

Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für
Jonathan Shedler**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2011 · 56:265–277 · DOI 10.1007/s00278-011-0819-2

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

Jonathan Shedler

Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

In gewissen Kreisen besteht die Ansicht, dass psychodynamische Konzepte und Behandlungen nicht ausreichend empirisch gestützt sind oder dass wissenschaftliche Daten zeigen, andere Behandlungsformen seien wirksamer. Diese Ansicht scheint sich verselbstständigt zu haben. Akademiker genau wie Administratoren und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen erzählen es sich gegenseitig weiter. Mit jeder Wiederholung wächst die scheinbare Glaubwürdigkeit. An irgendeinem Punkt scheint es kaum noch notwendig, es zu bezweifeln oder nochmals darauf zurückzukommen, weil „alle“ wissen, dass es so ist.

Die wissenschaftliche Datenlage sieht ganz anders aus: Eindrucksvolle Untersuchungen belegen die Wirksamkeit und die Effektivität psychodynamischer Psychotherapie. Die offenkundige Diskrepanz zwischen weit verbreiteter Auffassung und Datenlage liegt vielleicht teilweise an einer Voreingenommenheit bei der Verbreitung von Forschungsergebnissen. Eine potenzielle Quelle dieser Voreingenommenheit besteht in einer anhaltenden Abneigung der psychiatrischen Profession gegen früher gezeigte psychoanalytische Arroganz und Macht. In vergangenen Jahrzehnten wurde die amerikanische Psychoanalyse von einer hierarchischen medizinischen Institution dominiert, die Nichtärzten die Ausbildung verweigerte und eine abschätzige Haltung gegenüber Forschung einnahm. Damit gewann man in akademischen Kreisen keine

Freunde. Als empirische Ergebnisse auftauchten, die nichtpsychodynamische Behandlungen stützten, wurden sie von vielen Akademikern begeistert begrüßt. Man war begierig, sie zu diskutieren und zu verbreiten. Als empirische Daten psychodynamische Konzepte und Behandlungen stützten, wurde das oft übersehen.

Dieser Beitrag trägt Ergebnisse aus diverser empirischer Fachliteratur zusammen, die sich auf die Wirksamkeit psychodynamischer Behandlung beziehen. Zuerst werden die charakteristischen Merkmale der psychodynamischen Psychotherapie skizziert. Anschließend werden empirische Daten für die Wirksamkeit psychodynamischer Behandlungen besprochen. Dazu gehören Belege, dass in psychodynamischer Psychotherapie befindliche Patienten nicht nur einen andauernden therapeutischen Gewinn erzielen, sondern sich mit der Zeit auch weiterhin bessern. Abschließend werden Belege betrachtet, dass nichtpsychodynamische Therapien vielleicht zum Teil deshalb wirksam sind, weil sachkundigere Therapeuten Interventionen anwenden, die für die psychodynamische Theorie und Praxis seit Langem von zentraler Bedeutung sind.

Charakteristische Merkmale der psychodynamischen Technik

*Psychodynamische Psychotherapie*¹ bezieht sich auf eine Reihe von psychoanalytischen Konzepten und Methoden basie-

renden Behandlungen, die seltenere Sitzungen erfordern und beträchtlich kürzer als die ursprüngliche *Psychoanalyse* sein können. Sitzungen finden typischerweise ein- oder zweimal pro Woche statt, und die Behandlung kann entweder zeitlich begrenzt oder unbegrenzt sein. Das Wesen der psychodynamischen Psychotherapie liegt darin, diejenigen Aspekte des Selbst zu erkunden, die nicht völlig bewusst sind, besonders da sie sich in der Therapiebeziehung offenbaren und potenziell beeinflusst werden.

Lehrbücher für Studenten setzen psychoanalytische oder psychodynamische Therapien zu oft mit einigen der von Sigmund Freud vor ungefähr einem Jahrhundert gemachten, verschrobeneren und unzugänglichen Spekulationen gleich. Dies stellt selten die vorherrschenden Trends der psychodynamischen Konzepte, wie sie heutzutage verstanden und praktiziert werden, dar. Solche Darlegungen zusammen mit karikierten Darstellungen in den Massenmedien haben zu einem weitverbreiteten Missverständnis der psychodynamischen Behandlung beigetragen (für

Dieser Beitrag erschien zuerst 2010 in Englisch als „The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy“ in *American Psychologist* 65(2):98–109. Urheberrecht 2010 American Psychological Association (APA). Mit Genehmigung übersetzt und reproduziert. Die APA ist nicht für die Genauigkeit der Übersetzung verantwortlich. Diese Übersetzung darf ohne schriftliche Genehmigung der APA nicht reproduziert oder weiter in Umlauf gesetzt werden. Der Verlag dankt der APA für die freundliche Abdruckgenehmigung. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Petra Ayling und Horst Kächele (IPU Berlin).

¹ Ich benutze die Begriffe *psychodynamisch* und *psychoanalytisch* synonym.

eine Erörterung wie klinische Psychoanalyse in US-amerikanischen Hochschullehrplänen repräsentiert und missrepräsentiert wird, s. Bornstein 1988; Bornstein 1995; Hansell 2005; Redmond u. Shulman 2008). Um mögliche Mythen verdrängen zu helfen und ein größeres Verständnis psychodynamischer Praxis zu erleichtern, werden in diesem Abschnitt Charakteristiken zeitgenössischer psychodynamischer Technik rezensiert.

Blagys u. Hilsenroth (2000) führten eine Suche der *PsycLit*-Datenbank durch, um empirische Studien zu identifizieren, die das Verfahren und die Technik der manualisierten psychodynamischen Psychotherapie mit der manualisierten kognitiven Verhaltenstherapie verglichen. Sieben Merkmale unterschieden die psychodynamische Therapie zuverlässig von anderen Therapien, wie eine empirische Untersuchung von originalen Sitzungsaufzeichnungen und Transkripten feststellte (die unten aufgeführten Merkmale betreffen nur Verfahren und Technik, nicht die zugrunde liegenden Prinzipien, die diese Techniken prägen; für eine Erörterung von Konzepten und Prinzipien, Gabbard 2004; McWilliams 2004; Shedler 2006):

1. *Fokus auf Emotion und Gefühlsausdruck.* Psychodynamische Psychotherapie fördert die Erforschung und Auseinandersetzung mit der vollen Gefühlspalette eines Patienten. Der Therapeut hilft dem Patienten, Gefühle zu beschreiben und zu benennen. Dazu gehören widersprüchliche Gefühle, beunruhigende oder bedrohliche Gefühle und Gefühle, die der Patient anfangs vielleicht nicht erkennen oder eingestehen kann. (Dies steht im Gegensatz zum kognitiven Fokus, wo größeres Gewicht auf Gedanken und Glauben gelegt wird; Blagys u. Hilsenroth 2002; Burum u. Goldfried 2007.). Es wird auch anerkannt, dass *intellektuelles* Verständnis nicht dasselbe ist wie emotionales Verständnis, das mit einer tiefen Ebene in Resonanz tritt und zu Veränderung führt. (Dies ist ein Grund dafür, warum viele intelligente und psychologisch veranlagte Leute die Gründe für ihre Schwierigkeiten erklären können, aber ihr Verständnis hilft ihnen nicht, diese Schwierigkeiten zu überwinden.)

2. *Untersuchung von Versuchen, belastende Gedanken und Gefühle zu vermei-*

den. Menschen unternehmen – wissentlich und unwissentlich – sehr viele Dinge, um beunruhigende Erfahrungsaspekte zu vermeiden. Diese Vermeidung (theoretisch ausgedrückt: die Abwehr) kann grobe Formen annehmen, wie Sitzungen verpassen, zu spät kommen oder ausweichende Antworten geben. Sie kann subtile Formen annehmen, die im alltäglichen sozialen Diskurs schwierig zu erkennen sind, wie z. B. subtile Themenverlagerungen, wenn gewisse Gedanken auftreten, Konzentration auf beiläufige Aspekte einer Erfahrung statt auf das psychologisch Bedeutungsvolle, Aufmerksamkeit auf Tatsachen und Ereignisse unter Ausschluss von Emotion, Konzentration auf äußere Umstände statt der eigenen Rolle bei der Entwicklung von Ereignissen usw. Psychodynamische Psychotherapeuten konzentrieren sich aktiv auf Vermeidung und erforschen sie.

3. *Identifizieren von wiederkehrenden Themen und Mustern.* Psychodynamische Psychotherapeuten wirken darauf hin, wiederkehrende Themen und Muster in den Gedanken, Gefühlen, dem Selbstkonzept, den Beziehungen und Lebenserfahrungen des Patienten zu identifizieren und zu erforschen. In einigen Fällen ist sich ein Patient der wiederkehrenden Muster, die schmerzhaft oder unsinnig sind, vielleicht genauestens bewusst, aber er fühlt sich unfähig, ihnen zu entkommen (z. B. ein Mann, der sich wiederholt dabei ertappt, wie er von Liebespartnern angezogen wird, die gefühlsmäßig nicht zur Verfügung stehen; eine Frau, die sich selbst regelmäßig sabotiert, wenn Erfolg unmittelbar bevorsteht). In anderen Fällen ist sich der Patient der Muster nicht bewusst, bis ein Therapeut ihm hilft, sie zu erkennen und zu verstehen.

4. *Auseinandersetzung mit Erfahrungen in der Vergangenheit (Entwicklungsfokus).* Im Zusammenhang mit der Identifizierung von wiederkehrenden Themen und Mustern steht die Erkenntnis, dass sich Erfahrungen aus der Vergangenheit, besonders frühe Erfahrungen mit bedeutungsvollen Bezugspersonen, auf unser Erleben und Verhältnis zur Gegenwart auswirken. Psychodynamische Psychotherapeuten erforschen frühe Erlebnisse, die Beziehung zwischen Vergangenheit und Gegenwart und die Art und Weise,

in der die Vergangenheit dazu neigt, in der Gegenwart „weiterzuleben“. Der Fokus liegt nicht auf der Vergangenheit um ihrer selbst willen, sondern vielmehr darauf, wie die Vergangenheit *gegenwärtige* psychologische Schwierigkeiten beleuchtet. Das Ziel ist, den Patienten zu helfen, sich von den Fesseln früherer Erfahrungen zu befreien, um voll und ganz in der Gegenwart zu leben.

5. *Fokus auf zwischenmenschliche Beziehungen.* Psychodynamische Therapie legt großes Gewicht auf Beziehungen und zwischenmenschliche Erfahrung der Patienten (theoretisch ausgedrückt: Objektbeziehungen und Bindung). Sowohl adaptive wie auch nichtadaptive Persönlichkeits- und Selbstkonzeptaspekte werden im Rahmen von Bindungsbeziehungen geprägt. Psychologische Schwierigkeiten entstehen oft, wenn die Fähigkeit einer Person, emotionalen Bedürfnissen zu entsprechen, durch problematische zwischenmenschliche Muster beeinträchtigt wird.

6. *Fokus auf die Therapiebeziehung.* Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist eine wichtige zwischenmenschliche Beziehung, die äußerst bedeutungsvoll und gefühlsgeladen werden kann. In dem Maß, wie wiederkehrende Themen in den Beziehungen und der Art des Interagierens einer Person bestehen, tauchen diese Themen in gewisser Form oft in der Therapiebeziehung auf. Zum Beispiel: Eine Person, die dazu neigt, anderen zu misstrauen, begegnet dem Therapeuten vielleicht mit Misstrauen. Eine Person, die Missbilligung, Ablehnung oder Verlassenwerden fürchtet, hat vielleicht Angst davor, vom Therapeuten abgelehnt zu werden, ob bewusst oder unbewusst. Eine Person, die sich mit Wut und Feindseligkeit quält, kämpft vielleicht mit Wut dem Therapeuten gegenüber usw. (Diese Beispiele sind relativ simpel; die Wiederholung von interpersonellen Themen in der Therapiebeziehung ist oft komplizierter und subtiler, als diese Beispiele andeuten.) Das Wiederauftreten von interpersonellen Themen in der Therapiebeziehung (theoretisch ausgedrückt: Übertragung und Gegenübertragung) stellt eine einzigartige Gelegenheit dar, sie zu erforschen und *in vivo* neu zu bearbeiten. Das Ziel ist mehr Flexibilität in zwischen-

menschlichen Beziehungen und eine verbesserte Fähigkeit, zwischenmenschlichen Bedürfnissen zu entsprechen.

7. *Erforschung des Fantasielebens.* Im Gegensatz zu anderen Therapien, in denen der Therapeut Sitzungen aktiv strukturiert oder einem im Voraus bestimmten Ablauf folgt, werden Patienten in der psychodynamischen Psychotherapie ermutigt, sich frei zu äußern, was auch immer sie auf dem Herzen haben. Wenn Patienten dies tun (die meisten Patienten benötigen beträchtliche Hilfe vom Therapeuten, bevor sie wirklich frei sprechen können), erstrecken sich ihre Gedanken natürlich auf viele Gebiete des Seelenlebens, einschließlich Wünsche, Ängste, Fantasien, Träume und Tagträume (die der Patient in vielen Fällen vorher noch nicht versucht hat, in Worte zu fassen). All dieses Material ist eine reiche Quelle an Informationen, wie die Person sich selbst und andere sieht, Erlebnisse interpretiert und versteht, Aspekte von Erlebnissen vermeidet oder eine potenzielle Fähigkeit, größeres Vergnügen und Sinn im Leben zu finden, beeinträchtigt.

Der letzte Satz deutet ein größeres Ziel an, das in all den anderen enthalten ist: Die Ziele der psychodynamischen Psychotherapie beinhalten die Arbeit an Symptomen, gehen aber über die Symptomremission hinaus. Eine erfolgreiche Behandlung sollte nicht nur Symptome lindern (d. h. etwas *loswerden*), sondern auch das positive Vorhandensein psychologischer Eigenschaften und Ressourcen fördern. Je nach Person und Umständen können dazu gehören: befriedigendere Beziehungen haben zu können, Begabungen und Fähigkeiten effektiver zu nutzen, ein realistisches Selbstwertgefühl zu behalten, eine breitere Palette von Emotionen zu tolerieren, befriedigendere sexuelle Erfahrungen zu machen, sich selbst und andere auf nuanciertere und differenziertere Art und Weise zu verstehen und den Herausforderungen des Lebens mit größerer Ungezwungenheit und Flexibilität gegenüberzutreten. Solche Ziele werden durch einen Prozess der Selbstreflexion, Selbsterforschung und Selbstentdeckung verfolgt, der im Rahmen einer sicheren

Psychotherapeut 2011 · 56:265–277 DOI 10.1007/s00278-011-0819-2
© Springer-Verlag 2011

Jonathan Shedler

Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Zusammenfassung

Empirische Daten belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. Effektgrößen für psychodynamische Psychotherapie sind so groß wie die für andere Therapien berichteten Effektgrößen, für die aktiv als „empirisch gestützt“ und „evidenzbasiert“ geworben worden ist. Außerdem erzielen Patienten, die eine psychodynamische Therapie machen, einen andauernden therapeutischen Gewinn und scheinen sich nach Behandlungsende weiterhin zu bessern. Schließlich sind nichtpsychodynamische Therapien vielleicht zum Teil wirksam, weil sachkundigere Therapeuten Techniken anwen-

den, die für die psychodynamische Theorie und Praxis seit Langem von zentraler Bedeutung sind. Die Auffassung, psychodynamische Ansätze seien nicht ausreichend empirisch gestützt, stimmt nicht mit den zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Daten überein und reflektiert vielleicht eine selektive Verbreitung von Forschungsergebnissen.

Schlüsselwörter

Psychotherapie · Outcome · Psychotherapieverfahren · Psychoanalyse · Psychodynamische Psychotherapie · Metaanalyse

The efficacy of psychodynamic psychotherapy

Abstract

Empirical evidence supports the efficacy of psychodynamic therapy. Effect sizes for psychodynamic psychotherapy are as large as those reported for other therapies which have been actively promoted as “empirically supported” and “evidence based.” Additionally, patients who receive psychodynamic therapy maintain therapeutic gains and appear to continue to improve after treatment ends. Finally, non-psychodynamic therapies may be effective in part because the more skilled practitioners utilize techniques which have

long been central to psychodynamic theory and practice. The perception that psychodynamic approaches lack empirical support does not accord with available scientific evidence and may reflect selective dissemination of research findings.

Keywords

Psychotherapy · Outcome · Psychotherapy process · Psychoanalysis · Psychodynamic psychotherapy · Meta-analysis

und sehr authentischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient stattfindet.²

Wie wirksam ist Psychotherapie allgemein?

In der Psychologie und der Medizin allgemein sind Metaanalysen eine weithin akzeptierte Methode, die Ergebnisse von unabhängigen Studien zusammenzufassen (Lipsey u. Wilson 2001; Rosenthal 1991; Rosenthal u. DiMatteo 2001). Durch Metaanalysen lassen sich die Ergebnisse von verschiedenen Studien vergleichen. Diese werden in ein gemeinsames metrisches System umgewandelt, wodurch die Ergebnisse der Studien gebündelt werden können. Ein häufig benutztes Maß ist *Effektgröße*; sie drückt den Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen aus und wird in Standardabweichungseinheiten angegeben³. Eine Effektgröße von 1,0 bedeutet, dass der durchschnittliche behandelte Patient eine Standardabweichung gesünder auf der normalen Verteilungs- oder Glockenkurve ist als der durchschnittliche unbehandelte Patient. Eine Effektgröße von 0,8 wird in der psychologischen und medizinischen Forschung als großer Effekt angesehen. Eine Effektgröße von 0,5 wird als moderater Effekt betrachtet, und eine Effektgröße von 0,2 wird als kleiner Effekt angesehen (Cohen 1988).

Die erste größere Metaanalyse psychotherapeutischer Outcome-Studien beinhaltete 475 Studien und ergab eine Gesamteffektgröße (verschiedene Diagnosen und Behandlungen) von 0,85 für Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, verglichen mit unbehandelten Kontrollgruppen (Smith et al. 1980). Nachfolgende Metaanalysen haben auf ähnliche

Weise die Wirksamkeit von Psychotherapie belegt. Die einflussreiche Übersicht von Lipsey u. Wilson (1993) stellte Ergebnisse für 18 sich mit allgemeinem Psychotherapie-Outcome befassenden Metaanalysen tabellarisch dar, die eine Medianeffektgröße von 0,75 hatten. Sie stellte auch Ergebnisse für 23 Metaanalysen, die sich mit Outcome in kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation befassten und eine Medianeffektgröße von 0,62 hatten, tabellarisch dar. Eine Metaanalyse von Robinson et al. (1990) fasste die Ergebnisse von 37 Psychotherapiestudien zusammen, die sich speziell mit Ergebnissen in der Behandlung von Depressionen befassten und die eine Gesamteffektgröße von 0,73 hatten. Das sind relativ große Effekte (Lambert u. Ogles 2004 für eine Übersicht über Psychotherapiewirksamkeits- und Effektivitätsforschung).

Es ist aufschlussreich, Effektgrößen für Antidepressiva zu betrachten. Eine im *New England Journal of Medicine* berichtete Analyse von Datenbanken der Food and Drug Administration (FDA; veröffentlichte und unveröffentlichte Studien) fand Effektgrößen von 0,26 für Fluoxetin (Prozac), 0,26 für Sertralin (Zoloft), 0,24 für Citalopram (Celexa), 0,31 für Escitalopram (Lexapro) und 0,30 für Duloxetin (Cymbalta). Die durchschnittliche Gesamteffektgröße für Antidepressiva, die von der FDA zwischen 1987 und 2004 genehmigt waren, war 0,31 (Turner et al. 2008).⁴

Eine in der angesehenen *Cochrane Library* berichtete Metaanalyse (Moncrieff et al. 2004) fand eine Effektgröße von 0,17 für trizyklische Antidepressiva, verglichen mit aktivem Placebo. (Ein aktives Placebo ahmt die Nebenwirkungen eines Antidepressivums nach, ist aber selbst kein

Antidepressivum)⁵. Dies sind relativ kleine Effekte. Allerdings sind die methodologischen Unterschiede zwischen Arzneimittel- und Psychotherapiestudien so groß, dass Effektgrößen nicht direkt vergleichbar sind. Die Ergebnisse sollten nicht als überzeugendes Beweismaterial dafür interpretiert werden, dass Psychotherapie wirksamer ist. Effektgrößen für Antidepressiva werden berichtet, um Referenzpunkte anzubieten, die vielen Lesern vertraut sein werden (für umfassendere Auflistungen von Referenzpunkten für Effektgrößen s. z. B. Lipsey u. Wilson 1993; Meyer et al. 2001).

Wie wirksam ist psychodynamische Psychotherapie?

Eine kürzlich von der *Cochrane Library*⁶ veröffentlichte und methodisch besonders rigorose Metaanalyse psychodynamischer Psychotherapie beinhaltete 23 randomisierte kontrollierte Studien von 1431 Patienten (Abbass et al. 2006). Die Studien verglichen Patienten mit einer Reihe von häufigen psychischen Störungen⁷, die psychodynamische Kurzzeittherapie (<40 Stunden) erhielten, mit Kontrollgruppen (Warteliste, minimale Behandlung oder „Behandlung wie üb-

⁵ Obwohl Antidepressivastudien Doppelblindversuche sein sollen, ist das „Blinde“ leicht zu durchschauen, weil die Nebenwirkungen von Antidepressiva körperlich erkennbar und weitbekannt sind. Studienteilnehmer und ihre Ärzte können deshalb herausfinden, ob sie das Medikament oder ein Placebo erhalten, und die dem Medikament zugeschriebenen Effekte können durch Erwartung und „Demand“-Effekte in die Höhe getrieben werden. Die Anwendung von „aktiven“ Placebos schützt die Blindstudie besser, und die resultierenden Effektgrößen sind ungefähr halb so groß wie die im Übrigen berichteten.

⁶ Die in der Medizin mehr als in der Psychologie bekannte *Cochrane Library* wurde erschaffen, um evidenzbasierte Verfahren zu fördern, und wird als Führer in methodologischer Stringenz für Metaanalysen angesehen.

⁷ Diese schlossen nichtpsychotische Symptom- und Verhaltensstörungen, wie sie für gewöhnlich in Primärversorgungs- und psychiatrischen Diensten gesehen werden, ein, z. B. nichtbipolare depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen, die oft mit zwischenmenschlichen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen gemischt sind (Abbass et al. 2006).

² Für eine jargonfreie Einführung in zeitgenössisches psychodynamisches Denken s. „That was Then, This is Now: Psychoanalytic Psychotherapy for the Rest of Us“ (Shedler 2006; kostenlos zum Download verfügbar auf <http://psychsystems.net/shedler.html>).

³ Dieser als der *standardisierte Mittelwertunterschied* bekannte Wert wird benutzt, um die Ergebnisse von randomisierten kontrollierten Studien zusammenzufassen. Im weiteren Sinn kann sich das Konzept *Effektgröße* auf irgendein Maß beziehen, das das Ausmaß eines Forschungsergebnisses ausdrückt (Rosenthal u. Rosnow 2008).

⁴ Das Maß der Effektgröße in dieser Studie war Hedges *g* (Hedges 1982) anstatt Cohens *d* (Cohen 1988), das i. Allg. berichtet wird. Die zwei Maße basieren auf leicht unterschiedlichen Rechenformeln, aber in diesem Fall hätte die Wahl der Formel keinen Unterschied gemacht: „Wegen des großen Stichprobenumfangs (über 12.000) ändert sich nichts, wenn man von *g* zu *d* wechselt; beide Werte sind 0,31 auf zwei Dezimalstellen“ (R. Rosenthal, persönliche Kommunikation an Marc Diener).

lich“); es ergab sich eine Gesamteffektgröße von 0,97 für allgemeine Symptombesserung. Die Effektgröße stieg auf 1,51 an, als die Patienten bei der langfristigen Nachuntersuchung (>9 Monate nach Behandlung) beurteilt wurden. Zusätzlich zu Veränderungen bei allgemeinen Symptomen berichtete die Metaanalyse eine Effektgröße von 0,81 für Veränderungen bei somatischen Symptomen, die auf 2,21 bei der langfristigen Nachuntersuchung anstieg; eine Effektgröße von 1,08 für Veränderungen bei Angstwerten, die auf 1,35 bei der Nachuntersuchung anstieg; und eine Effektgröße von 0,59 für Veränderungen bei depressiven Symptomen, die auf 0,98 bei der Nachuntersuchung anstieg.⁸ Der beständige Trend zu größeren Effektgrößen bei Nachuntersuchungen lässt darauf schließen, dass psychodynamische Psychotherapie psychologische Prozesse in Bewegung setzt, die zu andauernder Veränderung führen, sogar nachdem die Therapie beendet wurde. Eine in *Archives of General Psychiatry* berichtete Metaanalyse beinhaltete 17 hochwertige randomisierte kontrollierte Studien psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie (durchschnittlich 21 Sitzungen) und ergab eine Effektgröße von 1,17 für psychodynamische Psychotherapie, verglichen mit Kontrollgruppen (Leichsenring et al. 2004). Die Vorher-nachher-Effektgröße war 1,39. Sie erhöhte sich auf 1,57 bei der langfristigen Nachbeobachtung, die durchschnittlich 13 Monate nach der Behandlung stattfand. Beim Umwandeln dieser Effektgrößen in Prozentwerte bemerkten die Autoren, dass es Patienten, die in psychodynamischer Psychotherapiebehandlung waren, „in Bezug auf ihre Zielprobleme besser geht als 92% der Patienten vor der Therapie“.

Eine vor Kurzem veröffentlichte Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie für somatische Störungen (Abbass et al. 2009). Sie beinhaltete 23 Studien mit 1870 Pa-

⁸ Die Metaanalyse errechnete Effektgrößen auf verschiedene Arten. Die hier berichteten Ergebnisse beruhen auf der Methode, die am konzeptionellsten und statistisch aussagekräftigsten schien (in diesem Fall ein „Random-effects“-Modell mit einem einzigen ausgegrenzten Ausreißer). Siehe Originalquelle für detailliertere Analysen (Abbass et al. 2006).

tienten, die an einer Vielzahl von somatischen Zuständen litten (z. B. dermatologisch, neurologisch, kardiovaskulär, respiratorisch, gastrointestinal, muskuloskeletal, urogenital, immunologisch). Die Studie berichtete eine Effektgröße von 0,69 für eine Verbesserung der allgemeinen psychiatrischen Symptome und 0,59 für eine Verbesserung der somatischen Symptome. Unter den Studien, die Daten über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens betrafen, berichteten 77,8% signifikante Abnahmen in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund psychodynamischer Therapie – ein Ergebnis mit potenziell enormen Implikationen für die Reform des Gesundheitswesens.

Eine im *American Journal of Psychiatry* berichtete Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit von sowohl psychodynamischer Therapie (14 Studien) als auch kognitiver Verhaltenstherapie (11 Studien) für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring u. Leibing 2003). Die Metaanalyse berichtete Vorher-nachher-Effektgrößen mit den längsten vorhandenen Nachbeobachtungszeiten. Für psychodynamische Therapie (durchschnittliche Länge der Behandlung war 37 Wochen) war die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit 1,5 Jahre, und die Vorher-nachher-Effektgröße war 1,46. Für kognitive Verhaltenstherapie (durchschnittliche Länge der Behandlung war 16 Wochen) war die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit 13 Wochen, und die Effektgröße war 1,0. Die Autoren schlussfolgerten, dass beide Behandlungen Wirksamkeit zeigten. Eine Übersicht neueren Datums über psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie (durchschnittlich 30,7 Sitzungen) für Persönlichkeitsstörungen schloss Daten aus 7 randomisierten kontrollierten Studien ein (Messer u. Abbass 2012). Die Studie bewertete Ergebnisse im längst möglichen Nachbeobachtungszeitraum (durchschnittlich 18,9 Monate nach Behandlung) und berichtete eine Effektgröße von 0,91 für allgemeine Symptombesserung (n=7 Studien) und 0,97 für eine Verbesserung in interpersonalen Funktionsbereichen (n=4 Studien).

Zwei neue Metaanalysen untersuchten die Wirksamkeit langfristiger psychodynamischer Behandlung. Eine im *Journal of the American Medical Association* be-

richtete Metaanalyse (Leichsenring u. Rabung 2008) verglich psychodynamische Langzeittherapie (>1 Jahr oder 50 Sitzungen) mit Kurzzeittherapien für die Behandlung von komplexen psychischen Störungen (definiert als mehrfache oder chronische psychische Störungen oder Persönlichkeitsstörungen) und ergab eine Effektgröße von 1,8 für das Gesamtergebnis.⁹ Die Vorher-nachher-Effektgröße war 1,03 für das Gesamtergebnis, die auf 1,25 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 23 Monate nach Behandlung anstieg ($p < 0,01$).

Für alle 5 in der Studie bewerteten Ergebnisbereiche steigen die Effektgrößen vom Behandlungsende bis zur Nachbeobachtung an (Gesamtwirksamkeit, Zielprobleme, psychiatrische Symptome, persönliches und soziales Funktionieren). Eine zweite im *Harvard Review of Psychiatry* berichtete Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit psychodynamischer Langzeittherapie (durchschnittlich 150 Sitzungen) für ambulante erwachsene Patienten mit einer Reihe von DSM-Diagnosen (De Maat et al. 2009). Für Patienten mit gemischter/moderater pathologischer Störung war die Vorher-nachher-Effektgröße 0,78 für allgemeine Symptombesserung mit einem Anstieg auf 0,94 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 3,2 Jahre nach der Behandlung. Für Patienten mit starker Persönlichkeitsstörung war die Vorher-nachher-Effektgröße 0,94 mit einem Anstieg auf 1,02 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 5,2 Jahre nach Behandlung.

Diese Metaanalysen stellen die neuesten und methodologisch rigorosesten Bewertungen psychodynamischer Therapie dar. Besonders beachtenswert ist das immer wiederkehrende Ergebnis, dass die Vorteile psychodynamischer Therapie nicht nur andauern, sondern mit der Zeit zunehmen; ein Ergebnis, das jetzt in wenigstens 5 unabhängigen Metaanalysen zu finden ist (Abbass et al. 2006; Anderson u. Lambert 1995; De Maat et al. 2009; Leich-

⁹ Wegen der atypischen Methode zur Errechnung dieser Effektgröße ist es möglich, dass eine überhöhte Abschätzung der Wirksamkeit angegeben wurde, die nicht vergleichbar mit anderen in dieser Übersicht berichteten Effektgrößen ist (Thombs et al. 2009 zur Diskussion).

Tab. 1 Illustration der Effektgrößen aus Metaanalysen von Ergebnisstudien

Behandlungsart und Quellenangabe	Beschreibung	Effektgröße	Anzahl (n)
Allgemeine Psychotherapie			
Smith et al. (1980)	Verschiedene Therapien und Störungen	0,85	475 Studien
Lipsey u. Wilson (1993)	Verschiedene Therapien und Störungen	0,75 ^a	18 Metaanalysen
Robinson et al. (1990)	Verschiedene Therapien, bei Depressionen	0,73	37 Studien
Kognitive Verhaltenstherapie und verwandte Therapien			
Lipsey u. Wilson (1993)	Kognitive Verhaltenstherapie und behaviorale Therapie, verschiedene Störungen	0,62 ^b	23 Metaanalysen
Haby et al. (2006)	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Panik und generalisierte Angst	0,68	33 Studien
Churchill et al. (2001)	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	1,0	20 Studien
Cuijpers et al. (2007)	Verhaltensaktivierung bei Depressionen	0,87	16 Studien
Öst (2008)	Dialektisch-behaviorale Therapie hauptsächlich für Borderline-Persönlichkeitsstörung	0,58	13 Studien
Behandlung mit Antidepressiva			
Turner et al. (2008)	FDA-registrierte Studien zwischen 1987 und 2004 geprüfter Antidepressiva	0,31	74 Studien
Moncrieff et al. (2004)	Trizyklische Antidepressiva vs. aktive Placebos	0,17	9 Studien
Psychodynamische Psychotherapie			
Abbass et al. (2006)	Verschiedene Störungen, allgemeine Symptombesserung	0,97	12 Studien
Leichsenring et al. (2004)	Verschiedene Störungen, Veränderung bei Zielproblemen	1,17	7 Studien
Anderson u. Lambert (1995)	Verschiedene Störungen und Ergebnisse	0,85	9 Studien
Abbass et al. 2009	Somatische Störungen, Veränderung bei allgemeinen psychiatrischen Symptomen	0,69	8 Studien
Messer u. Abbass (2012)	Persönlichkeitsstörungen, allgemeine Symptombesserung	0,91	7 Studien
Leichsenring u. Leibing (2003)	Persönlichkeitsstörungen, vor der Behandlung/nach der Behandlung	1,46 ^c	14 Studien
Leichsenring u. Rabung (2008)	Psychodynamische Langzeitpsychotherapie vs. kurzfristige Therapien für komplexe psychische Störungen, Gesamtergebnis	1,8	7 Studien
De Maat et al. (2009)	Psychoanalytische Langzeitpsychotherapie, vor der Behandlung/nach der Behandlung	0,78 ^c	10 Studien

FDA Food and Drug Administration. ^aMediane Effektgröße von 18 Metaanalysen (von Lipsey u. Wilson (1993, Tab. 1.1)). ^bMediane Effektgröße von 23 Metaanalysen (von Lipsey u. Wilson (1993, Tab. 1.2)). ^cVorher-nachher-Vergleich („Within“-Gruppe).

senring u. Rabung 2008; Leichsenring et al. 2004). Im Gegensatz dazu haben die Vorteile von anderen (nichtpsychodynamischen) empirisch gestützten Therapien die Tendenz, für die geläufigsten Störungen mit der Zeit abzuklingen (z. B. Depression, generalisierte Angst; Gloaguen et al. 1998; Hollon et al. 2005; Maat et al. 2006; Westen et al. 2004).¹⁰

In **Tab. 1** werden die oben beschriebenen metaanalytischen Ergebnisse zusammengefasst und zusätzliche Ergebnisse hinzugefügt, um weitere Referenzpunkte zu bieten. Soweit nicht anders angegeben, basieren die in der Tabelle aufgelisteten Effektgrößen auf Vergleichen von Behandlungs- und Kontrollgruppen und spiegeln die Erstreaktion auf die Behandlung wider (nichtlangfristige Nachbeobachtung).

¹⁰ Die Ausnahmen in diesem Muster sind bestimmte Angstzustände wie Panikstörung und einfache Phobie, für die kurzfristige, manualisierte Behandlungen andauernde Vorteile zu haben scheinen (Westen et al. 2004).

Studien, die die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie belegen, umfassen eine Reihe von Bedingungen und Populationen. Randomisierte kontrollierte Studien belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie für Depressionen, Angst, Panik, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeitsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring 2005; Milrod et al. 2007).

Persönlichkeitsstörungen betreffende Ergebnisse sind besonders verblüffend. Eine neue Studie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Clarkin et al. 2007) zeigte nicht nur Behandlungsvorteile, die denen einer anderen evidenzbasierten Behandlung (dialektisch-behaviorale Therapie, DBT) glichen oder sie übertrafen (DBT; Linehan 1993), sondern auch Veränderungen an zugrunde liegenden psychologischen Mechanismen (intrapsychische Prozesse), von denen angenommen wird, dass sie Symptomveränderungen bei Borderline-Patienten vermitteln (speziell Veränderungen der Re-

flexionsfähigkeit und Bindungsorganisation; Levy et al. 2006). Diese intrapsychischen Veränderungen traten bei Patienten auf, die psychodynamische Therapie erhielten, aber nicht bei Patienten, die DBT erhielten.

Solche intrapsychischen Veränderungen erklären vielleicht langfristige Behandlungsvorteile. Eine Studie (Bateman u. Fonagy 2008) zeigte andauernde Vorteile psychodynamischer Psychotherapie 5 Jahre nach Behandlungsende (und 8 Jahre nach Behandlungsaufnahme). Bei der Nachbeobachtung nach 5 Jahren erfüllten 87% der Patienten, die „Behandlung wie üblich“ erhielten, weiterhin die diagnostischen Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, verglichen mit 13% der Patienten, die psychodynamische Psychotherapie erhielten. Keine andere Behandlung für Persönlichkeitsstörungen hat solche beständigen Vorteile gezeigt.

Diese letzten Ergebnisse müssen mit dem Vorbehalt bewertet werden, dass sie auf nur 2 Studien beruhen und des-

halb nicht so viel Gewicht haben können wie die in mehreren Studien replizierten Ergebnisse, die von unabhängigen Forschungsteams durchgeführt wurden. Überhaupt muss anerkannt werden, dass es weit mehr empirische Outcome-Studien anderer Behandlungen gibt, insbesondere kognitiver Verhaltenstherapie, als psychodynamischer Behandlungen. Die Diskrepanz in der schier an Zahl an Studien lässt sich zum Teil auf das Desinteresse früherer Generationen von Psychoanalytikern an empirischer Forschung zurückführen; ein Scheitern, das das Feld weiter verfolgt und an dem gegenwärtige Forscher hart arbeiten, um das Problem anzugehen.

Ein zweiter Vorbehalt besteht darin, dass viele psychodynamische Outcome-Studien Patienten mit einer Reihe von Symptomen und Zuständen einbezogen haben, statt sich auf spezifische diagnostische Kategorien zu konzentrieren (z. B. die im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* definierten (4. Edition, DSM-IV; American Psychiatric Association 1994). Es steht zur Debatte, inwiefern es sich hierbei um eine Beschränkung handelt. Häufig lässt man Bedenken über psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien aufkommen, dass sie sorgfältig ausgewählte und unrepräsentative Patientstichproben verwenden und sich demzufolge die Ergebnisse nicht auf die reale, klinische Praxis verallgemeinern lassen (z. B. Westen et al. 2004). Es besteht auch kein generelles Einvernehmen, dass diagnostische Kategorien im DSM eigenständige oder homogene Patientengruppen definieren (wenn man bedenkt, dass psychiatrische Komorbidität die Norm ist und diagnostizierbare Beschwerden oft in Persönlichkeitssyndromen eingebettet sind; Blatt u. Zuroff 2005; Westen et al. 2006). Wie dem auch sein mag, es legt eine steigende Zahl an Studien über psychodynamische Behandlungen den Schwerpunkt auf spezifische Diagnosen (z. B. Bateman u. Fonagy 2008; Clarkin et al. 2007; Cuijpers et al. 2008; Leichsenring 2001; Leichsenring 2005; Milrod et al. 2007).

Psychodynamische Prozesse in anderen Therapien

Die „aktiven Bestandteile“ der Therapie sind nicht unbedingt diejenigen, die vor der Theorie abgeleitet oder im Behandlungsmodell vermutet werden. Aus diesem Grund stützen randomisierte kontrollierte Studien, die eine bestimmte Therapie als „Programmpaket“ bewerten, nicht unbedingt die der Therapie unterliegenden theoretischen Prämissen oder die davon abgeleiteten spezifischen Interventionen. Die vorhandenen Daten deuten z. B. an, dass die Veränderungsmechanismen in der kognitiven Therapie *nicht* diejenigen sind, die in der Theorie vermutet werden. In seiner Rezension der empirischen Literatur über Mediatoren und Veränderungsmechanismen in der Psychotherapie kam Kazdin (2007, S. 8) zu dem Schluss: „Vielleicht können wir jetzt zuversichtlicher als vorher feststellen, dass was auch immer die Grundlage für Veränderungen bei der kognitiven Therapie sein mag, die Kognitionen – wie ursprünglich vorgeschlagen – scheinen es nicht zu sein“.

Es gibt auch tiefgreifende Unterschiede in der Art, wie Therapeuten arbeiten; dies sogar bei Therapeuten, die angeblich die gleiche Behandlung anbieten. Was im klinischen Behandlungszimmer stattfindet, reflektiert die Eigenschaften und den Stil des individuellen Therapeuten, des individuellen Patienten und die spezifischen Interaktionsmuster, die sich zwischen ihnen entwickeln. Sogar in kontrollierten Studien, die dafür ausgelegt sind, manualisierte Behandlungen zu vergleichen, interagieren Therapeuten mit Patienten auf unterschiedliche Art und Weise, implementieren Interventionen unterschiedlich und führen Prozesse ein, die in den Behandlungsmanualen nicht aufgeführt sind (Elkin et al. 1989). In einigen Fällen hatten Forscher Schwierigkeiten, anhand von verbatim transkribierten Sitzungsabläufen festzulegen, welche manualisierte Behandlung durchgeführt wurde (Ablon u. Jones 2002).

Aus diesen Gründen können Studien zu „Markennamen“-Therapien äußerst irreführend sein. Studien, die über den Markennamen hinwegblicken, in dem sie Videos von Sitzungen oder Transk-

ripte untersuchen, offenbaren mehr davon, was für Patienten hilfreich ist (Goldfried u. Wolfe 1996; Kazdin 2007; Kazdin 2008). Solche Studien weisen darauf hin, dass die aktiven Bestandteile anderer Therapien nichtanerkannte psychodynamische Elemente enthalten.

Um bei einer Untersuchungsmethode herauszufinden, was tatsächlich in Therapiesitzungen vor sich geht, wird das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones 2000) verwendet. Dieses Instrument besteht aus 100 Variablen, die die Technik des Therapeuten und andere Aspekte des Therapieprozesses basierend auf spezifischen Handlungen, Aussagen und spezifischem Verhalten während der Sitzungen bewerten. In einer Reihe von Studien bewerteten geschulte, jedoch verblindete Beurteiler die 100 PQS-Variablen von archivierten Verbatimtranskripten für Hunderte von Therapiestunden aus Outcome-Studien von sowohl psychodynamischer Kurzzeit- als auch kognitiver Verhaltenstherapie (Ablon u. Jones 1998; Jones u. Pulos 1993).¹¹

In einer Studie baten die Untersucher „panels“ international anerkannter Experten in psychoanalytischer und kognitiver Verhaltenstherapie, das PQS anzuwenden, um „ideal“ geführte Behandlungen zu beschreiben (Ablon u. Jones 1998). Auf Grundlage der Expertenbewertungen erstellten die Untersucher Prototypen der ideal geführten psychodynamischen und kognitiven Verhaltenstherapie. Die 2 Prototypen unterschieden sich erheblich.

Der psychodynamische Prototyp betonte den unstrukturierten Dialog mit offenem Ausgang (z. B. Diskussion von Fantasien und Träume); das Identifizieren von sich wiederholenden Themen im Erleben des Patienten; das Verbinden von Gefühlen und Auffassungen des Patienten mit vergangenen Erfahrungen; das In-Szenesetzen von Gefühlen, die vom Patienten als unakzeptierbar angesehen werden

¹¹ Die kognitive Therapiestudie war eine randomisierte kontrollierte Studie für Depressionen; die psychodynamischen Psychotherapiestudien waren Längsschnittuntersuchungen für gemischte Störungen bzw. für posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Siehe die ursprüngliche Quelle für detailliertere Beschreibungen (Ablon u. Jones 1998; Jones u. Pulos 1993).

(z. B. Wut, Neid, Erregung); das Aufzeigen von Abwehrmechanismen; die Interpretation abgewehrter oder unbewusster Wünsche, Gefühle oder Ideen; das Konzentrieren auf die Therapiebeziehung als Gesprächsthema und die Identifikation von Verbindungen zwischen der Therapiebeziehung und anderen Beziehungen.

Der Verhaltenstherapieprototyp betonte einen Dialog mit einem spezifischeren Fokus, wobei der Therapeut die Interaktion strukturiert und Themen einleitet; der Therapeut auf eine mehr didaktische Art arbeitet; der Therapeut konkrete Handlungsempfehlungen oder Ratschläge anbietet; eine Diskussion der Behandlungsziele des Patienten stattfindet; eine Erklärung des Grundprinzips der Behandlung und Technik gegeben wird; sich auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten konzentriert wird; sich auf kognitive Themen wie Gedanken- und Glaubenssysteme konzentriert wird; und Aufgaben oder Aktivitäten („Hausaufgaben“) besprochen werden, die der Patient außerhalb der Therapiesitzung ausprobieren soll.¹²

In 3 Auswertungen archivierter Behandlungsaufzeichnungen (eine von einer Studie kognitiver Therapie und 2 von Studien psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie) maßen die Forscher für jeden Prototypen die Therapietreue der Therapeuten ohne zu berücksichtigen, welches Behandlungsmodell die Therapeuten glaubten, anzuwenden (Ablon u. Jones 1998). Therapietreue im Sinne der psychodynamischen Prototypen prognostizierte ein erfolgreiches Ergebnis in *beiden* Therapien. Therapietreue dem kognitiven Verhaltenstherapieprototypen gegenüber zeigte in *beiden* Therapieformen wenig oder keinen Bezug zum Ergebnis. Die Ergebnisse entsprachen denen einer früheren Studie, die eine andere Methodik anwendete und auch fand, dass psychodynamische Interventionen, nicht verhaltenstherapeutische Interventionen, ein erfolgreiches Outcome in sowohl kognitiven wie auch psychodynamischen Behandlungen prognostizierten (Jones u. Pulos 1993).

¹² Siehe ursprüngliche Quelle für vollständigeren Beschreibungen der 2 Therapieprototypen (Ablon u. Jones 1998).

Ein unabhängiges Untersucherteam fand auch mit anderen Forschungsmethoden, dass psychodynamische Methoden ein erfolgreiches Ergebnis in kognitiver Therapie prognostizierten (Castonguay et al. 1996). Die Studie bewertete Ergebnisse kognitiver Therapie, die nach Becks Behandlungsmodell (Beck et al. 1979) durchgeführt wurden. Diese waren als Nachweis für die Wirksamkeit kognitiver Therapie für Depressionen berichtet worden (Hollon et al. 1992).¹³

Forscher bestimmten 3 Variablen anhand von Verbatim-Transkripten stichprobenartig ausgewählter Therapiesitzungen in einer Stichprobe von 64 ambulanten Patienten. Eine Variable bewertete die Qualität des Arbeitsbündnisses. (Das Konzept des *Arbeitsbündnisses* oder der *therapeutischen Beziehung* ist heute allgemein anerkannt und wird oft als nichtspezifischer oder „gemeinsamer“ Faktor in vielen Therapieformen betrachtet. Viele sind sich nicht darüber im Klaren, dass das Konzept direkt aus der Psychoanalyse kommt und seit über 4 Jahrzehnten eine zentrale Rolle in der psychoanalytischen Theorie und Praxis spielt; Horvath u. Luborsky 1993.) Die zweite Variable bewertete die praktische Anwendung des kognitiven Behandlungsmodells durch den Therapeuten (d. h. das Behandeln verzerrter Kognitionen, von denen angenommen wird, dass sie depressive Emotionen verursachen). Die dritte Variable, *Erleben* benannt, erfasst auf schöne Weise das Wesentliche des psychodynamischen Prozesses:

„Auf den niedrigeren Stufen des [*Erlebens*] spricht der Klient über Ereignisse, Ideen oder Anderes (Stufe 1); verweist auf das Selbst aber ohne Emotionen auszudrücken (Stufe 2); oder drückt Emotionen aus, aber nur in Zusammenhang mit äußeren Umständen (Stufe 3). Auf höheren Stufen fokussiert der Klient direkt auf Emotionen und Gedanken über das Selbst (Stufe 4), beteiligt sich an einer Erforschung seiner oder ihrer inneren Erlebniswelt (Stufe 5) und *wird vorher impliziter Gefühle und Bedeutungen ge-*

¹³ Die Studie ist eine der archivierten, von Jones und seinem Mitarbeiterstab analysierten Studien (Abbass et al. 2006; Jones u. Pulos 1993).

wahr (Stufe 6). Die höchste Stufe (7) bezieht sich auf einen andauernden Prozess tiefergehender Selbstverständigung“ (Castonguay et al. 1996 S. 499; Hervorhebung des Autors). Besonders beachtenswert ist die Wendung „Patient wird vorher impliziter Gefühle und Bedeutungen gewahr“. Der Ausdruck *implizit* bezieht sich natürlich auf Aspekte des seelischen Lebens, die anfangs nicht bewusst sind. Das mit der Skala gemessene Konstrukt geht auf die frühesten Tage der Psychoanalyse und ihres zentralen Ziels, das Unbewusste bewusst zu machen, zurück (Freud 1896).¹⁴

In dieser Studie manualisierter kognitiver Therapie für Depressionen kamen die folgenden Ergebnisse zum Vorschein:

1) Das Arbeitsbündnis prognostizierte eine Besserung des Patienten bei allen Outcome-Maßen.

2) Der psychodynamische Prozess („Erleben“) prognostizierte eine Besserung des Patienten bei allen Outcome-Maßen.

3) Therapietreue zum kognitiven Behandlungsmodell (d. h. auf verzerrte Kognitionen fokussieren) prognostizierte ein *schlechteres* Ergebnis.

Eine nachfolgende Studie mit unterschiedlicher Methodik replizierte das Ergebnis, dass auf kognitive Veränderung gezielte Interventionen in Zusammenhang mit einem schlechteren Ergebnis standen (Hayes et al. 1996). Interessanterweise fand diese Studie, dass die Auseinandersetzung mit zwischenmenschlichen Beziehungen und die Erforschung von Erlebnissen mit frühen Bezugspersonen in der Vergangenheit – beides Grundmerkmale der psychodynamischen Technik – ein erfolgreiches Ergebnis prognostizierten.

Diese Ergebnisse sollten nicht so interpretiert werden, als ob sie darauf hindeuten, dass kognitive Techniken schädlich sind. Andere Studien haben positive Beziehungen zwischen kognitiver Verhaltenstherapie und Therapie-Outcome

¹⁴ Obwohl der Ausdruck „Erleben“ aus der humanistischen Therapietradition stammt, ist das durch die Skala bewertete *Phänomen* – vertiefende Selbsterforschung, die zu einer verbesserten Erkenntnis des impliziten oder unbewussten Seelenlebens führt – das bestimmende Kernmerkmal der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie.

berichtet (Feeley et al. 1999; Strunk et al. 2007; Tang u. DeRubeis 1999). Die qualitative Analyse der Verbatimtranskripte deutete an, dass die schlechteren Ergebnisse in Verbindung mit kognitiven Interventionen auf die praktische Anwendung des kognitiven Behandlungsmodells bei einigen der Therapeuten zurückzuführen waren, die auf eine dogmatische, unnachgiebig gefühllose Art und Weise arbeiteten (Castonguay et al. 1996). (Keine Therapieschule scheint ein Monopol an Dogmatismus oder therapeutischer Gefühllosigkeit zu haben. Sicherlich ist die Geschichte der Psychoanalyse reichlich mit Beispielen dogmatischer Ausschweifungen versehen.) Auf der anderen Seite weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die effektiveren Therapeuten therapeutische Prozesse erleichterten, die seit Langem grundsätzliche, definierende Leitmerkmale psychoanalytischer Theorie und Praxis sind.

Andere empirische Studien haben auch Zusammenhänge zwischen psychodynamischen Prozessen und erfolgreichen Ergebnissen gezeigt, unabhängig davon, ob die Untersucher die Prozesse ausdrücklich als „psychodynamisch“ identifizierten oder nicht (z. B. Barber et al. 1996; Diener et al. 2007; Gaston et al. 1998; Hayes u. Strauss 1998; Hilsenroth et al. 2003; Høglend et al. 2008; Norcross 2002; Pos et al. 2003; Vocisano et al. 2004).

Der Flug des Dodo

Die Überschrift dieses Abschnitts ist eine Anspielung auf das, was in der psychotherapeutischen Forschungsliteratur als das „Dodo bird verdict“ bekannt geworden ist. Nach einer Überprüfung der Psychotherapie-Outcome-Literatur ihrer Zeit kamen Rosenzweig (1936) und anschließend Luborsky et al. (1975) zu der Schlussfolgerung des Dodo-Vogels in *Alice im Wunderland*: „Alle haben gewonnen, und alle müssen Preise bekommen.“ Ergebnisse für unterschiedliche Therapien waren überraschend identisch, und keine Psychotherapieform erwies sich den anderen gegenüber als überlegen. In seltenen Fällen, in denen Studien Unterschiede zwischen aktiven Behandlungen finden, begünstigen die Ergebnisse nahezu immer die bevorzugte Behandlung des Untersuchenden (der „investigator allegiance ef-

fect“; Luborsky et al. 1999). Darauf folgende Forschung hat wenig dazu beigetragen, das „Dodo bird verdict“ zu ändern (Lambert u. Ogles 2004; Wampold et al. 2002). Studien, die kognitive Verhaltenstherapie z. B. direkt mit psychodynamischer Kurzzeittherapie für Depressionen verglichen haben, konnten keine höhere Wirksamkeit bei Verhaltenstherapie, verglichen mit psychodynamischer Psychotherapie oder umgekehrt, feststellen (Cuijpers et al. 2008; Leichsenring 2001). Leichsenring (2001) stellte fest, dass sich beide Behandlungen als empirisch gestützte Therapien gemäß den von der American Psychological Association Division 12 Task Force festgelegten Kriterien zu qualifizieren schienen (Chambless et al. 1998; Task Force 1995). Einige der Studien verglichen psychodynamische Behandlungen mit einer Dauer von nur 8 Sitzungen, was die meisten Therapeuten als unangemessen ansehen würden, mit Verhaltenstherapiebehandlungen über 16 Sitzungen. Sogar in diesen Studien waren die Ergebnisse vergleichbar (Barkham et al. 1996; Shapiro et al. 1994).

Es gibt viele Gründe, warum Outcome-Studien keine Unterschiede zwischen Behandlungen zeigen können, sogar wenn wichtige Unterschiede wirklich bestehen. Andere Autoren haben die Einschränkungen und ungeprüften Annahmen der aktuellen Forschungsmethoden erörtert (Goldfried u. Wolfe 1996; Norcross et al. 2005; Westen et al. 2004). Ich konzentriere mich hier auf eine auffallende Einschränkung: die Diskrepanz zwischen dem, was psychodynamische Psychotherapie zu erreichen versucht, und dem, was Outcome-Studien typischerweise messen.

Wie vorher schon erwähnt, beinhalten die Ziele der psychodynamischen Psychotherapie zwar die Linderung akuter Symptome, sie gehen aber darüber hinaus. Psychologische Gesundheit ist nicht bloß die Abwesenheit von Symptomen; sie ist das positive Vorhandensein innerer Fähigkeiten und Ressourcen, das Menschen ermöglicht, mit einem stärkeren Gefühl der Freiheit und der Möglichkeiten zu leben. Symptomorientierte Ergebnismaße, die üblicherweise in Outcome-Studien benutzt werden (z. B. das Beck-Depressionsinventar Beck et al. 1961 oder die Hamilton-Depressionsskala Hamilton

1960) versuchen nicht, solche inneren Fähigkeiten zu bewerten (Blatt u. Auerbach 2003; Kazdin 2008). Es ist möglich, dass das „Dodo bird verdict“ ein Versagen psychodynamischer und auch nichtpsychodynamischer Forscher reflektiert, die Reihe von Phänomenen, die sich in der Psychotherapie ändern können, angemessen zu bewerten.

Die *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP¹⁵; Shedler u. Westen 2007; Westen u. Shedler 1999a; Westen u. Shedler 1999b) stellt eine Methode dar, die in der Psychotherapie entwickelbaren inneren Fähigkeiten und Ressourcen, zu bewerten. Die SWAP ist ein Instrument für Kliniker (kein Selbstbericht eines Patienten), das ein breites Spektrum an gesunden und auch pathologischen Persönlichkeitsprozessen bewertet. Das Instrument kann von Klinikern jeder theoretischen Orientierung bewertet werden und hat hohe Reliabilität und Validität bezüglich einer breiten Palette von Referenzwerten bewiesen (Shedler u. Westen 2007; Westen u. Shedler 2007). Die SWAP beinhaltet einen empirisch hergeleiteten *Healthy Functioning Index*, bestehend aus den in **Tab. 2** aufgeführten Punkten, die seelische Gesundheit *als von Klinikern über theoretische Orientierungen übergreifend einvernehmlich verstanden* definieren und operationalisieren (Westen u. Shedler 1999a; Westen u. Shedler 1999b). Viele Behandlungsformen, einschließlich Medikamente, können bei der Linderung akuter psychiatrischer Symptome – wenigstens auf kurze Sicht – effektiv sein.

Nicht alle Therapien jedoch zielen darauf hin, zugrunde liegende psychologische Prozesse, wie die durch die SWAP bewerteten, zu ändern. (Eine funktionierende Version der SWAP, die T-Werte für ein breites Spektrum an Persönlichkeitseigenschaften und -störungen generiert und grafisch darstellt, kann auf <http://www.SWAPassessment.org> betrachtet werden.)

Zwar wurden noch keine stringenter Ergebnisstudien durchgeführt, auch nicht von psychodynamisch-orientierten Forschern, die Veränderungen der inneren Fähigkeiten und Ressourcen bewerten, aber 2 Studien bringen faszinieren-

¹⁵ Deutsche Fassung bei (Taubner et al. 2009).

Tab. 2 Psychische Gesundheit definieren: Punkte aus der Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)

- Kann seine/ihre Begabungen, Fähigkeiten und Energien effektiv und produktiv nutzen
- Genießt Herausforderungen; zieht Vergnügen aus dem Erreichen von Dingen
- Ist fähig, eine bedeutsame Liebesbeziehung aufrechtzuerhalten, die durch echte Nähe und Fürsorge gekennzeichnet ist
- Findet Sinn darin, einer größeren Gemeinschaft anzugehören und einen Beitrag zu leisten (z. B. Organisation, Kirche, Nachbarschaft usw.)
- Kann Sinn und Erfüllung darin finden, andere zu führen, zu betreuen oder zu erziehen
- Ist einfühlsam, feinfühlig und empfänglich gegenüber Bedürfnissen und Gefühlen anderer Personen
- Kann sich wirksam und angemessen durchsetzen, wenn nötig
- Schätzt und reagiert auf Humor
- Kann sich Informationen anhören, die emotional bedrohlich sind (d. h., die geschätzte Glaubensvorstellungen, Wahrnehmungen und Selbstbilder herausfordern), kann dies nutzen und davon profitieren
- Scheint schmerzliche Erfahrungen aus der Vergangenheit bewältigt zu haben; hat die Bedeutung dieser Erfahrungen gefunden und sich dadurch entwickelt
- Ist sprachgewandt; kann sich gut in Worten ausdrücken
- Hat ein aktives und befriedigendes Sexleben
- Scheint sich in sozialen Situationen wohl zu fühlen und ist entspannt
- Findet im Allgemeinen Zufriedenheit und Glücksgefühle in Lebensaktivitäten
- Neigt dazu, Eigenschaft und Intensität von Emotionen der gegebenen Situation angemessen auszudrücken
- Hat die Fähigkeit, alternative Standpunkte anzuerkennen; sogar in Angelegenheiten, die starke Gefühle entfachen
- Hat moralische und ethische Standards und ist bestrebt, ihnen gerecht zu werden
- Ist kreativ; ist fähig, Dinge zu sehen oder Probleme auf originelle Art und Weise anzugehen
- Neigt dazu, pflichtbewusst und verantwortlich zu sein
- Neigt dazu, dynamisch und kontaktfreudig zu sein
- Ist psychologisch einfühlsam; kann sich selbst und andere auf subtile und anspruchsvolle Art und Weise verstehen
- Kann Sinn und Zufriedenheit im Verfolgen langfristiger Ziele und Ambitionen finden
- Kann enge und andauernde Freundschaften aufbauen, die durch gegenseitige Unterstützung und gemeinsame Erfahrungen gekennzeichnet sind

de Möglichkeiten zur Sprache und geben Empfehlungen für zukünftige Forschung. Bei der einen handelt es sich um die Einzelfallstudie einer Frau mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die von unabhängigen Beurteilern (nicht dem behandelnden Kliniker) mit der SWAP zu Behandlungsbeginn und noch mal nach 2 Jahren psychodynamischer Psychotherapie bewertet wurde (Lingardi et al. 2006). Zusätzlich zu bedeutenden Abnahmen in Psychopathologie erfassenden SWAP-Skalen, zeigten die SWAP-Werte der Patientin eine verbesserte Fähigkeit zur Empathie und eine erhöhte Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen und Gefühlen anderer Personen; eine verbesserte Fähigkeit, alternative Standpunkte anzuerkennen, sogar wenn Emotionen hochgingen; eine verbesserte Fähigkeit,

sich selbst zu trösten und zu beruhigen; verbessertes Anerkennen und Bewusstsein der Konsequenzen ihrer Handlungen; eine verbesserte Fähigkeit, sich verbal auszudrücken; genauere und ausgeglichene Wahrnehmung von Leuten und Situationen; eine größere Fähigkeit, Humor zu schätzen; und vielleicht am wichtigsten, hatte sie schmerzliche Erfahrungen aus der Vergangenheit bewältigt, Sinn darin gefunden und sich dadurch weiterentwickelt. Die Bewertung der Patientin auf dem SWAP *Healthy Functioning Index* erhöhte sich um ungefähr 2 Standardabweichungen im Laufe der Behandlung.

Eine zweite Studie benutzte die SWAP, um 26 Patienten zu Beginn ihrer Psychoanalyse mit 26 Patienten am Ende ihrer Psychoanalyse zu vergleichen (Cogan u. Porcerelli 2005). Die letztere Gruppe hat-

te nicht nur bedeutend niedrigere Werte für SWAP-Items, die Depression, Angst, Schuld, Schamgefühl, Inadäquatheitsgefühle und Angst vor Zurückweisung bewerteten, sondern auch bedeutend höhere Werte für SWAP-Items, die innere Stärken und Fähigkeiten bewerteten (■ Tab. 2). Zu diesen gehörten größere Zufriedenheit beim Verfolgen langfristiger Ziele, Herausforderungen zu genießen und Vergnügen aus dem Erreichen von Dingen zu ziehen, Begabungen und Fähigkeiten nutzen zu können, Zufriedenheit in Lebensaktivitäten, Empathie für andere, zwischenmenschliches Durchsetzungsvermögen und Wirkmächtigkeit, emotional bedrohliche Informationen anhören zu können und davon zu profitieren sowie die Bewältigung schmerzlicher Erfahrungen aus der Vergangenheit. Für die die Psychoanalyse beendende Gruppe, war der Mittelwert auf dem SWAP *Healthy Functioning Index* eine Standardabweichung höher.

Aufgrund methodologischer Einschränkungen können keine kausalen Schlussfolgerungen aus diesen Studien gezogen werden, aber sie deuten darauf hin, dass psychodynamische Psychotherapien nicht nur Symptome lindern können, sondern auch innere Fähigkeiten und Ressourcen entwickeln können, die ein reicheres und erfüllenderes Leben ermöglichen. Instrumente, wie z. B. SWAP, könnten in zukünftige randomisierte kontrollierte Studien eingearbeitet, von unabhängigen, den Behandlungskonditionen gegenüber blinden Beurteilern bewertet und dann benutzt werden, solche Outcomes auszuwerten. Unabhängig davon, ob alle Therapieformen solche Ergebnisse anstreben oder Forscher sie untersuchen, *sind sie eindeutig die gewünschten Ergebnisse vieler Menschen, die eine Psychotherapie aufsuchen.*

Deswegen neigen vielleicht Psychotherapeuten ungeachtet ihrer eigenen theoretischen Orientierung dazu, eine psychodynamische Psychotherapie für sich selbst zu wählen (Norcross 2005).

Diskussion und Fazit für die Praxis

Mit diesem Beitrag wollte ich Lesern, die sich mit den Grundprinzipien psychodynamischer Psychotherapie nicht auseinandergesetzt haben oder die sie zumin-

dest nicht von einem zeitgenössischen Praktiker vorgestellt bekommen haben, der diese Prinzipien ernst nimmt und sie klinisch anwendet, einen Überblick über einige dieser Grundprinzipien geben. Weiterhin wurde beabsichtigt, zu zeigen, dass psychodynamische Behandlungen empirisch beträchtlich gestützt sind. Die empirische Literatur zu psychodynamischen Behandlungen weist jedoch erhebliche Beschränkungen auf. Erstens ist die Anzahl randomisierter kontrollierter Studien für andere Psychotherapieformen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, bedeutend – vielleicht um das Zehnfache – größer als für psychodynamische Psychotherapie. Viele dieser Studien, speziell die neueren und besser konzipierten Studien, sind in der Methodensorgfalt überlegen (obwohl einige der neuesten psychodynamischen randomisierten kontrollierten Studien, z. B. Clarkin et al. (2007), auch dem höchsten Standard der Methodensorgfalt entsprechen). In zu vielen Fällen sind Eigenschaften von Patientstichproben zu locker angegeben, Behandlungsmethoden unzureichend angegeben und überprüft worden sowie Kontrollbedingungen nicht optimal gewesen (z. B. Wartelistenkontrollen oder „Behandlung wie üblich“ anstatt aktive alternative Behandlungen – eine Einschränkung, die für Forschung über empirisch gestützte Therapien allgemein gilt). Diese und andere Einschränkungen der psychodynamischen Forschungsliteratur müssen in zukünftiger Forschung angegangen werden. Mit dieser Arbeit wird kein Behandlungs- oder Literaturvergleich beabsichtigt, sondern eine Überprüfung der existierenden empirischen Daten, die psychodynamische Behandlungen und Therapieprozesse stützten, die oft unterschätzt werden. Beim Schreiben dieses Beitrags war es unmöglich, sich nicht mit einer Reihe von Ironien auseinanderzusetzen. Eine ist, dass Akademiker, die psychodynamische Ansätze – manchmal in leidenschaftlichem Ton – ablehnen, dies oft im Namen der Wissenschaft tun. Einige plädieren für eine Wissenschaft der Psychologie, die ausschließlich auf der experimentellen Methode gegründet ist. Nichtsdestotrotz liefert dieselbe experimentelle Me-

thode Daten, die sowohl psychodynamische Konzepte (z. B. Westen 1998) wie auch Behandlungen stützt. Angesichts der Anhäufung empirischer Daten sind pauschale Behauptungen, dass psychodynamische Ansätze nicht wissenschaftlich gestützt sind (z. B. Barlow u. Durand 2005; Crews 1996; Kihlstrom 1999), nicht länger vertretbar. Darstellungen, die Psychoanalyse mit veralteten Konzepten gleichsetzen, die zuletzt Verbreitung in der psychoanalytischen Gemeinschaft im frühen 20. Jh. fanden, sind gleichermaßen irreführend; sie sind im besten Fall unwissend und im schlimmsten unaufrichtig.

Eine zweite Ironie ist, dass relativ wenige Therapeuten, einschließlich psychodynamische Praktiker, mit der in diesem Beitrag aufbereiteten Forschung vertraut sind. Viele psychodynamische Kliniker und Pädagogen scheinen schlecht vorbereitet, auf Herausforderungen von evidenzorientierten Kollegen, Studenten, Versorgungsforschern oder politischen Entscheidungsträgern zu reagieren, trotz der Anhäufung hochwertiger, empirischer Daten, die psychodynamische Konzepte und Behandlungen stützen. Ebenso wie eine antipsychoanalytische Stimmung eine Verbreitung dieser Forschung in akademischen Kreisen behindert haben mag, dürfte ein Misstrauen gegenüber akademischen Forschungsmethoden die Verbreitung in psychoanalytischen Kreisen behindert haben (Bornstein 2001). Solche Einstellungen ändern sich zwar, aber sie tun dies nicht schnell genug.

Wissenschaftler sind auch mitverantwortlich für diesen Stand der Dinge (Shedler 2006). Viele Untersucher halten es für selbstverständlich, dass Kliniker die Ergebnisse der Forschung lesen sollten (z. B. Task Force 1995), aber viele der für diesen Beitrag rezensierten Psychotherapie-Outcome-Studien und -Metaanalysen sind eindeutig nicht für Praktiker geschrieben. Vielmehr sind sie hochkomplex und technisch und scheinen oft vorrangig für andere Psychotherapieforscher geschrieben worden zu sein – ein Fall, wo eine Hand die andere wäscht. Als erfahrener Methodologe und Psychometriker muss ich zugeben, dass ich für das Entschlüsseln einiger dieser Publikationen stundenlange Nachforschungen

brauchte und einige Rücksprachen mit wissenschaftlichen Kollegen benötigte. Ich bin nicht sicher, wie der durchschnittliche, sachkundige klinische Praktiker durch das Dickicht an spezialisierten statistischen Methoden, klinisch nichtrepräsentativen Stichproben, Investigator-allegiance-Effekten, uneinheitlichen Methoden der Outcome-Berichterstattung und inkonsistenten Ergebnissen mehrfacher Outcome-Variablen von unklarer klinischer Relevanz navigieren könnte. Wenn Kliniker tatsächlich die beabsichtigten „Konsumenten“ der Psychotherapieforschung sind, dann muss die Psychotherapieforschung verbraucherfreundlicher und verbraucherrelevanter werden (Westen et al. 2005).

Mit den oben genannten Vorbehalten deuten die vorhandenen Daten darauf hin, dass Effektgrößen für psychodynamische Psychotherapien so groß sind wie die für andere Behandlungen berichteten Effektgrößen, für die aktiv als „empirisch gestützt“ und „evidenzbasiert“ geworben worden ist. Das deutet darauf hin, dass die (oft inoffiziellen) „aktiven Bestandteile“ anderer Therapien Techniken und Prozesse einschließen, die seit Langem grundsätzliche, definierende Leitmerkmale psychodynamischer Behandlung sind. Letztendlich deuten die Daten an, dass die Vorteile einer psychodynamischen Behandlung andauern, nicht nur vorübergehend sind und viel weiter als Symptomremission zu gehen scheinen. Für viele Leute kann psychodynamische Psychotherapie innere Ressourcen und Fähigkeiten fördern, die ein reicheres, freieres und erfüllenderes Leben ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Jonathan Shedler

Department of Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, Mail Stop A011-04
13001 East 17th Place, Aurora, CO 80045, USA
jonathan@shedler.com

Danksagung. Der Autor dankt Mark Hilsenroth für seinen beträchtlichen Beitrag zu dieser Veröffentlichung, Marc Diener für einige der hier berichteten Informationen und Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, George Stricker und Robert Wallerstein für ihre Kommentare zu früheren Entwürfen.

Interessenkonflikt. Keine Angabe.

Literatur

- Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD004687
- Abbass A, Kisely S, Kroenke K (2009) Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom* 78:265–274
- Ablon JS, Jones EE (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychother Res* 8:71–83
- Ablon JS, Jones EE (2002) Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 159:775–783
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. Aufl. American Psychiatric Association, Washington, DC
- Anderson EM, Lambert MJ (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15:503–514
- Ankarberg P, Falkenström F (2008) Treatment of depression with antidepressants is primarily a psychological treatment. *Psychother Theory Res Pract Train* 45:329–339
- Barber J, Crits-Christoph P, Luborsky L (1996) Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 64:619–622
- Barkham M, Rees A, Shapiro DA et al (1996) Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replication of the second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 64:1079–1085
- Barlow DH, Durand VM (2005) *Abnormal psychology: an integrative approach*, 4. Aufl. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA
- Bateman A, Fonagy P (2008) 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 165:631–638
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emory G (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:561–571
- Blagys MD, Hilsenroth MJ (2000) Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Sci Pract* 7:167–188
- Blagys MD, Hilsenroth MJ (2002) Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Rev* 22:671–706
- Blatt SJ, Auerbach JS (2003) Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanal Inq* 23:268–307
- Blatt SJ, Zuroff (2005) Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev* 25:459–486
- Bornstein R (1988) Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: the treatment of psychoanalytic theory in abnormal psychology texts. *Psychoanal Psychol* 5:83–93
- Bornstein R (1995) Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: an agenda for the psychoanalytic researcher. <http://www.columbia.edu/~hc137/prs/v4n1/v4n1i2.htm>
- Bornstein R (2001) The impending death of psychoanalysis. *Psychoanal Psychol* 18:3–20
- Burum BA, Goldfried MR (2007) The centrality of emotion to psychological change. *Clin Psychol Sci Pract* 14:407–413
- Castonguay LG, Goldfried MR, Wiser SL et al (1996) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *J Consult Clin Psychol* 64:497–504
- Chambless DL, Baker M, Baucom DH et al (1998) Update on empirically validated therapies, II. *Clin Psychol* 51:3–16
- Chambless DL, Ollendick TH (2001) Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 52:685–716
- Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V et al (1996) An update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 49:5–18
- Clarkin JF, Levy KN (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. Aufl. Wiley, New York, S 194–226
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 164:922–928
- Cogan R, Porcerelli JH (2005) Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 78(2):235–248
- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Aufl. Earlbaum, Hillsdale, NJ
- Cohen P (2007) Freud is widely taught at universities, except in the psychology department. *New York Times*, New York
- Crews F (1996) The verdict on Freud. *Psychol Sci* 7:63–67
- Cuijpers P, Straten A van, Andersson G, Oppen P van (2008) Psychotherapy for depression in adults: a metaanalysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 76:909–922
- Cuijpers P, Straten A van, Warmerdam L (2007) Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27:318–326
- Churchill R, Hunot V, Corney R et al (2001) A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 5:1–173
- Maat S de, Jonghe F de, Schoevers R, Dekker J (2009) The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 17(1):1–23
- DeRubeis R, Feeley M (1990) Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cogn Ther Res* 14:469–482
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J (2007) Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 164:936–941
- Driessen E, Cuijpers P, Maat S de et al (2010) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 30:25–36
- Elkin I, Shea T, Watkins JT et al (1989) National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 46:971–982
- Feeley M, DeRubeis RJ, Gelfand LA (1999) The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 67:578–582
- Freud S (1896) *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychose*. *Gesammelte Werke*, Bd I. Fischer, Frankfurt a. M., S 377–403
- Freud S (1917) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW, Bd XI
- Gabbard GO (2004) *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC
- Garfield SL (1996) Some problems associated with „validated“ forms of psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pract* 3:218–229
- Gaston L, Thompson L, Gallagher D et al (1998) Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychother Res* 8:190–209
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn I (1998) A metaanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 49:59–72
- Goldfried MR, Wolfe BE (1996) Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. *Am Psychol* 51:1007–1016
- Greenson RR (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*. International Universities Press, New York; dt. (1973) *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Klett, Stuttgart
- Hansell J (2005) *Writing an undergraduate textbook: an analyst's strange journey*. *Psychol Psychoanal* 24(4):37–38. <http://www.division39.org/pdfs/PsychPsychoanalyst1004c.pdf>
- Haby MM, Donnelly M, Corry J, Vos T (2006) Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry* 40:9–19
- Hamilton MA (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23:56–61
- Hayes AM, Castonguay LG, Goldfried MR (1996) Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 64:623–627
- Hayes A, Strauss J (1998) Dynamic systems theory as a paradigm for the study of cognitive change in psychotherapy: an application of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 66:939–947
- Hedges LV (1982) Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychol Bull* 92:490–499
- Hilsenroth M, Ackerman S, Blagys M et al (2003) Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: an evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. *J Nerv Ment Dis* 191:349–357
- Høglend P, Bøgwald KP, Amlø S et al (2008) Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry* 165:763–771
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al (1992) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 49:774–781
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC et al (2005) Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 62:417–422
- Horvath AO, Luborsky L (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61:561–573
- Ilardi SS, Craighead WE (1994) The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clin Psychol Sci Pract* 1:138–155
- Jones EE (2000) *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Aronson, Northvale, NJ
- Jones EE, Pulos SM (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 61:306–316
- Kazdin AE (2007) Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Ann Rev Clin Psychol* 3:1–27

- Kazdin AE (2008) Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 63:146–159
- Kihlstrom JF (1999) A tumbling ground for whimsies? *Contemp Psychol* 44:376–378
- Lambert MJ, Barley DE (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 38:357–361
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5. Aufl. Wiley, New York
- Leichsenring F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21:401–419
- Leichsenring F (2005) Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *Int J Psychoanal* 86:841–868
- Leichsenring F, Leibling E (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160:1223–1232
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Am Med Assoc* 300:1551–1565
- Leichsenring F, Rabung S, Leibling E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61:1208–1216
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM et al (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* 74:1027–1040
- Linehan MM (1993) Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford, New York
- Lingiardi V, Shedler J, Gazillo F (2006) Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *J Pers Assess* 86:23–32
- Lipsey MW, Wilson DB (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 48:1181–1209
- Lipsey MW, Wilson DB (2001) Practical meta-analysis. Sage, Thousand Oaks, CA
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA et al (1999) The researcher's own therapy allegiances: a „wild card“ in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract* 6:95–106
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 32:995–1008
- Luepnitz D (2002) Schopenhauer's porcupines. Basic Books, New York
- Maat S, Dekker J, Schoevers R, Jonghe F de (2006) Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychother Res* 16:562–572
- McWilliams N (1994) Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process. Guilford Press, New York
- McWilliams N (1999) Psychoanalytic case formulation. Guilford, New York
- McWilliams N (2004) Psychoanalytic psychotherapy: a practitioner's guide. Guilford, New York
- Milrod B, Leon AC, Busch ZF et al (2007) A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164:265–272
- Messer SB, Abbas AA (2012) Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In: Magnavita J (Hrsg) Evidence-based treatment of personality dysfunction: principles, methods and processes. American Psychological Association Press, Washington, DC (im Druck)
- Meyer GJ, Finn SE, Eyde LD et al (2001) Psychological testing and psychological assessment: a review of evidence and issues. *Am Psychol* 56:128–165
- Moncrieff J, Wessely S, Hardy R (2004) Active placebos versus antidepressants for depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD003012
- Norcross JC (Hrsg) (2002) Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients. Oxford University Press, New York
- Norcross JC (2005) The psychotherapist's own psychotherapy: educating and developing psychologists. *Am Psychol* 60:840–850
- Norcross JC, Beutler LE, Levant RF (Hrsg) (2005) Evidence based practices in mental health: debate and dialogue on the fundamental questions. American Psychological Association, Washington, DC
- Öst LG (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther* 46:296–321
- PDM Task Force (2006) Psychodynamic diagnostic manual. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Springs, MD
- Persons J (1991) Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: a proposed remedy. *Am Psychol* 46:99–106
- Persons J, Silberschatz G (1998) Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Am Psychol* 66:126–135
- Pos AE, Greenberg LS, Goldman RN, Korman LM (2003) Emotional processing during experiential treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 71:1007–1016
- Redmond J, Shulman M (2008) Access to psychoanalytic ideas in American undergraduate institutions. *J Am Psychoanal Assoc* 56:391–408
- Robinson LA, Berman JS, Neimeyer RA (1990) Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 108:30–49
- Rosenzweig S (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 6:412–415
- Roth A, Fonagy P (2005) What works for whom? A critical review of psychotherapy research, 2. Aufl. Guilford, New York
- Rosenthal R (1991) Meta-analytic procedures for social research. Sage, Newbury Park, CA
- Rosenthal R, DiMatteo MR (2001) Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Ann Rev Psychol* 52:59–82
- Rosenthal R, Rosnow RL (2008) Essentials of behavioral research: methods and data analysis, 3. Aufl. McGraw-Hill, New York, NY
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *Am Psychol* 50:965–974
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A et al (1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 62:522–534
- Shedler J (2005) That was then, this is now: psychoanalytic psychotherapy for the rest of us. <http://psychsystems.net/shedler.html>
- Shedler J (2006) Why the scientist-practitioner schism won't go away. *Gen Psychol* 41(2):9–10. <http://www.apa.org/divisions/div1/archive.html>
- Shedler J, Westen D (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess* 89:41–55
- Sloane RB, Staples FR, Whipple K, Cristol AH (1977) Patients' attitudes toward behavior therapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 134:134–137
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Strunk DR, DeRubeis RJ, Chiu AW, Alvarez J (2007) Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 75:523–530
- Tang T, DeRubeis R (1999) Sudden gains and critical session in cognitive-behavioral therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 67:894–904
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) Training in and dissemination of empirically-validated treatments: report and recommendations. *Clin Psychol* 48:3–23
- Taubner S, Stumpe A, Kächele H (2009) Die Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200): Eine neue Sprache der Persönlichkeitsdiagnostik und der Messung struktureller Veränderungen? *Psychotherapeut* 54:27–36
- Thombs BD, Bassel M, Jewett LR (2009) Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *J Am Med Assoc* 301:930
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 358:252–260
- Vocisano C, Klein DN, Arnow B et al (2004) Therapist variables that predict change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy* 41:255–265
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S (2002) A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus „other therapies“ for depression. *J Affect Disord* 68:159–165
- Weinberger J (1992) Validating and demystifying subliminal psychodynamic activation. In: Bornstein RF, Pittman TS (Hrsg) Perception without awareness: cognitive, clinical, and social perspectives. Guilford, New York, S 170–188
- Westen D (1998) The scientific legacy of Sigmund Freud: toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol Bull* 124:333–371
- Westen D, Arkowitz-Western L (1998) Limitations of axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *Am J Psychiatry* 155:1767–1771
- Westen D, Gabbard G, Blagov P (2006) Back to the future: personality structure as a context for psychopathology. In: Krueger RF, Tackett JL (Hrsg) Personality and psychopathology. Guilford, New York, S 335–384
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 130:631–663
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H et al (2005) EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychol Bull* 131:427–433
- Westen D, Morrison K (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 69:875–899
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 130:631–663
- Westen D, Shedler J (1999a) Revising and assessing axis II, part 1: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry* 156:258–272
- Westen D, Shedler J (1999b) Revising and assessing axis II, part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 156:273–285
- Westen D, Shedler J (2007) Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 116:810–822
- Whitehorn JC, Braceland FJ, Lippard VW, Malamud W (Hrsg) (1953) The psychiatrist: his training and development. American Psychiatric Association, Washington, DC
- Wolfe BE (1994) Adapting psychotherapy outcome research to clinical reality. *J Psychother Integr* 4:160–166