

Wien, am 15.12.2011

Indikationsstellung zu Psychoanalyse und Psychoanalytischer Psychotherapie - Stellungnahme der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

Psychoanalytische Therapien gehören international zu den Standardverfahren der Behandlung psychischer Störungen. In dieser Stellungnahme werden Indikationskriterien für diese Form der Behandlung formuliert, wobei auf die vorliegende empirische Evidenz verwiesen wird.

Formen psychoanalytischer Therapien

Die hochfrequente psychoanalytische Langzeitbehandlung umfasst grundsätzlich zwei Behandlungsmodelle:

1. *Psychoanalyse*: 4 Sitzungen pro Woche mit nicht von vornherein begrenzter Zeitdauer (realistisch zu erwarten: mehrere Jahre)
2. *Psychoanalytische Psychotherapie*: 2 Sitzungen pro Woche mit nicht von vornherein begrenzter Zeitdauer (realistisch zu erwarten: mehrere Jahre)

Andere psychoanalytische Behandlungen, auf die in diesem Papier nicht näher eingegangen wird, werden durchgeführt als:

1. *Stützende psychoanalytische Psychotherapie* kommt mit einer wechselnden Stundenfrequenz (ein bis mehrmals pro Woche) und unterschiedlicher Dauer zur Anwendung.
2. *Psychoanalytische Kurz- bzw. Fokalthherapie* wird sowohl in der Stundenfrequenz wie in der Zeitdauer individuell mit dem Patienten je nach Behandlungsschwerpunkt vereinbart.

Psychische Struktur und strukturelle Störung

Im Unterschied zu anderen Therapieansätzen zielt die Psychoanalyse nicht allein auf Symptomreduktion sondern darüber hinaus auf eine Verbesserung grundlegender Persönlichkeitsfunktionen. Diese werden in der psychoanalytischen Literatur unter dem Begriff *Struktur* oder *Organisation* der Persönlichkeit zusammengefasst. Im Einzelnen geht es dabei um die Fähigkeiten, ein stabiles und integriertes Bild von sich selbst und wichtigen anderen Menschen zu entwickeln (Identität), stabile und befriedigende Beziehungen mit anderen Menschen zu führen, Stresssituationen adäquat zu bewältigen (psychische Abwehr, Coping), Impulse kontrollieren zu können, reife

moralische Wertvorstellungen zu entwickeln und die Realität adäquat wahrnehmen zu können. Bei einem großen Teil der schwerer und chronisch gestörten PatientInnen liegt eine Beeinträchtigung dieser Funktionen zugrunde, was als *Strukturelle Störung* bezeichnet wird.

Dieses psychoanalytische Konzept hat inzwischen in die internationale psychiatrische Diagnostik Einzug gehalten: *Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen* der American Psychiatric Association, das 2012 als fünfte Revision (DSM-5) erscheinen wird, enthält für die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung eine *Levels of Personality Functioning Scale*, die die Dimensionen Selbst (Identität, Zielgerichtetheit) sowie Interpersonell (Empathie, Intimität) umfasst (American Psychiatric Association 2011). Auch für die ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation wird es (voraussichtlich ab 2015) ein ähnliches Schweregradmaß geben (Tyrer et al. 2011). Es ist also davon auszugehen, dass in Zukunft auch außerhalb der Psychoanalyse eine Funktions- bzw. Strukturdiagnostik der Persönlichkeit stark an Aufmerksamkeit gewinnen und differenzialdiagnostisch wichtig werden wird. Eine aktuelle Buchpublikation enthält eine Aufarbeitung der aktuellen Strukturkonzepte sowie alle in deutscher Sprache validierten diagnostischen Instrumente für die klinische und wissenschaftliche Strukturdiagnostik (siehe Doering und Hörz 2012).

Inzwischen wurde empirisch belegt, dass hochfrequente psychoanalytische Langzeitbehandlungen zu einer Verbesserung des Strukturniveaus der Persönlichkeit führen können (Clarkin et al. 2008, Levy et al. 2006, Doering et al. 2010).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde kann davon ausgegangen werden, dass hochfrequente psychoanalytische Langzeitbehandlungen über die Verbesserung der psychischen Struktur nicht nur zu einer nachhaltigeren Remission der Symptome mit geringerer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und geringeren gesundheitsökonomischen Folgekosten führen, sondern dass auch die Lebensqualität der Betroffenen im Sinne einer Beziehungs-, Liebes- und Leistungsfähigkeit nachhaltig verbessert wird.

Chronifizierung psychischer Störungen

Es kann inzwischen als gesichert gelten, dass sich das Gehirn in Funktion und Struktur in Abhängigkeit von Erfahrungen verändert. Auch psychische Störungen verändern das Gehirn und dies vermutlich umso mehr, je länger sie bestehen. Hinweise hierfür gibt es unter anderem für die chronische behandlungsresistente Depression (Lui et al. 2011). Zudem ist bekannt, dass mit der Anzahl früherer depressiver Episoden bzw. der Dauer der Depression die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung steigt (Keller et al. 1992). Diese Befunde entsprechen der klinischen Erfahrung, dass die Dauer der notwendigen Behandlung mit zunehmender Krankheitsdauer steigt. Je länger Verhaltens- und Erlebensmuster bestehen, umso schwieriger und langwieriger ist es, diese zu verändern.

Aufgrund dieser Zusammenhänge wird die Behandlung chronifizierter PatientInnen mit hochfrequenter psychoanalytischer Langzeitbehandlung als sinnvoll angesehen. In ihren Übersichtsarbeiten liefern Leichsenring und Rabung (2008, 2011) eine empirische Untermauerung für dieses Vorgehen. In 23 Studien erhielten insgesamt 1053 PatientInnen eine psychoanalytische Langzeitbehandlung, die deutlich effektiver war als Vergleichsbehandlungen. Die Effekte waren beträchtlich, die Effektgrößen

(„within group“) betragen 0,78 bis 1,98 für die psychoanalytischen Langzeittherapien (Leichsenring und Rabung 2008). In sieben Studien (insgesamt 334 PatientInnen) wurden chronische Störungen (insbesondere Angststörungen und Depression) behandelt. Auch hier zeigten sich hohe Effekte nach psychoanalytischer Langzeitbehandlung (Leichsenring und Rabung 2008). In ähnlicher Weise konnte belegt werden, dass psychoanalytische Langzeitbehandlung beim Vorliegen multipler (komorbider) psychischer Störungen hohe Effekte erzielt (Leichsenring und Rabung 2008). Hervorzuheben ist, dass Leichsenring und Rabung (2008) zeigen konnten, dass der Outcome nicht mit der Therapiedauer, sehr wohl aber mit der Anzahl der Sitzungen korreliert. Dies lässt den Schluss zu, dass hochfrequente Behandlungen denen mit geringerer Sitzungsfrequenz überlegen sind.

Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsstörungen stellen eine Erkrankungsgruppe dar, die sich sowohl durch eine Chronifizierung (definitionsgemäß beginnen die Störungen in der Kindheit bzw. Adoleszenz) als auch in den meisten Fällen durch das Vorliegen einer strukturellen Störung auszeichnet. Zudem sind komorbide Störungen häufig (S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen 2008, S. 34 f.). Aus diesem Grund ist hier die psychoanalytische Langzeitbehandlung indiziert.

Die Differenzialindikation zwischen Psychoanalyse und Psychoanalytischer Psychotherapie hängt vom Ausmaß der strukturellen Störung sowie der spezifischen Pathologie ab: sind die strukturellen Defizite ausgeprägt und liegen zudem Faktoren wie schweres selbstverletzendes Verhalten, chronisches Suchtverhalten, ernstes antisoziales Verhalten und ausgeprägtes „Agieren“ (Verhalten, das den Rahmen der Therapie in Frage stellt) vor, ist Psychoanalytische Psychotherapie indiziert. Eine derartige Behandlungsform stellt die Übertragungs-Fokussierte Psychotherapie (TFP; Clarkin et al. 2008) dar, die in ihrer Wirksamkeit inzwischen empirisch gut belegt ist (Clarkin et al. 2007, Doering et al. 2010, Levy et al. 2006). Bei strukturellen Störungen ohne die genannten Faktoren ist Psychoanalyse primär indiziert.

Indikationskriterien für psychoanalytische Langzeitbehandlungen

1. Psychoanalyse

- Chronifizierte psychische Störungen, insbesondere Angststörungen und Depression
- Psychische Störungen mit ausgeprägter Komorbidität
- Psychische Störungen mit strukturellen Defiziten
- Persönlichkeitsstörungen ohne chronisches Suchtverhalten, ernstes antisoziales Verhalten und schweres „Agieren“

2. Psychoanalytische Psychotherapie

- Psychische Störungen mit so ausgeprägten strukturellen Defiziten, dass Psychoanalyse nicht primär durchführbar erscheint
- Persönlichkeitsstörungen mit bedrohlichem selbstverletzendem Verhalten, chronischem Suchtverhalten, ausgeprägtem antisozialem Verhalten und schwerem „Agieren“

Literatur

- American Psychiatric Association (2011) DSM-5.
<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/pages/proposedrevision.aspx?rid=468>
 eingesehen am 18.11.2011
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2008) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010) Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*;196:389-95
- Doering S, Hörz S (2012) Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis. Stuttgart: Schattauer
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, Shea T (1992) Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*;490(10):809-816
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA*;200(13):1551-1565
- Leichsenring F, Rabung S (2011) Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry*;199:15-22
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*;74:1027-40
- Lui S, Wu Q, Qiu L, Yang X, Kuang W, Chan RCK, Huang X, Kemp GJ, Mechelli A, Gong Q (2011) Resting-State Functional Connectivity in Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*;168:642-648
- S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen (2008) Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Darmstadt: Steinkopff Verlag
- Tyrer P, Crawford M, Mulder R (2011) Reclassifying personality disorders. *Lancet*;377:1814-1815