherapieprozeßforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 3, 143-159
- Will, H. (2003). Was ist klassische Psychoanalyse? Ursprünge, Kritik, Zukunft. Stuttgart: Kohlhammer
- Will, H. et al. (1998). Depression. Psychodynamik und Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2000
- Willi, J. (1975). Die Zweierbeziehung. Hamburg: Rowohlt
- Wilson, T.D., Lisle, D., Schooler, J., Hodges, S.D., Klaaren, K. und Ladleur, S. (1993). Introspecting about reasons can reduce post-choice satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin* 19, 331-339
- Winkelmann, K., Hartmann, M., Neumann, K., Hennch, C., Reck, C., Victor, D., Horn, H., Uebel, T. und Kronmüller, K.T. (2000), Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie - eine Fünf-Jahres-Katamnese. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49, 315-328
- Winkelmann, K., Geiser-Elze, A., Hartmann, M., Horn, H., Schenkenbach, C., Victor, A.D. und Kronmüller, K.-T. (2003). Heidelberger Studie zur analytischen Langzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 1.-3. Zwischenbericht
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 151, 190-194
- Wittchen, H.U., Müller, N. und Storz, S. (1998). Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 60, Sonderheft 2, 95-100
- Wittchen, H.U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. und Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen,„. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 216-222
- Wöller, W. und Kruse, J. (2001). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. und O'Brien, C.P. (1990). Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry* 47, 788-789
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. und O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry* 152, 1302-1308

- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L. und O'Brien, C.P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry* 144, 590-596
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I. und Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry* 40, 639-645
- Woody, G.E., McLellan, T., Luborsky, L. und O'Brien, C.P. (1985): Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 42, 1081-1086
- Woolf, S.H. (1992). Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. *Arch Intern Med* 152, 946-952
- Wurmser, L. (1987). *Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen*. Berlin: Springer
- Yeomans, F., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002). *A primer on treating the borderline patient*. New York: Aronson
- Zitrin, C.M., Klein, D.F., Woerner, M.C., Ross, D.C. (1983). Treatment of phobias. I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138