

Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen¹

Von Thorsten Jakobsen^{2,3}, Gerd Rudolf⁴, Josef Brockmann³, Jochen Eckert⁵, Dorothea Huber⁶, Günther Klug⁶, Tilman Grande⁷, Wolfram Keller⁸, Hermann Staats⁹ und Falk Leichsenring⁹

Summary

Results of psychoanalytic long-term therapy in specific diagnostic groups: Improvement in symptoms and interpersonal relationships

Objectives: In the present paper, data from four German studies on the efficacy of outpatient psychoanalytic long-term psychotherapy were examined for symptom reduction (SCL-90-R) and reduction of interpersonal problems (IIP-D). Specifically, the research question addressed the efficacy of long-term therapy in specific diagnostic groups and was compared with that of a parallel group who underwent shorter-term psychodynamic therapy.

Methods: Data from four German studies addressing the efficacy of outpatient psychoanalytic long-term therapy were collected. Evaluation of these data was carried for specific diagnostic groups allowing for comorbid diagnoses. The effects of psychoanalytic therapy were assessed by pre-post and pre-follow-up comparisons using paired t-tests. Additionally, effect sizes were calculated. Psychoanalytic long-term psychotherapy and shorter-term psychodynamic therapy were compared by using a repeated measure ANOVA: Pretreatment vs. posttreatment/follow-up (two-levels) with the between subject factor "therapy conditions" (two levels).

Results: The results showed that in terms of improvement of symptoms and interpersonal problems, psychoanalytic long-term therapy was at least as effective as shorter term psycho-

¹ Die einzelnen zugrunde liegenden Studien wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT), die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), die Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie e. V. (DGIP), die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPA), die Steger-Stiftung und die Robert Bosch Stiftung gefördert. Die Erstellung der vorliegenden Auswertung wurde durch die DGPT gefördert.

² Institut für Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung, Heidelberg.

³ Niedergelassen in ambulanter Praxis.

⁴ Prof. Emeritus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg.

⁵ Institut für klinische Psychologie der Universität Hamburg.

⁶ Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie am Klinikum rechts der Isar, TU München.

⁷ Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin der Universität Heidelberg.

⁸ Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik Berlin.

⁹ Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen.

dynamic therapy with regard to the following ICD-10 diagnostic groups: affective disorders (F3), anxiety disorders (F40; F41; F42), personality disorders (F60; F61; F62), and a group of mixed neurotic disorders (F43; F50; F51; F1; F55). Effect sizes were large and remained stable at follow-up.

Conclusions: The authors emphasize the clinical relevance of the examined diagnostic groups and relatively large effects achieved by the psychoanalytic treatment. Furthermore, the occurrence of comorbid diagnoses and their consequences are discussed. The authors stress that the specific effects of psychoanalytic therapy can only be very insufficiently tapped by the outcome measures referring to symptoms and interpersonal problems.

Z Psychosom Med Psychother 53/2007, 87–110

Keywords

Psychotherapy Research – Psychoanalytic Therapy – Psychodynamic Therapy – Symptomatic Effects – Interpersonal Effects – Follow-up – Groups of Diagnoses

Zusammenfassung

Fragestellung: In der vorliegenden Arbeit wird die Wirksamkeit ambulanter psychodynamischer Langzeittherapie hinsichtlich der Symptomreduktion (im SCL-90-R) und der Reduktion interpersoneller Probleme (im IIP-D) untersucht. Im Besonderen geht es um die Frage der Wirksamkeit analytischer Langzeittherapie bei spezifischen Diagnosegruppen. Die Wirksamkeit wird verglichen mit einer parallelisierten Gruppe tiefenpsychologisch fundierter Therapien.

Methode: Es werden die Daten von vier deutschen Studien zur Wirksamkeit ambulanter psychodynamischer Langzeittherapie aggregiert und die Behandlungen nach den Diagnosen der behandelten Patienten unter Vernachlässigung der Doppeldiagnosen den Gruppen zugeordnet. Der Vergleich der Symptome Anfang/Ende und Anfang/Katamnese wird mit einem t-Test für abhängige Gruppen untersucht. Der Vergleich zwischen den beiden Verfahren wird mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung Anfang/Ende (zweistufig) mit dem „between subject factor“ Therapiebedingung (zweistufig) durchgeführt. Zusätzlich werden Effektgrößen berechnet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass psychodynamische (analytische) Langzeittherapie in der Behandlung der folgenden Diagnosegruppen zumindest ebenso wirksam im Hinblick auf die Besserung der Symptomatik und der interpersonelle Probleme ist wie tiefenpsychologische Therapie: ICD-10 affektive Störungen (F3), Angststörungen (F40; F41; F42), sowie Persönlichkeitsstörungen (F60; F61; F62). Ebenso in einer Gruppe gemischter neurotischer Störungen (F43; F50; F51; F1; F55). Die Effekte sind groß und in der Katamnese stabil.

Diskussion: Die Autoren betonen die klinische Relevanz der untersuchten Gruppe und verweisen auf die zum Teil relativ großen Effekte, welche durch die Behandlung erzielt werden konnten. Darüber hinaus werden das Vorhandensein zahlreicher Doppeldiagnosen und die Konsequenzen für die Auswertungsstrategie diskutiert. Es wird die Meinung vertreten, dass die spezifischen Effekte einer analytischen Therapie mit den in der Arbeit verwendeten Fragebögen nur sehr ungenügend erfasst werden können.

1. Einleitung

Wirksamkeitsstudien für Psychotherapien werden aus Gründen ihrer zeitlichen und organisatorischen Durchführbarkeit vor allem an kurz dauernden Behandlungen über wenige Monate mit einer begrenzten Anzahl von durchschnittlich 15 bis 40 Sitzungen vorgenommen. In diesem überschaubaren Rahmen lassen sich randomisierte, kontrollierte Studien bei umschriebenen Störungsbildern leichter durchführen.

Langzeitpsychotherapien, die sich in der Regel über mehrere Jahre erstrecken und in der analytischen Psychotherapie 100 bis 300 Sitzungen (oder mehr) umfassen und durchschnittlich drei bis vier Jahre dauern, sind aus nahe liegenden Gründen schwer zu beforschen. Solche Studien können nur sehr schlecht unter Laborbedingungen als randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt werden. Angesichts der langen Behandlungszeit ist es auch kaum möglich, Wartekontrollgruppen zu bilden.

Es bietet sich an, diese Therapien dort zu untersuchen, wo sie durchgeführt werden, das heißt in den Praxen niedergelassener Therapeuten. Naturalistische Bedingungen erschweren zwar die Selektion von homogenen symptombezogenen Stichproben, da in den Praxen (in Deutschland) häufig Patienten mit chronifizierten und komplexen Störungen behandelt werden, das heißt Störungen, bei denen mehrere ICD-10-Diagnosen vorliegen. Untersuchungen unter Praxisbedingungen haben aber den Vorteil, dass man jene Patienten untersucht, auf welche die Ergebnisse der Studien auch angewandt werden sollen. Zudem ist aus psychoanalytischer Sicht eine vergleichbare Symptomatik nicht so relevant wie zum Beispiel unbewusste Konflikte oder das strukturelle Funktionsniveau (siehe hierzu auch Arbeitskreis OPD 2006). In der Praxis des Langzeittherapieverfahrens ist es üblich, je nach Behandlungsfall die Behandlungstechnik, Sitzungsfrequenz und Therapiedauer variabel zu handhaben. Therapiemanuale werden in aller Regel nicht verwendet. Für eine Übersicht zur Effektivität siehe Leichsenring (2005) oder auch Fonagy und Roth (2004) und zur Studienplanung Leichsenring (2004), Leichsenring und Rügner (2004) oder auch Huber et al. (2001), Huber und Klug (2004, 2005).

Die therapeutische Zielsetzung der psychodynamischen Langzeittherapie ist eine zweifache: zum einen soll die vorherrschende, krankheitswertige Symptomatik nachhaltig reduziert werden, zum anderen wird vor allem eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, das heißt von zeitlich stabilen dispositionellen Merkmalen, angestrebt (unbewusste Konflikte und strukturelle Einschränkungen).

Während für die Erfassung der Umstrukturierung sehr unterschiedliche, theoriegeleitete Kriterien und entsprechende Instrumente verwendet werden (z. B. Heidelberger Umstrukturierungsskala, Rudolf et al. 2000, oder Skalen Psychischer Kompetenzen, Huber et al. 2006), werden die Symptomreduzierung und die Veränderung im zwischenmenschlichen Bereich in den meisten Studien mit den derzeit international gebräuchlichen Instrumenten erfasst, zum Beispiel SCL-90-R (Derogatis 1980) und IIP-D (Horowitz et al. 1993), und ergänzt durch Einschätzungen des Therapeuten.

Im Bereich der analytischen und tiefenpsychologisch fundierten Langzeittherapie wurden in jüngerer Zeit im deutschsprachigen Raum mehrere prospektive Studien durchgeführt, namentlich in Göttingen, Frankfurt/Hamburg, München und Heidel-

berg/Berlin, von denen eine abgeschlossen ist und drei weitere sich im sehr fortgeschrittenen Stadium der Datenerhebung befinden (Brockmann et al. 2002, 2006; Rudolf et al. 2004; Grande et al. 2006; Huber et al. 2001; Huber u. Klug 2004, 2005; Leichsenring et al. 2005).

Da die einzelnen Studien jeweils nur relativ kleine Fallzahlen untersuchen können, ist es zweckmäßig, die vorliegenden Patientendaten zu aggregieren. So können die Gesamtstichprobe der Patienten oder auch einzelne Diagnosegruppen untersucht werden. Dabei wird in der vorliegenden Arbeit bewusst der Ergebnisbereich der Umstrukturierung der Persönlichkeit außer Acht gelassen, auch wenn dies eins der Hauptziele von hochfrequenten analytischen Langzeitpsychotherapien darstellt. Strukturelle Veränderungen lassen sich durchaus untersuchen und sind zum Beispiel in der PAL-Studie (s. u. Rudolf et al. 2001b; Grande et al. 2006) nachgewiesen worden. Zur Frage der strukturellen Veränderungen siehe auch Huber und Klug (2005). Die vorliegende Auswertung konzentriert sich auf die Untersuchung von Veränderungen der Symptomatik und der interpersonellen Probleme zum einen für die Gesamtstichprobe der Patienten sowie zum anderen für einzelne Diagnosegruppen. In den einzelnen Studien ist allerdings wesentlich mehr untersucht worden als hier dargestellt wird, diese Ergebnisse sind den einzelnen Studien zu entnehmen (Brockmann et al. 2002, 2003, 2006; Rudolf et al. 2004; Grande et al. 2006; Huber u. Klug 2005; Leichsenring et al. 2005).

In der vorliegenden Arbeit soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Wie ist das Behandlungsergebnis analytischer Langzeittherapien (AP) in der Symptomatik und bei interpersonellen Problemen für die Gesamtstichprobe von Patienten mit heterogenen komplexen Störungsbildern? Wie ist die katamnestische Stabilität des Ergebnisses?
- Wie ist das Behandlungsergebnis analytischer Langzeittherapien bezogen auf unterschiedliche diagnostische Anwendungsbereiche?
- Wie ist das Behandlungsergebnis analytischer Langzeittherapien verglichen mit tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien, global und in verschiedenen diagnostischen Anwendungsbereichen?

2. Vergleichbarkeit der vier Studien im Hinblick auf Patienten und Therapien

Vor einer Aggregation der Datensätze sollen die einzelnen Studien kurz beschrieben werden. Im nächsten Schritt wird dann geprüft, inwieweit die Daten der vier Studien vergleichbar sind und eine Aggregation zulässig ist.

2.1. Allgemeine Studiencharakteristiken

In der Göttinger Studie (Leichsenring et al. 2005)¹⁰ werden prospektiv vergleichend psychoanalytische (AP) und tiefenpsychologische (TP) Therapien unter Praxisbedingungen untersucht. Bei den Therapeuten handelt es sich um qualifizierte nieder-

¹⁰ Die Studie wird durch die DGPT und die DPG gefördert.

gelassene Psychotherapeuten mit längerer Berufserfahrung. Zur Untersuchung der Therapieeffekte werden neben SCL-90-R und IIP-D eine Reihe weiterer Instrumente eingesetzt (Leichsenring et al. 2005). Messungen finden vor Therapiebeginn, zu verschiedenen Zeitpunkten während der Therapie sowie bei Therapieende und ein Jahr nach Therapieende statt. Gegenwärtig liegen erst die Daten zur analytischen Therapie vor (n = 36).

In der Frankfurt-Hamburg-Studie (Brockmann et al. 2002, 2006)¹¹ wurden in einem prospektiven naturalistischen Design unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens die Effekte von psychoanalytischer Langzeittherapie (AP) und von Verhaltenstherapie (VT) untersucht. Die Stichproben bestanden aus je 31 Patienten. Die Diagnosen wurden vor Aufnahme in die Studie durch externe Interviewer mit dem SKID (Wittchen et al. 1997) erhoben. In die Studie wurden ausschließlich Patienten aufgenommen, welche die DSM-III-R-Kriterien für das Vorliegen einer depressiven oder einer Angststörung erfüllten. Symptomatik (SCL-90-R) und interpersonale Probleme (IIP-D) wurden zu fünf Zeitpunkten erhoben: bei Behandlungsaufnahme, nach einem Jahr, nach zweieinhalb, nach dreieinhalb und nach sieben Jahren. Die Therapieziele, ihre Veränderungen und die Zielerreichung wurden bis zum Dreieinhalb-Jahreszeitpunkt erhoben. Zusätzlich wurde ein katamnestisches Interview von einem Fremdinterviewer durchgeführt. In die vorliegende gemeinsame Auswertung gingen Patienten mit verhaltenstherapeutischer Therapie nicht ein.

In der Münchner Psychotherapie-Studie¹² (MPS; Huber u. Klug 2004, 2005; Huber et al. 1997, 2001, 2004, 2005, 2006) wurde eine homogene Gruppe depressiver Patienten in einer vergleichenden Prozess-Outcome-Studie prospektiv und in einem randomisierten Design untersucht. Verglichen wurden analytische Psychotherapie (AP), niederfrequente (tiefenpsychologische) Psychotherapie (TP) und kognitive Verhaltenstherapie (VT). Die Therapeuten waren erfahrene Psychoanalytiker in privater Praxis und hatten mindestens fünf Jahre Berufserfahrung. Sie wurden an einem anerkannten DGPT-Institut ausgebildet. Die VT-Behandlungen fanden keinen Eingang in die vorliegende Arbeit. In der Münchner Studie lag, anders als bei den anderen Studien, die erste Erhebung zu Beginn bereits vor der Therapievermittlung. Messungen wurden zudem halbjährlich während der Therapie sowie bei Therapieende und ein, zwei und drei Jahre danach durchgeführt. Die Münchner Studie zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Erhebung von Symptomen umfangreiche strukturelle Einschätzungen mit den Skalen Psychischer Kompetenzen stattfanden. Die Zuteilung zu den beiden Behandlungsgruppen erfolgte randomisiert.

In der prospektiven Heidelberg-Berlin-Studie (PAL Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Heidelberg: G. Rudolf, T. Grande, Th. Jakobsen, C. Oberbracht, M. Langer, S. Wilke; Berlin: W. Keller, R. Dilg, S. Stehle) wurden hochfrequente analytische Langzeitbehandlungen (AP) mit niederfrequenten tiefenpsychologischen Psychotherapien (TP) verglichen (Rudolf et al. 2004; Grande et al. 2006)¹³. Die Thera-

¹¹ Die Studie wurde durch die DGIP gefördert.

¹² Die Studie wird durch die IPA und die Steger-Stiftung gefördert.

¹³ Die Studie wird durch die DGPT und die Robert Bosch Stiftung gefördert.

peuten der Studie waren ausgebildete Analytiker mit größtenteils langjähriger Berufserfahrung, die sich bereit erklärt hatten, sowohl eine hochfrequente als auch eine niederfrequente Behandlung in die Studie einzubringen. Neben einer Vielzahl von Messzeitpunkten zeichnet sich die Studie dadurch aus, dass drei Beobachtungsebenen realisiert werden konnten (Patient, Therapeut und Untersucher). Dadurch war es möglich, dass neben der Symptomveränderung auch gezielt anderen Aspekten der Therapie nachgegangen werden konnte. So wurden zum Beispiel der Therapieprozess in qualitativen Analysen an umfangreichem Textmaterial der Therapeuten sowie strukturelle Veränderungen über ausführliche OPD-Einschätzungen untersucht (Arbeitskreis OPD 2004, 2006) und über die Heidelberg Structural Change Scale (HSCS, Rudolf et al. 2000) erfasst. Darüber hinaus wird eine Einjahres- und eine Dreijahreskatamnese durchgeführt (Rudolf et al. 2001a, b, 2004; Grande et al. 2001, 2004, 2006; Wilke et al. 2001; Wilke u. Pauli-Magnus 2002).

Im Folgenden (2.2. bis 2.5.) werden die vier Studien in Bezug auf Einzelheiten der Diagnostik, Therapiebedingungen, Messzeitpunkte und Stichproben im Hinblick auf eine gemeinsame Auswertung verglichen. Bei Erhebung der Ausgangslage kurz nach Beginn der Therapie (wie in der Göttinger Studie, Frankfurt-Hamburg-Studie und der Heidelberg-Berlin(PAL)-Studie ist damit zu rechnen, dass der Therapieeffekt reduziert abgebildet wird, da die initiale Entlastung des Patienten durch Aufnahme in die Therapie nicht mit erfasst wird (vgl. Howard et al. 1986). Dies bedeutet letztlich, dass der „wirkliche“ therapeutische Effekt etwas unterschätzt wird. Bei der Münchener Studie lag die Erhebung dagegen kurz vor Therapiebeginn.

2.2. Diagnoserfassung

Die Diagnosen wurden in allen Studien nach ICD-10 gestellt. In der Göttinger-Studie erfolgte die Diagnoserfassung durch die Psychotherapeuten anhand der ICD-10-Kriterien unter Zuhilfenahme von ICD-10-Checklisten (Leichsenring et al. 2005). In der Frankfurt-Hamburg-Studie wurden die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen von den behandelnden Therapeuten gestellt. Die Diagnosen auf der Symptomachse wurden zunächst vom Therapeuten gestellt und durch ein unabhängiges strukturisiertes klinisches Interview (SKID) nach DSM-III-R überprüft. Die gesicherten Diagnosen wurden anschließend in das Schema der ICD-10 übertragen (Brockmann et al. 2002). In der Münchener Studie wurde die Diagnoserfassung nach einer ICD-10-Checkliste von zwei externen Untersuchern getrennt erstellt und von diesen beiden in einem zweiten Schritt konsensuell überprüft. Aufgrund ihrer speziellen Zielsetzung wählte die Münchener Studie nur solche Patienten aus, welche die Kriterien einer F32- bzw. F33-Diagnose erfüllten (Huber et al. 1997). In der Heidelberg-Berlin-Studie wurden die Nicht-Persönlichkeitsdiagnosen von den Psychotherapeuten anhand einer ICD-10-Checkliste gestellt (Rudolf et al. 2004; Grande et al. 2006). Die Persönlichkeitsdiagnosen wurden durch zwei externe Rater anhand eines videographierten Interviews nach den ICD-10-Kriterien gestellt.

Insgesamt ist die Erfassung der Diagnosen in allen Studien durch erfahrene Therapeuten unter Zuhilfenahme von Checklisten oder durch aufwändigere Verfahren gesichert.

2.3. Therapiebedingungen

In allen vier Studien wurden die Therapien durch niedergelassene Psychoanalytiker und Psychotherapeuten durchgeführt. Es handelte sich bei den Therapeuten nicht um Ausbildungsteilnehmer oder Studenten, sondern um erfahrene niedergelassene Therapeuten, die für die Richtlinien-Psychotherapie zugelassen waren. Mit Ausnahme der Göttinger Studie sind in allen übrigen Studien derzeit Daten von Patienten aus den zwei psychoanalytischen Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und analytische Psychotherapie (AP)) vorhanden.

Im Rahmen der vorliegenden Auswertung wurden die Behandlungsarten so klassifiziert, wie dies von den Zentren angegeben ist. Des Weiteren wurde definiert, dass eine TP-Behandlung mindestens über 25 Sitzungen und maximal 100 Sitzungen dauern durfte. Eine AP-Behandlung musste mindestens über 120 Sitzungen erfolgt sein. Die tiefenpsychologischen Behandlungen erfolgten in der Regel mit einer Wochenstunde, die AP-Behandlungen mit mehreren Sitzungen pro Woche. 22 Behandlungen, die diesen Bedingungen nicht entsprachen, wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen.

2.4. Messzeitpunkte

Von den vorhandenen Messzeitpunkten wurden Therapiebeginn, Therapieende und ein Katamnesezeitpunkt für die vorliegende Auswertung verwendet. Der Katamnesezeitpunkt musste dabei mindestens ein Jahr nach dem Behandlungsende liegen, was in den meisten Studien auch der Standardtermin war. Lag kein Katamnesezeitpunkt nach einem Jahr vor, so wurde der nächstspätere Termin (1½ bzw. 3 Jahre) für die

Tabelle 1: Therapiedauer und Stundenzahl in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

		Göttingen			Frankfurt		München		Heidelberg		Alle	
		AP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP		
Th.- Dauer in Monaten	MW	36,2	47,6	27,6	34,0	19,4	43,6	23,1	40,7	22,1		
	SD	14,4	16,0	8,5	12,2	9,5	14,1	7,7	15,1	8,5		
	Min.	12,0	21,7	17,8	12,8	3,9	14,9	9,1	12,0	3,9		
	Median	34	44	33	32	20	43	23	41	23		
	Max.	77,8	82,9	32,6	58,2	37,5	74,1	38,9	82,9	38,9		
	n =	36	23	3	13	16	32	26	104	45		
Th.- Stunden	MW	254,7	251,0	68,7	245,1	60,6	310,0	68,9	269,7	65,9		
	SD	72,5	80,3	14,2	65,5	25,9	102,9	23,1	87,1	23,6		
	Min	126	120	60	130	27	129	31	120	27		
	Median	275	265	61	240	61	300	73	284	70		
	Max	426	433	85	333	100	733	100	733	100		
	n =	36	23	3	13	16	32	26	104	45		

Katamnese verwendet. In der Frankfurt-Hamburg-Studie waren die Messzeitpunkte nicht an die Behandlung gekoppelt, sondern an die seit Behandlungsbeginn vergangene Zeit. Hier wurde als Behandlungsende jener Messzeitpunkt genommen, der am nächsten kurz vor oder nach dem Therapieende lag.

2.5. Stichprobenbeschreibung

In die Auswertung eingebracht wurden aus der Göttingen-Studie 36 AP-Behandlungen, aus der Frankfurt-Hamburg-Studie 23 AP-Behandlungen und 3 TP-Behandlungen, aus der Münchener Studie 13 AP-Behandlungen und 16 TP-Behandlungen und aus der Heidelberg-Berlin-Studie 32 AP-Behandlungen und 26 TP-Behandlungen, sodass insgesamt 149 Therapien in die Auswertung gingen (AP: $n = 104$, TP: $n = 45$). Die Anzahl auswertbarer Behandlungen reduziert sich je nach Vollständigkeit der Fragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten jeweils in geringfügigem Umfang. Die Stichprobe umfasst zu 68,5 % Frauen und zu 31,5 % Männer. Die Altersverteilung der Patienten ergibt sich aus Tabelle 2. Weder im Alter noch in der Geschlechtsverteilung bestand in der Gesamtgruppe ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen AP und TP (Alter: $t = -1.499$, $p = .136$; Geschlecht: $\chi^2 = .481$, $p = .565$).

Von den insgesamt 149 Patienten hatten 66 (44 %) eine Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Außer einem Patienten, der ausschließlich eine Persönlichkeitsstörung hatte, hatten alle übrigen Patienten weitere ICD-10-Diagnosen. Darüber hinaus waren bei 91 Patienten (61 %) Diagnosen aus mehr als einem der definierten Bereiche (in Anlehnung an die Gliederung der Anwendungsbereiche des Wissenschaftlichen Beirats 2006, Nr. 1 bis Nr. 12, siehe Tab. 3) gestellt worden.

Tabelle 2: Alter in Jahren und Geschlecht in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) ($n = 149$)

		Göttingen	Frankfurt		München		Heidelberg		Gesamt		
		AP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	Alle
Alter	MW	35,3	31,6	33,7	31,2	35,4	36,6	37,8	34,3	36,7	35,1
	SD	8,6	6,9	17,7	5,5	8,1	8,2	10,9	8,0	10,3	8,8
	Min	24	21	22	24	24	20	19	20	19	19
	Median	36	31	25	32	33	36	38	33	35	34
	Max	56	45	54	40	47	54	58	56	58	58
	n =	36	23	3	13	16	32	26	104	45	149
Geschlecht	M	n = 11 30,6 %	n = 6 26,1 %	n = 0 0 %	n = 4 30,8 %	n = 6 37,5 %	n = 10 31,3 %	n = 10 38,5 %	n = 31 29,8 %	n = 16 35,6 %	n = 47 31,5 %
	W	n = 25 69,4 %	n = 17 73,9 %	n = 3 100 %	n = 9 69,2 %	n = 10 62,5 %	n = 22 68,8 %	n = 16 61,5 %	n = 73 70,2 %	n = 29 64,4 %	n = 102 68,5 %
	n = 100 %	36	23	3	13	16	32	26	104	45	149

Tabelle 3: Anzahl der ICD-10-Diagnosen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

n = Anzahl der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe			AP	TP	Alle
Nr. 1	F3	Affektive Störungen	76	36	112
Nr. 2	F40; F41; F42	Phobien, andere Angstst. & Zwangsst.	54	12	66
Nr. 3	F43	Belastungsstörungen	9	6	15
Nr. 4	F44; F45; F48	dissoz. somatoforme Störungen & Neurasthenie	25	14	39
Nr. 5	F50	Essstörungen	12	1	13
Nr. 6	F51; F52	nicht organische Schlaf- & sexuelle Funktionsst.	14	8	22
Nr. 7	F54	psych. & soziale Faktoren bei som. Krankheiten	0	5	5
Nr. 8	F60 bis F62	Persönlichkeitsstörungen	45	21	66
Nr. 9	F1; F55	Abhängigkeit & Missbrauch	7	6	13
Nr. 10	F2	Schizophrenie & Wahn	0	2	2
Nr. 11	F7	psych. & soz. Faktoren bei Intelligenzminderung	0	0	0
Nr. 12	F0	Hirnorganische Störungen	1	0	1
		Rest (ohne syndromale Diagnose)	1	0	1
Sammelgruppe			34	16	50
			„mixed neurotics“ (Nr. 3; Nr. 5, Nr. 6; Nr. 9)		

Die Nummern der Diagnosegruppen 1 bis 12 beziehen sich auf die Gliederung des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie (2006).

3. Methodik

Es wurde im Folgenden zunächst eine Auswertung für die Gesamtstichprobe von Patienten mit heterogenen komplexen Störungen vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die Auswertungen getrennt nach den diagnostischen Anwendungsgebieten durchgeführt. Ferner wurden die beiden Verfahren (AP und TP) bezüglich ihrer Wirksamkeit verglichen. Als Outcome-Maße wurden die *Symptom Checklist* (SCL-90-R) und das *Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme* (IIP-D) verwendet. Bei der Berechnung wurden einzelne fehlende Werte in einer Skala pro Patient durch den Mittelwert des Patienten auf dieser Skala ersetzt. Der Realität der ambulanten Praxis entsprechend finden sich in der Regel pro Patient mehrere ICD-Diagnosen (siehe oben). Fast alle Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfüllen auch die Kriterien einer anderen ICD-10-Diagnose aus dem Bereich F1 bis F59; ($M = 2,73$ Diagnosen, $SD = 1,21$; Anzahl Diagnosen ohne die Zahl von Persönlichkeitsstörungen).

Um nicht alle Patienten mit mehreren Störungen aus der Auswertung ausschließen zu müssen (und damit eine künstliche Selektion zu bilden), wurden in der diagnosenspezifischen Auswertung all jene Patienten zusammen gruppiert, welche eine entsprechende Diagnose aufwiesen, unabhängig davon, ob sie noch weitere Diagnosen hatten.

Tabelle 4: Anzahl der ICD-10-Persönlichkeitsstörungen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

n = Anzahl Patienten mit Persönlichkeitsstörung		AP		TP		Alle	
		n =	%	n =	%	n =	%
F60.0	paranoid	0	0 %	1	2,2 %	1	,7 %
F60.1	schizoid	4	3,8 %	1	2,2 %	5	3,4 %
F60.3	emotional instabile	8	7,7 %	6	13,3 %	14	9,4 %
F60.4	histrionisch	2	1,9 %	1	2,2 %	3	2,0 %
F60.5	anankastisch	3	2,9 %	0	0 %	3	2,0 %
F60.6	ängstlich	1	1,0 %	1	2,2 %	2	1,3 %
F60.7	abhängig	5	4,8 %	1	2,2 %	6	4,0 %
F60.8	andere	10	9,6 %	0	0 %	10	6,7 %
F60.9	n.n.b.	2	1,9 %	1	2,2 %	3	2,0 %
F60.x	narzisstisch	9	8,7 %	10	22,2 %	19	12,8 %
F61	kombinierte und andere	1	1,0 %	0	0 %	1	,7 %
F63	abnorme Gewohnh, & St. d. Impulskontrolle	1	1,0 %	0	0 %	1	,7 %
	keine Persönlichkeitsstörung	59	56,7 %	24	53,3 %	83	55,7 %
	Gesamt	104	100,0 %	45	100,0 %	149	100,0 %

% = Prozentsatz der spezifischen Persönlichkeitsstörung an der AP, TP und Gesamtgruppe

Tabelle 5: Ergebnisse analytischer Langzeittherapien in der Gesamtstichprobe der mit in AP (Analytische Psychotherapie) behandelten Patienten (n = 103)

	Th.-Beginn	Th.-Ende	1 J.-Katamnese
n =	103	103	72
SCL-90 GSI Mittelwert	1,01	0,37	0,36
SD	,46	,32	,33
Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
Effektstärke	–	(B-E) 1,62	(B-K) 1,62
n =	102	102	72
IIP Gesamt Mittelwert	14,26	9,59	8,63
SD	3,32	4,66	4,54
Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
Effektstärke	–	(B-E) 1,15	(B-K) 1,42

Zur Verhinderung eines Aufkumulierens des Alpha-Fehlers wird in Tabelle 5 ein Signifikanzniveau von 0.01 festgelegt (0.05/42 Tests = 0.011).

Der Vergleich Anfang/Ende und Anfang/Katamnese wurde mit einem t-Test für abhängige Stichproben untersucht. (B-E) bezeichnet die Effekte von Beginn der Therapie zum Therapieende und (B-K) vom Beginn der Therapie zur Katamnese. Der Vergleich zwischen den beiden Verfahren wurde mit einer Varianzanalyse mit Messwiederholung Anfang/Ende (zweistufig) mit dem „between subject factor“ Therapiebedingung (zweistufig) durchgeführt. Um einen Einfluss möglicherweise zu Beginn bestehender unterschiedlicher Ausgangsniveaus in SCL-90-R und IIP-D auszuschließen, wurden die Werte zu Beginn aus den Daten zu Therapieende und zur Katamnese regressionsanalytisch auspartialisiert. Die weitere Berechnung erfolgte dann auf der Basis der Residualwerte, die unabhängig von den Ausgangswerten sind. Dieses Vorgehen ist dem einer Kovarianzanalyse äquivalent (Bredenkamp 1980).

Die Effektgrößen wurden nach Cohen (1988) als Prä-Postdifferenzen errechnet, geteilt durch die gepoolte Standardabweichung Prä.

4. Ergebnisse

4.1. Besserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Problemen unter AP (Gesamtgruppe und Diagnosegruppen)

Zunächst wurde geprüft, zu welchen Ergebnissen psychodynamische Langzeittherapie in der Gesamtstichprobe aller Patienten führt. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 5. Demnach findet sich eine hoch signifikante Reduzierung der Werte im symptomatischen und interpersonellen Bereich mit „großen“ Effekten (nach Cohen 1988), die im IIP-D zur 1-Jahres-Katamnese hin eine ansteigende Tendenz zeigen. Im Bereich der Symptomatik ist der Effekt doppelt so groß wie der von Cohen (1988) als „groß“ bezeichnete Effekt.

Die zweite Fragestellung bezieht sich auf das Behandlungsergebnis analytischer Psychotherapien bei unterschiedlichen Störungen. Auf der Grundlage von ICD-10-Diagnosen wurde in Anlehnung an die Gliederung der Anwendungsbereiche des Wissenschaftlichen Beirats (2006) eine Gruppierung der ICD-10-Diagnosen vorgenommen. Aufgrund ihrer geringeren Fallzahl wurden die folgenden acht Anwendungsbereiche als separate Gruppen in den Vergleich zwischen AP und TP *nicht mit einbezogen*:

- Nr. 3: Belastungsstörungen (ICD-10: F43)
- Nr. 5: Essstörungen (ICD-10: F50)
- Nr. 6: nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F51)
- Nr. 7: psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10: F54)
- Nr. 9: Abhängigkeit und Missbrauch (ICD-10: F1; F55)
- Nr. 10 Schizophrenie und Wahn (ICD-10: F2)
- Nr. 11: psychische und soziale Faktoren bei Intelligenzminderung (ICD-10: F7)
- Nr. 12: Hirnorganische Störungen (ICD-10: F0)

Die diagnosenbezogene Auswertung erfolgte als Vergleich für die Anwendungsbereiche

- Nr. 1: Affektive Störungen (ICD-10: F3),
- Nr. 2: Phobien, andere Angststörungen und Zwang (ICD-10: F40; F41; F42),
- Nr. 4: dissoziative- und somatoforme Störungen sowie Neurasthenie (ICD-10: F44; F45; F48),
- Nr. 8: Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60 bis F62, vgl. auch Tab. 4).

Darüber hinaus sind die Patienten der nicht einbezogenen Diagnosegruppen

- Nr. 3: Belastungsstörungen (ICD-10: F43)
- Nr. 5: Essstörungen (ICD-10: F50)
- Nr. 6: nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F51)
- Nr. 9: Abhängigkeit und Missbrauch (ICD-10: F1; F55)

zu einer Gruppe M als „mixed neurotics“ zusammengefasst worden und gingen so in den Vergleich AP versus TP mit ein.

Für die Gruppen Nr. 5 (Essstörungen, ICD-10: F50) und Nr. 6 (nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen, ICD-10: F51) wurde aber separat die Wirksamkeit in der Gruppe AP nachgewiesen. Im Folgenden werden auch die Nummern der Diagnosegruppen verwendet, um klar zu zeigen, dass es sich in der Auswertung um die vom Wissenschaftlichen Beirat definierten Anwendungsbereiche handelt.

Tabelle 6 enthält die Ergebnisdaten der analytischen Psychotherapie für die definierten Diagnosegruppen. Dargestellt sind jeweils die Gesamtwerte der SCL-90-R und des IIP-D sowie die spezifisch zur Diagnosegruppe gehörenden Skalenwerte der SCL-90-R.

4.2. Vergleich AP und TP

Der Vergleich zwischen AP und TP betrifft nicht (wie schon beschrieben) das zentrale Zielkriterium analytischer Psychotherapie – Umstrukturierung der Persönlichkeit –, sondern die Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen in den beiden unterschiedlich Therapieverfahren.

4.2.1. Vergleich AP und TP – Ausgangslage

Vergleich zu Therapiebeginn: Ein Vergleich zwischen AP und TP ist nur dann sinnvoll möglich, wenn sich die beiden Gruppen in relevanten Ausgangsdaten nicht signifikant unterscheiden. Sollten solche Unterschiede bestehen, werden sie durch Parallelisierung ausgeglichen. Zunächst wurde deshalb geprüft, ob entsprechende signifikante Unterschiede zwischen AP und TP bestehen. Die Tabellen 7 bis 10 zeigen die Ausgangslage der zu vergleichenden Gruppen. Um ausreichend große Stichproben zu gewährleisten, wurden für diesen Vergleich die Gesamtgruppe und die Anwendungsbereiche Affektive Störungen (F3: Nr. 1), Phobien, Angst und Zwang (F40; F41; F42: Nr. 2), dissoziative, somatoforme Störungen und Neurasthenie (F44; F45; F48:

Tabelle 6: Ergebnisse analytischer Psychotherapie getrennt nach Diagnosegruppen (n = 147)

		Th.-Beginn	Th.-Ende	1 J.-Katamnese
Nr. 1 F3 Affektive Störungen	n =	76	76	47
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,05	0,38	0,35
	SD	,45	,33	,32
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,70	(B-K) 1,79
	n =	75	75	47
	SCL-90 Depressivität	1,69	0,54	0,50
	SD	,73	,59	,54
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,73	(B-K) 1,85
	n =	75	75	47
	IIP Gesamt Mittelwert	14,59	9,87	8,68
	SD	3,02	4,62	4,41
Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**	
Effektstärke	–	(B-E) 1,21	(B-K) 1,56	
Nr. 2 F40; F41; F42 Phobien, Angst und Zwang	n =	53	53	42
	SCL-90 GSI Mittelwert	0,93	0,41	0,39
	SD	,46	,37	,33
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,25	(B-K) 1,35
	n =	53	53	42
	SCL-90 Phobie	0,52	0,14	0,12
	SD	,68	,20	,21
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 0,76	(B-K) 0,79
	n =	53	53	42
	SCL-90 Ängstlichkeit	1,00	0,48	0,39
	SD	,64	,50	,49
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 0,91	(B-K) 1,07
	n =	53	53	42
	SCL-90 Zwang	1,12	0,53	0,51
SD	,65	,54	,44	
Signifikanz	–	(B-E) p = 0,000**	(B-K) p = 0,000**	

		Th.-Beginn	Th.-Ende	1 J.-Katamnese
Nr. 2 F40; F41; F42 Phobien, Angst und Zwang	Effektstärke	–	(B-E) 0,99	(B-K) 1,10
	n =	52	52	40
	IIP Gesamt Mittelwert	13,75	10,22	9,15
	SD	3,65	4,63	4,65
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 0,85	(B-K) 1,10
Nr. 4 F44; F45; F48 Dissoziative, somatoform- e Störungen und Neurasthenie	n =	25	25	17
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,00	0,39	0,38
	SD	,44	,29	,44
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,64	(B-K) 1,41
	n =	25	25	17
	SCL-90 Somatoform	0,89	0,51	0,40
	SD	,49	,39	,35
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 0,86	(B-K) 1,15
	n =	24	24	17
	IIP Gesamt Mittelwert	14,36	10,26	8,23
	SD	2,75	4,56	4,99
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,09	(B-K) 1,52
Nr. 5 F50 Essstörungen	n =	12	12	10
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,16	0,41	0,32
	SD	,59	,34	,36
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	p = .002**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,56	1,72
	n =	12	12	10
	IIP Gesamt Mittelwert	13,31	7,50	6,57
	SD	4,37	5,43	4,65
	Signifikanz	–	(B-E) p = .001**	(B-K) p = .000**
Effektstärke	–	(B-E) 1,18	(B-K) 1,49	

		Th.-Beginn	Th.-Ende	1 J.-Katamnese
Nr. 6 F51 nicht organi- sche Schlaf- störungen und sexuelle Funktions- störungen	n =	14	14	12
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,19	0,41	0,34
	SD	,45	,27	,28
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 2,10	(B-K) 2,27
	n =	13	13	11
	IIP Gesamt Mittelwert	13,83	9,97	9,16
	SD	2,39	4,72	4,33
	Signifikanz	–	(B-E) p = .006**	(B-K) p = .001**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,03	(B-K) 1,34
Nr. 8 F60 bis F62 Persönlich- keitsstörun- gen	n =	44	44	33
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,05	0,40	0,35
	SD	,46	,37	,33
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,56	(B-K) 1,75
	n =	44	44	34
	IIP Gesamt Mittelwert	14,26	9,75	8,54
	SD	3,72	4,79	4,85
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,05	(B-K) 1,32
Sammelgrup- pe „mixed neurotics“ Nr. 3, Nr. 5, Nr. 6, Nr. 9 F43; F1; F50, F55; F51	n =	33	33	28
	SCL-90 GSI Mittelwert	1,11	0,38	0,37
	SD	,48	,26	,36
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,89	(B-K) 1,74
	n =	32	32	27
	IIP Gesamt Mittelwert	13,91	8,66	7,78
	SD	3,11	5,13	4,58
	Signifikanz	–	(B-E) p = .000**	(B-K) p = .000**
	Effektstärke	–	(B-E) 1,24	(B-K) 1,36

Zur Verhinderung eines Aufkumulierens des Alpha-Fehlers wird in Tabelle 6 ein Signifikanzniveau von 0.01 festgelegt (0.05/42 Tests = 0.011).

Tabelle 7: Geschlecht der Patienten getrennt nach Diagnosegruppen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

		AP		TP	
		n =	%	n =	%
Geschlecht Gesamtgruppe	m	31	29,8 %	16	35,6 %
	w	73	70,2 %	29	64,4 %
	Summe	104	100 %	45	100 %
Geschlecht Gruppe Nr. 1 (F3)	m	21	27,6 %	13	36,1 %
	w	55	72,4 %	23	63,9 %
	Summe	76	100 %	36	100 %
Geschlecht Gruppe Nr. 2 (F40; F41; F42)	m	19	35,2 %	4	33,3 %
	w	35	64,8 %	8	66,7 %
	Summe	54	100 %	12	100 %
Geschlecht Gruppe Nr. 4 (F44; F45; F48)	m	11	44,0 %	3	21,4 %
	w	14	56,0 %	11	78,6 %
	Summe	25	100 %	14	100 %
Geschlecht Gruppe Nr. 8 (F60 bis F62)	m	15	34,1 %	10	47,6 %
	w	29	65,9 %	11	52,4 %
	Summe	44	100 %	21	100 %
Geschlecht Gruppe M („mixed neurotics“)	m	7	20,6 %	7	43,8 %
	w	27	79,4 %	9	56,3 %
	Summe	34	100%	16	100%

Tabelle 8: Alter in Jahren getrennt nach Diagnosegruppen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

Alter	Gesamt- gruppe		Nr. 1 (F3)		Nr. 2 (F40;F41;F42)		Nr. 4 (F44;F45;F48)		Nr. 8 (F60 – F62)		Gruppe M „mixed neurotics“	
	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP
MW	34,3	36,7	33,2	35,9	35,8	38,2	36,6	39,3	34,3	36,2	37,7	39,3
SD	8,0	10,3	7,5	10,2	9,0	10,5	8,3	12,1	8,1	10,0	8,0	11,9
n =	104	45	76	36	54	12	25	14	44	21	34	16

Tabelle 9: Anteil Patienten mit Persönlichkeitsstörungsdiagnose nach Diagnosegruppen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

		Gesamtgruppe		Nr. 1 (F3)		Nr. 2 (F40;F41;F42)		Nr. 4 (F44;F45;F48)		Gruppe M „mixed neurotics“	
		AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP
F60–F62	Ja	42,3 %	46,7 %	35,5 %	47,2 %	44,5 %	41,7 %	52,0 %	50,0 %	35,3 %	56,3 %
100 % ist	n =	104	45	76	36	54	12	25	14	34	16

Tabelle 10: Therapiedauer in Therapiestunden und Monaten Mittelwert nach Diagnosegruppen in AP (Analytische Psychotherapie) und TP (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) (n = 149)

	Gesamtgruppe		Nr. 1 (F3)		Nr. 2 (F40;F41;F42)		Nr. 4 (F44;F45;F48)		Nr. 8 (F60 – F62)		Gruppe M „mixed neurotics“	
	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP	AP	TP
Stunden	277h	65h	266h	63h	282h	79h	263h	72h	277h	65h	284h	61h
Monate	41	22	40	21	43	26	39	24	41	22	44	21
n =	104	45	76	36	54	12	25	14	44	21	34	16

Nr. 4), Persönlichkeitsstörungen (Persönlichkeitsstörungen, F60 bis F62: Nr. 8) und die Sammelgruppe M „mixed neurotics“ (F43: Nr. 3 Belastungsstörungen, F50: Nr. 5 Essstörungen, F51: Nr. 6 nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen und F1; F55: Nr. 9 Abhängigkeit und Missbrauch) ausgewählt. Bezüglich des Geschlechts (in der Gesamtgruppe 64 % Frauen) besteht nach „Fisher’s exact test“ in keiner der Diagnosegruppen ein nachweisbarer signifikanter Unterschied zwischen AP und TP (Gesamtgruppe $p = .56$, Nr. 1 $p = .38$, Nr. 2 $p = 1$, Nr. 4 $p = .18$, Nr. 8 $p = .41$ und Gruppe M $p = .11$). Es besteht zwar ein globaler Häufigkeitsunterschied zwischen Frauen und Männern, zwischen den Therapiegruppen ist das Verhältnis aber vergleichbar und nicht signifikant verschieden. Das gleiche gilt auch für die Altersunterschiede (t-test: Gesamtgruppe $p = .17$, Nr. 1 $p = .16$, Nr. 2 $p = .48$, Nr. 4 $p = .46$, Nr. 8 $p = .44$ und Gruppe M $p = .58$). AP und TP können daher als parallelisiert im Hinblick auf diese Variablen angesehen werden. Eine Auspartialisierung des Alters oder des Geschlechts brauchte deshalb nicht vorgenommen zu werden. Der Anteil an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen war ebenfalls kaum unterschiedlich und betrug insgesamt 42,3 beziehungsweise 46,7 % (siehe Tab. 9). Dagegen war wie geplant die Therapiedauer zwischen den Behandlungsgruppen deutlich unterschiedlich (siehe Tab. 10).

Ein Vergleich zwischen AP und TP bezüglich der Therapie-Effekte in Symptomatik und interpersonellen Problemen setzt voraus, dass sich die beiden Therapiegruppen vor Beginn der Behandlung nicht bezüglich der betreffenden Outcome-Maße signifikant unterscheiden.

Ein multivariater GLM-Vergleich der Gruppen AP/TP in Bezug auf die verwendeten Tests und Skalen (anstelle mehrfacher t-Tests) zur Vermeidung der Alpha-Fehler-Kumulierung, ergab für die Gesamtgruppe ($F = 0,609$; $p = .446$ n. s.), die Gruppe Nr. 1 ($F = 0,051$; $p = .826$ n. s.), die Gruppe Nr. 2 ($F = 3,989$; $p = .50$ t), die Gruppe Nr. 4 ($F = 2,294$; $p = .139$ n. s.), die Gruppe Nr. 8 ($F = 0,692$; $p = .409$ n. s.) und in Gruppe M „mixed neurotics“ ($F = 1,425$; $p = .239$ n. s.) keine signifikanten Unterschiede. In Gruppe Nr. 2 zeigt sich eine nicht signifikante Tendenz. Für die weiteren Berechnungen wurden, wie oben beschrieben, die Prä-Werte der SCL-90-R und IIP-D Gesamt- und -Skalenwerte aus den Werten zu Therapieende und zur Katamnese pro Anwendungsbereich auspartialisiert und die weiteren Berechnungen auf der Basis der Residualwerte durchgeführt.

4.2.2. Vergleich AP und TP – Veränderungen im SCL-90-R und IIP-D

Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse einer Varianzanalyse (berechnet nach dem general linear model GLM) mit dem Faktor Zeit (2-stufig, Anfang-Ende) und der Therapiebedingung (2-stufig, AP-TP) als Gruppenvariable in einem ersten Auswertungsschritt für die Gesamtstichprobe aller Patienten. Für den Vergleich zwischen den Gruppen (AP/TP) wurden die Residuen aus einer Regressionsanalyse verwendet, um etwaige Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn zu kontrollieren. Zudem sind in der Tabelle 11 die Effektstärken der Behandlungen angegeben. Bis auf einen Vergleich ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Therapieformen. Bei Therapieende besteht eine Tendenz zugunsten der AP, die allerdings nicht signifikant ist. In der Katamnese ist der Effekt der AP im IIP-D signifikant größer als in der Effekt der TP.

Ein Vergleich der Wirksamkeit zwischen AP und TP bezogen auf die diagnostischen Anwendungsgebiete erbringt keine statistisch signifikanten Unterschiede (Tab. 12 im Gegensatz zur Gesamtgruppe).

In der Gruppe Nr. 4 (ICD-10: F44; F45; F48) besteht zur Katamnese eine Tendenz im IIP-D zugunsten der AP. Für die Anwendungsbereiche Nr. 5 Essstörungen (ICD-10: F50) und Nr. 6 nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörun-

Tabelle 11: AP und TP im Vergleich anhand des SCL-90-R GSI und des IIP Gesamtwertes

Gesamtgruppe		AP TP GLM Gruppenvergleich	AP Effektstärken	TP Effektstärken
Beginn- Ende	SCL-90-R GSI	$F(1,144) = 0,034$ ($p = .854$) n. s.	1,62	1,24
	IIP Gesamt	$F(1,144) = 3,044$ ($p = .083$) n. s.	1,15	0,95
	n =	(146/145) (AP besser)	(103/102)	(43/43)
Beginn- Katamnese	SCL-90-R GSI	$F(1,97) = 0,010$ ($p = .921$) n. s.	1,62	1,29
	IIP Gesamt	$F(1,96) = 4,591$ ($p = .035$)*	1,42	1,35
	n =	(99/98) (AP besser)	(72/72)	(27/26)

AP = Analytische Psychotherapie TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, GLM Gruppenvergleich = General Linear Modell Vergleich der Gruppen AP/TP über die Zeit

gen (ICD-10: F51) wurden wegen der geringen Fallzahl kein varianzanalytischer Gruppenvergleich zwischen AP und TP vorgenommen. Beide Gruppen sind in die Gruppe M „mixed neurotics“ eingegangen. Auf die großen Effekte in diesen Bereichen wurde oben bereits hingewiesen (siehe Tab. 6).

4.2.3. Vergleich AP- und TP-Einzelskalen in SCL-90-R und IIP-D

Im Folgenden werden zwischen AP und TP jene Subskalen der SCL-90-R untersucht, die für die jeweilige Störung relevant sind (z. B. SCL-90-R: Skala Depressivität für die Diagnosegruppe Nr. 1: F3 Affektive Störungen). In der Tabelle 13 sind die für die Diagnosegruppen spezifischen Symptome anhand der Einzelskalen der SCL-90-R dargestellt.

In den Diagnosegruppen Nr. 1 (F3) affektive Störungen, Nr. 2 (F40; F41; F42) Phobien, Angst und Zwang sowie Nr. 4 (F44; F45; F48) somatoforme Störungen und Neurasthenie zeigt sich kein Unterschied in den Therapieeffekten in den spezifischen SCL-90-R-Skalen.

Tabelle 12: AP und TP im Vergleich: SCL-90-R und IIP-D getrennt nach Diagnosegruppen (n = 146)

AP/TP in GLM mit 2 Ztp.		Anfang-Ende	Anfang-Katamnese
Nr. 1 F3 Affektive Störungen	SCL-90 GSI	(n = 106) F (1,108) = 0,257 (p = .613) n. s.	(n = 65) F (1,63) = 0,349 (p = .540) n. s.
	IIP Gesamt	(n = 109) F (1,107) = 1,124 (p = .291) n. s.	(n = 64) F (1,62) = 2,773 (p = .101) n. s.
Nr. 2 F40; F41; F42 Phobien, Angst und Zwang	SCL-90 GSI	(n = 64) F (1,62) = 1,196 (p = .278) n. s.	(n = 54) F (1,52) = 0,047 (p = .829) n. s.
	IIP Gesamt	(n = 63) F (1,61) = 2,640 (p = .109) n. s.	(n = 52) F (1,50) = 2,520 (p = .119) n. s.
Nr. 4 F44; F45; F48 Dissoziative, somatoforme Störungen und Neurasthenie	SCL-90 GSI	(n = 37) F (1,35) = 0,002 (p = .965) n. s.	(n = 30) F (1,28) = 0,073 (p = .789) n. s.
	IIP Gesamt	(n = 37) F (1,35) = 1,172 (p = .286) n. s.	(n = 29) F (1,27) = 3,955 (p = .057) n. s. (AP besser)
Nr. 8 F60 bis F62 Persönlichkeitsstörungen	SCL-90 GSI	(n = 63) F (1,61) = 1,009 (p = .319) n. s.	(n = 47) F (1,45) = 0,433 (p = .514) n. s.
	IIP Gesamt	(n = 64) F (1,62) = 0,767 (p = .385) n. s.	(n = 48) F (1,46) = 2,350 (p = .132) n. s.
Gruppe M „mixed neurotics“	SCL-90 GSI	(n = 47) F (1,45) = 0,300 (p = .587) n. s.	(n = 42) F (1,40) = 0,285 (p = .596) n. s.
	IIP Gesamt	(n = 46) F (1,44) = 2,873 (p = .079) n. s. (AP besser)	(n = 40) F (1,38) = 3,218 (p = .081) n. s. (AP besser)

Ab einem Irrtumsniveau $p < 0.1$ ‚Tendenz‘ ist die deskriptive Richtung des Unterschiedes angegeben.

Tabelle 13: AP und TP im Vergleich: Einzelskalen getrennt nach Diagnosegruppen (n = 144)

Nr. 1 F3		AP	TP	AP TP GLM Vergleich
SCL-Skala „Depressivität“ A/E Anfang-Ende	MW (SD)	1,69 (.73) 0,54 (.59)	1,55 (.82) 0,53 (.55)	(n = 109) F (1,107) = 0,589 (p = .444) n. s.
SCL-Skala „Depressivität“ A/K Anfang-Katamnese	MW (SD)	1,64 (.65) 0,50 (.54)	1,40 (.83) 0,58 (.59)	(n = 65) F (1,63) = 3,061 (p = .085) t
Nr. 2 F40; F41; F42		AP	TP	
SCL-Skala „Phobie“ A/E Anfang-Ende	MW (SD)	0,52 (.68) 0,14 (.20)	0,66 (.81) 0,22 (.23)	(n = 64) F (1,62) = 0,105 (p = .747) n. s.
SCL-Skala „Ängstlichkeit“ A/E Anfang-Ende	MW (SD)	1,00 (.64) 0,48 (.56)	0,84 (.56) 0,40 (.39)	(n = 64) F (1,62) = 0,243 (p = .624) n. s.
SCL-Skala „Zwang“ A/E Anfang-Ende	MW (SD)	1,12 (.65) 0,53 (.54)	0,95 (.41) 0,39 (.32)	(n = 64) F (1,602) = 0,150 (p = .700) n. s.
SCL-Skala „Phobie“ A/K Anfang-Katamnese	MW (SD)	0,55 (.74) 0,12 (.21)	0,64 (.78) 0,05 (.07)	(n = 54) F (1,52) = 0,458 (p = .502) n. s.
SCL-Skala „Ängstlichkeit“ A/K Anfang-Katamnese	MW (SD)	0,98 (.64) 0,39 (.49)	0,87 (.54) 0,32 (.24)	(n = 54) F (1,52) = 0,072 (p = .789) n. s.
SCL-Skala „Zwang“ A/K Anfang-Katamnese	MW (SD)	1,05 (.55) 0,51 (.44)	1,08 (.59) 0,43 (.47)	(n = 54) F (1,52) = 0,301 (p = .586) n. s.
Nr. 4 F44; F45; F48		AP	TP	
SCL-Skala „Somatisierung“ A/E Anfang-Ende	MW (SD)	0,89 (.49) 0,51 (.39)	1,06 (.85) 0,81 (.78)	(n = 37) F (1,35) = 0,015 (p = .903) n. s.
SCL-Skala „Somatisierung“ A/K Anfang-Katamnese	MW (SD)	0,93 (.53) 0,40 (.35)	0,94 (.66) 0,45 (.36)	(n = 30) F (1,28) = 0,016 (p = .900) n. s.

Insgesamt zeigt sich bei der detaillierteren Betrachtung in Bezug auf die einzelnen Störungsgruppen, dass es keine signifikanten Wirkungsunterschiede zwischen AP und TP im Hinblick auf die Symptomatik und interpersonellen Beziehungen gibt. Beide Verfahren sind hier gleich wirksam.

5. Diskussion

Nach den dargestellten Ergebnissen führt analytische Langzeittherapie (AP) unter Praxisbedingungen sowohl in der Gesamtstichprobe aller Patienten als auch in den Anwendungsbereichen affektive Störungen, Angststörungen, dissoziative, somatoforme und neurasthenische Störungen, Essstörungen, nicht organische Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen und bei einer Gruppe mit verschiedenen neurotischen Störungen („mixed neurotics“) sowie Persönlichkeitsstörungen zu großen

und in der Katamnese stabilen Effekten. Ein Vergleich von AP und TP kommt zu dem Ergebnis, dass keine Unterschiede in der Wirksamkeit in folgenden Anwendungsbereichen bestehen:

- affektive Störungen,
- Angststörungen,
- dissoziative, somatoforme und neurasthenische Störungen,
- einer Gruppe mit verschiedenen neurotischen Störungen („mixed neurotics“)
- und Persönlichkeitsstörungen.

Beide Verfahren sind hier im Hinblick auf die allgemeine und störungsspezifische Symptomatik sowie auf interpersonelle Probleme gleich wirksam.

Die große Anzahl von Patienten mit Doppeldiagnosen in der Untersuchung entspricht den Bedingungen, wie sie in den Versorgungspraxen vorliegen. Sie erschwert die Interpretation der Ergebnisse, ist aber zum anderen ein Beleg dafür, dass sich die in naturalistischen Studien erfassten Patienten von denen unterscheiden, die in experimentellen Studien untersucht werden. Zudem zeigen die häufigen Mehrfachdiagnosen, dass die Patienten in den untersuchten ambulanten Praxen schwer belastet sind. Dafür sprechen zum Beispiel auch Ergebnisse aus der PAL-Arbeitsgruppe, die eine sehr lange Symptombdauer (im Schnitt 11 Jahre, 56 % der Pat. mit mehr als 5 Jahren) schon zu Behandlungsbeginn aufzeigen konnten. 45 % der Patienten wiesen neben weiteren ICD-10-Diagnosen eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose auf. Die große Anzahl von Patienten (59 %) mit Diagnosen aus mehr als einem der definierten Bereiche spricht ebenfalls für die Schwere der vorliegenden Erkrankungen und unterstreicht das gute Therapieergebnis.

Als ein methodischer Einwand könnte gelten, dass die Vielzahl an relevanten Mehrfachdiagnosen dazu führt, dass ein Patient mehreren Diagnosegruppen zugeordnet und ausgewertet wurde. Dies ist richtig und es soll auch nicht der Eindruck erweckt werden, dass mehr als die 149 angegebenen Patienten in die Auswertung eingingen. Die Alternative wäre aber, alle jene Patienten auszuschließen, welche relevante Mehrfachdiagnosen aufweisen, was neben der Fallzahlreduktion einer Symptomhomogenisierung und damit künstlichen Erhöhung der Effektstärke gleichkäme. In der vorliegenden Arbeit entfällt diese Möglichkeit, da 61 % der Patienten Diagnosen aus mindestens zwei der Anwendungsbereiche Nr. 1 bis Nr. 12 aufwiesen und damit eine relevante Mehrfachdiagnose hatten. Der Anteil an Patienten mit Mehrfachdiagnosen auf Einzeldiagnoseebene (ohne Berücksichtigung der Diagnosegruppen) ist zudem noch erheblich höher. Wesentlicher erscheint uns aber das Argument, dass eine Untersuchung, die nur auf Patienten mit Einfachdiagnosen basiert, keinerlei Validität für die Versorgungsrealität in Deutschland aufweist.

Es spricht für die Größe des Therapieeffektes, dass dieser sich auch in den Gruppen mit vergleichsweise kleinen Fallzahlen der diagnostischen Anwendungsbereiche gut nachweisen ließ. Die dabei erzielten Effektstärken von 1.15 und 1.62 für die Gesamtgruppe können als sehr gut gelten, zumal es sich um eine symptomatisch heterogene Gruppe handelt. Symptomheterogen zusammengesetzte Gruppen haben im Vergleich der Effektstärken einen Nachteil gegenüber symptomhomogenen Patien-

tengruppen (siehe hierzu Grande u. Jakobsen 1998). Typischerweise steigert sich in der vorliegenden Untersuchung der Therapieeffekt zur Katamnese hin oder bleibt zumindest stabil, was für die gute Nachhaltigkeit der Therapie spricht. In den Diagnosegruppen werden zum Teil noch deutlich höhere Effektstärken bei analytischer Therapie erreicht, was die gute Wirksamkeit und Bedeutung der Therapieform in der ambulanten Versorgung mit den oftmals multipel belasteten Patienten unterstreicht.

Das aus analytischer Sicht wesentliche Zielkriterium analytischer Langzeittherapie, die strukturelle Veränderung, ist in dieser Arbeit aus methodischen Gründen nicht untersucht worden. Ergebnisse zu therapiebezogenen strukturellen Veränderungen werden von Rudolf et al. (2001a, b) oder Grande et al. (2001) aus der PAL-Studie berichtet. Große Unterschiede in der Symptomreduktion in SCL-90-R oder im IIP-D sind zwischen AP und TP kaum zu erwarten. Dies liegt neben den Zielen der Therapie auch an der Art des Symptomverlaufs. Wie Jakobsen et al. (2005) zeigen konnten, reduzieren sich die Symptome in aller Regel relativ rasch und weitgehend innerhalb des ersten Jahres.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die Wirksamkeit sowohl analytischer Psychotherapie als auch tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in den dargestellten spezifischen Diagnosegruppen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2004): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 4. aktualisierte und korrigierte Auflage. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Bredenkamp, J. (1980) Theorie des Experiments. Stuttgart: Steinkopf.
- Brockmann J., Schlüter, T., Brodbeck, D., Eckert, J. (2002): Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut* 47, 347–355.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Eckert, J. (2003): Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichungen im Verlauf psychoanalytischer orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychother Psychosom med Psychol* 53, 163–170.
- Brockmann, J. Schlüter, T., Eckert, J. (2006): Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut* 51, 15–25.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2. Auflage. Hillsdale HJ: Erlbaum.
- Derogatis, L. R. (1980): SCL-90-R. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Grande, T., Jakobsen, Th. (1998): Zur Notwendigkeit einer psychodynamischen Diagnostik und Veränderungsmessung in quantitativen Studien zur Analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse; In: Fäh, M., Fischer, G. (Hg.): *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung – Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*, S.125–137. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, Th. (2001): *Therapeutische Veränderungen*

- jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med Psychother* 47, 213–233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, Th., Keller, W. (2004): Investigation structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study. In: Richardson, P., Kächele, H., Renlund, C. (Hg.): *In research on psychoanalytic psychotherapy with adults*, S. 35–62. London: Karnac EFPP Series.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes M., Rudolf, G. (2006): Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 16, 470–485.
- Fonagy, P., Roth, A. (2004): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal* 3, 204–218.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (1993): *Manual zum Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., Orlinsky, D. E. (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41, 159–164.
- Huber, D., Klug, G., Rad, M. von (1997): *Münchener Psychotherapie-Studie (MPS)*. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hg.): *Psychoanalysen im Rückblick*, S. 454–469. Gießen: Psychosozial.
- Huber, D., Klug, G., von Rad, M. (2001): Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. E. (Hg.): *Langzeitpsychotherapien – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, S. 260–270. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huber, D., Klug, G. (2004): Contribution to the measurement of mode-specific effects in long-term psychoanalytic psychotherapy. In: Richardson, P., Kächele, H., Rendlund, C. (Hg.): *Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*, S. 63–80. London: Karnac EFPP Series.
- Huber, D., Brandl, T., Klug, G. (2004): The Scales of Psychological Capacities (SPC): Measuring beyond symptoms. *Psychother Res*, 14, 89–106.
- Huber, D., Klug, G. (2005): *Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy – A prospective psychotherapy study with depressed patients*. *Psychother Psych Med* 55, 101.
- Huber, D., Henrich, G., Klug, G. (2005): The Scales of Psychological Capacities (SPC): Measuring change in psychic structure. *Psychother Res* 15, 445–456.
- Huber, D., Klug, G., Wallerstein, R. S. (2006): *Skalen psychischer Kompetenzen (SPK)*. Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Incl. Manual und Interviewleitfaden. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jakobsen, Th., Mattanza, G., Hurt, J. (2005): Die Therapieverläufe. In: Mattanza, G., Maier, I., Schlegel, M. (Hg.): *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie*, S. 83–109. Basel: Karger.
- Klug, G., Huber, D. (2003): Unterwegs zur Messung struktureller Veränderung: Die Scales of Psychological Capacities (SPC). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 51, 71–81.
- Leichsenring, F. (2004): Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin-of-the-Menninger-Clinic* 68, 137–151.
- Leichsenring, F., Rüger, U. (2004): Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien – Gibt es nur einen Goldstandard? *Z Psychosom Med Psychother* 50, 203–217.

- Leichsenring, F. (2005): Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 86, 841–868.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R., Staats, H. (2005): The effectiveness of psychoanalytic therapy. First results of the „Göttingen study of psychoanalytic and psychodynamic therapy“. *Int J Psychoanal* 86, 433–455.
- Rad, M. von, Huber, D., Klug, G. (2004): Individuell versus standardisiert: Adäquate Forschungsansätze für psychoanalytische Therapien. In: Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H., Hau, S. (Hg.): *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*, S. 203–215. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzska. *Psychotherapeut* 45, 237–246.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S. (2001a): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL). In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. E. (Hg.): *Langzeitpsychotherapien – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, S. 238–259. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, S. (2001b): Wie können strukturelle Veränderungen in analytischen Langzeitpsychotherapien empirisch erfasst werden? In: Bohleber, W., Drews, S. (Hg.): *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 546–566.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Stehle, S., Oberbracht, C. (2004): Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie: Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. In: Gerlach, A., Schlösser, A., Springer, A. (Hg.): *Psychoanalyse des Glaubens*, S. 515–528. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wissenschaftlicher Beirat für Psychotherapie (2006): <http://www.wbpsychotherapie.de>.
- Wilke, S., Pauli-Magnus, C., Oberbracht, C., Grande, T., Jakobsen, Th., Rudolf, G. (2001): Psychoanalytiker kommentieren ihre Behandlungen. Ein Beitrag zur qualitativen Psychotherapieprozessforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 3, 143–159.
- Wilke, S., Pauli-Magnus, C. (2002): Strukturelle Veränderungen im Spiegel analytischer Stundenprotokolle. Eine qualitative Untersuchung; In: Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hg.): *Die Struktur der Persönlichkeit*, S. 220–234. Stuttgart: Schattauer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Fydrich, T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Weinheim: Beltz.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Thorsten Jakobsen, Gerbergasse 43, Postfach 710, CH 4001 Basel/Schweiz, E-Mail: jakobsen@gmx.de