

# Hat alles seinen Preis? Die Münchner Psychotherapie Studie<sup>1</sup>

Dorothea Huber, Gerhard Henrich, Judith Gastner und Guenther Klug

**Schlüsselbegriffe** Kognitive Verhaltenstherapie □ Depression □ Langzeitpsychotherapie □ Nachuntersuchung ein Jahr später □ Psychoanalytische Therapie □ Psychodynamische Therapie

Empirische Ergebnisse (DeMaat et al., 2009; Leichsenring & Rabung, 2008) deuten zunehmend darauf hin, dass die Wirksamkeit von Kurzzeitpsychotherapie bei Patienten mit komplexen psychischen Störungen bisher nicht ausreichend geprüft werden konnte (Abbass et al., 2007; Leichsenring et al., 2004; DeMaat et al., 2006). Diese Entdeckung gilt insbesondere für die Major Depression mit wiederkehrenden Episoden, bei der nur 27-38% nach Kurzzeittherapien ohne Wiederauftreten geblieben sind (Westen & Morrison, 2001). Folglich hat sich die Forschung in den letzten Jahren immer mehr den Langzeittherapien zugewandt (z.B. Leichsenring et al., 2005; Grande et al., 2006; Knekt et al., 2008). In einer ersten Metaanalyse zur psychodynamischen Langzeittherapie haben Leichsenring und Rabung (2008) Belege für die allgemein hohe Wirksamkeit dieser Therapieform, bei komplexen geistigen Störungen, vorgelegt. Jedoch bestehen Wirksamkeitsstudien langfristiger Psychotherapien für depressive Störungen nicht als eine diagnostische homogene Gruppe, sodass die Frage bezüglich der Wirksamkeit von Behandlungen bis jetzt unbeantwortet bleibt (Connolly Gibbons et al., 2008). Die Therapie der Major Depression mit häufigem Wiederauftreten (Judd, 1997) kann als ein Paradigma für die Wirksamkeit der Langzeitpsychotherapie betrachtet werden. Und zwar indem die Behandlung nicht nur die gegenwärtigen Symptome sondern auch die Anfälligkeit für neue Ausbrüche, Rückfälle und Wiederauftreten reduziert.

Bislang haben Studien vorwiegend Designs zum Nachweis der Wirksamkeit herangezogen. Sie versuchten die interne Validität durch die Verwendung von Versuchskontrollen zu steigern, die Zuteilung diagnostisch homogener Gruppen zu randomisieren und die Tests durch das Einhalten manualisierter Therapien zu unterstützen. Allerdings wurden diese methodischen Richtlinien für die Untersuchung von

---

<sup>1</sup> Huber, D., Henrich, G., Gastner, J., & Klug, G. (2012). The Munich Psychotherapy Study: Must All Have Prizes? In R. Levy, S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 51-69). New York: Humana Press. Übersetzt von I. Kniep (International Psychoanalytic University Berlin)

Kurzzeitpsychotherapien entwickelt und können nicht einfach auf die Untersuchung von Langzeitpsychotherapien angewendet werden. Darüber hinaus ist das Pendel in der Psychotherapieforschung in den letzten Jahren aus dem Ziel des Erfüllens interner Kriterien, hin zu der Erfüllung der Kriterien externer Validität geschwenkt (z.B. Fonagy, 2004). Um repräsentative Ergebnisse zu erhalten, die für die Gesundheitsforschung relevant sind, hat sich das Interesse zunehmend auf die Therapien mit Realitätscharakter und „realen“ Patienten gerichtet. Die Forschungsdesigns liegen somit nah an den Bedingungen der Psychotherapiepraktiken dran und die Forschung entspricht dadurch wieder mehr dem ursprünglichen Ideal von Wirksamkeitsstudien.

Die Münchner Psychotherapie Studie (MPS) ist eine Prozess-Ergebnis-Studie, die psychoanalytische, psychodynamische und verhaltenstherapeutische Therapieansätze miteinander vergleicht. Dafür wird ein quasi-experimentelles Design verwendet, das als „eine Konstruktion, bei der die Bedingungen der wahren Experimente angenähert werden“ definiert wird (Kazdin, 1998). Diese Studie versucht eine Balance zwischen den Anforderungen an die interne und externe Validität zu finden und gleichzeitig eine Fragestellung zu beantworten. Darüberhinaus ist man bemüht, durch das Design, den Anforderungen der externen Validität zu entsprechen. Hierzu lässt man nicht-manualisierte und repräsentative Psychotherapien von erfahrenen Psychotherapeuten, unter den Bedingungen der täglichen Praxis, durchführen. Allen Patienten wurde eine primäre depressive Störung diagnostiziert, wodurch sie eine homogene diagnostische Stichprobe bilden. Die Patienten wurden auf die psychoanalytischen und psychodynamischen Behandlungszweige randomisiert, womit die Kriterien interner Validität erfüllt werden. Später wurden die Patienten vorzugsweise auf die kognitive Verhaltenstherapie randomisiert, um diese Gruppe zu bilden. Die Wirksamkeit dieser drei psychotherapeutischen Ansätze wird auf symptomatischer, zwischenmenschlicher und intrapsychischer Ebene untersucht sowie insbesondere die Stabilität dieser Auswirkungen erforscht werden.

## **Methode**

Die Vergleichsprozess-Ergebnis Studie basiert auf einem prospektiven, randomisierten, teilweise quasi-experimentellen Design mit Nachuntersuchungen nach einem Jahr, nach zwei Jahren und nach drei Jahren. Die Versuchsgruppen bilden sich jeweils aus der psychoanalytischen- und psychodynamischen Therapie sowie der Verhaltenstherapie. Im Jahr 1995 wurde die Studie als Teil eines laufenden Projekts in der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München

aufgenommen. Die Patienten waren mit einer unipolaren, einer wiederkehrenden Depression oder einer Doppel-Depression in Behandlung (ICD-10 F32/F33 und F34.1) (Keller, 1997). Alle Studienteilnehmer wurden ausführlich über den Zweck und Verlauf der Studie aufgeklärt und gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung über die Teilnahme. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums der Technischen Universität München genehmigt. Um die Behandlungstreue der Therapeuten zu kontrollieren, wurden die Experimentalgruppen der psychoanalytischen/psychodynamischen Therapeuten und der zwei Verhaltenstherapeuten, die alle über das Verfahren und die Durchführung der Studie informiert wurden, von Beginn an begleitet.<sup>2</sup> Erforderliche Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren das Alter zwischen 20 und 50 Jahren und die ICD-Diagnose einer mittelschweren oder schweren Episode der Major Depression (F32), einer wiederkehrenden Störung (F33) oder einer Doppel-Depression (F32/F33 und F34.1). Für keine der drei Behandlungen sollte eine Kontraindikation erfolgen, also keine psychotherapeutische Behandlung innerhalb der letzten 2 Jahre und keine Einnahme eines Antidepressivums 4 Wochen vor der Behandlung.

Ausschlusskriterien waren: Depressionen im Zusammenhang mit einer bipolaren affektiven Störung, eine Schizophrenie, schwere körperliche Erkrankungen oder somatische Erkrankungen des Gehirns, Alkohol oder Drogenabhängigkeit sowie akute Suizidalität.

### ***Teilnehmer***

Während der Rekrutierungsphase bekamen 150 Patienten, die mit depressiven Symptomen in der Ambulanz beraten wurden, ein Aufnahmegespräch nach dem sie sich einem kurzen Telefon Screening unterzogen hatten. 31 Patienten wurden ausgeschlossen, weil sie nicht die Einschlusskriterien erfüllten, nicht motiviert genug waren oder die Kosten durch ihre Versicherung nicht erstattet bekommen haben. 119 Patienten wurden den Versuchsgruppen zugeordnet. Sieben von ihnen haben den Therapeuten nicht kontaktiert und zwölf weitere keinen Therapievertrag abgeschlossen, sodass 16% der Stichprobe keine Psychotherapie begann. Demnach wurden 100 Patienten (35 der psychoanalytischen Gruppe, 31 der psychodynamischen Gruppe und 34 der kognitiven Verhaltensgruppe) in die Studie aufgenommen. Auch wenn sie die Behandlung nicht beendeten, wurden sie nachuntersucht (Follow-Up). Im Verlauf der Therapie hat kein Patient die psychoanalytische Gruppe, ein Patient die psychodynamische Gruppe und haben drei Patienten die kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppe verlassen. Während der Nachuntersuchung waren es zwei

---

<sup>2</sup> Die Autoren danken Prof. L. Schindler und Dr. T. Brandl für die Kooperation

Patienten der psychoanalytischen Gruppen, kein Patient der psychodynamischen Gruppe und ebenfalls kein Patient der kognitiven-verhaltenstherapeutischen Gruppe, die ausgestiegen sind. Insgesamt 6% der Stichprobe sind zwischen Therapiebeginn und Ende des Follow-Ups ausgeschieden. Diese ungewöhnlich niedrige Ausfallrate (Mason, 1999) kann durch den intensiven Kontakt zwischen den Patienten, den externen Forschern des Studienzentrums und die hohe Patientenzufriedenheit zu allen Messzeitpunkten der Behandlung erklärt werden.

### ***Beurteilungen und Verfahren***

Für einen Überblick über den Studienverlauf siehe den Verfahrensplan in Tab. 4. Jeder Patient der an die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie für eine Beratung verwiesen wurde, die Einschlusskriterien erfüllte und sich für drei klinische Aufnahmeinterviews bereit erklärte, wurde auf Audio aufgezeichnet. Das Material der ersten Sitzung des Aufnahmegesprächs war die Grundlage für zwei Psychiater und erfahrene Psychotherapeuten einvernehmlich die Art der depressiven Störung, unter Anwendung der ICD-10/ DSM-IV-Checkliste, (APA, 1994; Hiller et al., 1995) zu bestimmen. In der zweiten Sitzung wurde der Patient von einem externen Forscher 1, Psychiater und erfahrener psychoanalytischer Psychotherapeut oder ein klinischer Psychologe im fortgeschrittenen Stadium der kognitiven Verhaltenstherapie, unter zu Hilfenahme eines semi-strukturierten Interviews, befragt. Die notwendigen Informationen wurden über die *Scales of Psychological Capacities* (SPC) erhoben (Huber, 2006). SPC ist ein Bewertungsverfahren das nötig ist, um die intrapsychische Konstitution zwischenmenschlichen Verhaltens und adaptive Funktionen psychischer Ressourcen sowie Lebenszufriedenheit zu bewerten. Zusammengenommen bilden sie den Grad der adaptiven, maladaptiven und stabilen Persönlichkeitsintegration sowie Funktionsweisen. Die Bewertung basiert auf einem einstündigen klinischen Aufnahmegespräch zusammen mit einem eineinhalbstündigen semi-strukturierten SPC-Interview, das für das Ratingverfahren ein umfangreiches Handbuch zur Verfügung stellt. Die Anwendung der SPC erfordert ein Rater-Training, um mit dem geeichten Expertenurteil übereinzustimmen. Unabhängig voneinander konnten verschiedene Forschungsgruppen (DeWitt et al., 1991; Zilberg et al., 1991; Sundin et al., 1994; DeWitt et al., 1999; Huber et al., 2004; Huber et al., 2005; Kiresuk & Sherman, 1968) die psychometrischen Eigenschaften des Instruments nachweisen. Selbstbericht-Fragebögen wurden an den Patienten übergeben und eine Zustimmung musste unterzeichnet werden. In der dritten Sitzung formulieren und bewerten der externe Forscher 1 und der Patient die einzelnen Ziele die der Patient während der Therapie erreichen möchte (*Goal Attainment Scaling* GAS) (Kiresuk & Sherman, 1968;

Kiresuk et al., 1994). Anschließend wurde der Patient zu einem der Versuchsgruppen des externen Forscher 1 "blind" für die therapeutische Modalität zugeordnet.

Zwei erfahrene psychoanalytische und psychodynamische Psychotherapeuten sowie nach Verlängerung der Studie ein zusätzlich erfahrener kognitiver Verhaltenstherapeut, entschieden ob der Patient nach dem Zufallsprinzip einer der Versuchsgruppen zugeordnet wurde: Alle zwei (später drei) Behandlungen waren möglich. Aufgrund der begrenzten Ressourcen der Ambulanz, begann die randomisierte Zuteilung mit psychoanalytischer und psychodynamischer Therapie, die kognitive Verhaltenstherapie wurde später hinzugefügt. Das erklärt die randomisierte Zuteilung auf nur zwei Behandlungsgruppen.

**Tabelle 4.1** Prozeduraler Plan der Studie (siehe im Text für die Abkürzungen der Instrumente)

<i>Vorbehandlungsmessung</i>	<p><i>Externer Forscher 1 und Patient:</i> Aufnahme Interview, ICD-10/DSM-IV Diagnosen, BDI (&gt;16) Vorstand drei erfahrener Therapeuten: Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Studie mittels randomisierter Zuteilung</p> <p><i>Externer Forscher 1 und Patient:</i> SPC Interview; Einwilligung Patient: Selbstbericht Fragebögen: BDI, CL-90-R, IIP, FKBS, F-SozU, FLZ</p> <p><i>Externer Forscher 1 und Patient:</i> Bewertung individueller Ziele (GAS)</p> <p>Überweisung zum Therapeuten</p> <p><i>Therapeut:</i> Dokumentation der Diagnosen, Psychodynamische Hypothesen, Niveau der Persönlichkeitsorganisation, Therapieziele, Prognosen, HAQ-T</p>
<i>Verlaufsmessung</i>	<p>Audioaufnahmen jeder Sitzung</p> <p><i>Patient</i> alle 6 Monate: Selbstbericht-Fragebögen: BDI, SCL-90-R, IIP, GAS und HAQ-P</p> <p><i>Therapeut:</i> Bericht nach jeder Sitzung; regelmäßige Bewertungsskala für psychoanalytische Therapie und HAQ-T alle 6 Monate</p>
<i>Nachbehandlungsmessung</i>	<p><i>Externer Forscher 2</i> ("blind" für angewandte Therapie) und <i>Patient:</i> Nachbehandlungs-Interview, SPC-Interview, Lebensereignis-Checkliste, ICD-10/DSM-IV Diagnosen</p> <p><i>Patient:</i> Selbstbericht-Fragebögen: BDI, SCL-90-R, IIP, FKBS, F-SozU, FLZ, GAS, HAQ-P, VEV</p> <p><i>Therapeut:</i> regelmäßige Bewertungsskalen für psychoanalytische Therapie und HAQ-T, Beurteilung der Beendigung der Behandlung</p>
<i>Nachuntersuchungsmessung (Follow-Up) (nach 1, 2, 3 Jahren)</i>	<p><i>Externer Forscher 2 und Patient:</i> Nachuntersuchungs-Interview, SPC Interview, Lebensereignisse Checkliste, ICD-10/DSM-IV Diagnosen</p> <p><i>Patient:</i> Selbstbericht Fragebögen: BDI, SCL-90-R, IIP, FKBS, F-SozU, FLZ, GAS, VEV</p>

## ***Ergebnismessung***

Die Daten kamen aus drei Beobachtungsperspektiven (multimodal): Selbstbewertung durch die Patienten, die Bewertung von Therapeuten und Forschern (= externe Forscher 1 und 2)

und umfassen unterschiedliche Veränderungsmaße (multidimensional): Symptome, individuelle Behandlungsziele, zwischenmenschliche Probleme und intrapsychische Struktur. Eine Testbatterie von Ergebnismessungen, angelehnt an die Kernbatterie von der Gesellschaft der Psychotherapieforschung, wurde angewendet, um mit anderen Studien vergleichbar zu sein. Diese Batterie besteht sowohl aus standardisierten Fragebögen als auch aus semi-strukturierten Interviews, die beide mit den Standards der Psychotherapieforschung (Tabelle 4.1) übereinstimmen. Ein Hauptziel der Studie war es über die Messung von Symptomen hinauszugehen; dafür wurden spezielle Instrumente angewandt, um Veränderungen in zwischenmenschlichen Problemen sowie intrapsychische Veränderungen zu messen. Zum Beispiel in der Struktur, den Abwehrmechanismen und in der Fähigkeit individuelle Ziele zu erreichen. Dies sind die Veränderungen die über die Symptome hinausgehen und zu einer besseren Leistungs- und Liebesfähigkeit führen (Galatzer-Levy et al, 2000 & Levy, 2008).

Messpunkte für die Ergebnismessungen waren vor sowie nach der Therapie und ein Jahr nach Beendigung der Behandlung. Zwei und drei Jahre nach Therapieende wurden Ergebnisdaten per Post gesammelt; dieser Prozess ist noch im Gange und wird erst später berichtet werden können.

Bei der Messung vor Therapiebeginn hat der Patient die folgenden Selbst-Bericht-Fragebögen ausgefüllt: Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1995; Beck et al., 1995); Bestandsaufnahme der zwischenmenschlichen Probleme, Kurzversion IIP (Horowitz et al., 2000); *Turning Against Self*-Skala (TAS) des Fragebogens für Bewältigungsstrategien (FKBS) (Hentschel, 1998); Modul "Gesundheit" des Fragebogens der Lebenszufriedenheit (FLZ) (Huber et al., 1988); Fragebogen der sozialen Unterstützung, Kurzversion: G- SozU (Sommer & Fydrich, 1991).

Der Therapeut füllte folgendes aus: *Helping Alliance Questionnaire* HAQ-T, die Version für Therapeuten der deutschen Fassung des HAQ (Alexander & Luborsky, 1995); *Therapeutic Attitude Questionnaire* (ThAt) (Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2007; Klug et al., 2008); Dokumentationsbogen einschließlich psychodynamischer Diagnosen, Hauptverdrängungen, Niveau der Persönlichkeitsorganisation, Motivation, psychodynamische Haupthypothesen, Behandlungsziele und Prognosen.

Bei der Untersuchung im Anschluss an die Therapie sowie ein Jahr später untersuchten die externen Forscher 2 die Patienten mit einem 2-3 stündigen Interview. Die externen Forscher sind alle Ärzte oder Psychologen in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer psychoanalytischen oder kognitiven Verhaltenstherapieausbildung und arbeiten seit vielen Jahren mit Patienten zusammen. Regelmäßige Schulungen haben deren Zuverlässigkeit

überprüft. Nach einer psychodynamischen Hypothese untersuchten die Forscher die Patienten auf depressive und nicht depressive Symptome (z.B. Ängste, psychosomatische Symptome, etc.) und seine/ihre Lebenssituation (signifikante Objektbeziehungen, Arbeitssituation, Kontakt mit Familienmitgliedern, etc.). Basierend auf diesen Informationen beurteilten die externen Forscher 2 den Grad des Strukturwandels der Patienten auf einer 7-Punkte-Skala und erforschten weiterhin die Gefühle, die damit einhergehen, an einer Forschungsstudie teilzunehmen. Durch den Gebrauch der ICDL-Checkliste gaben die externen Forscher 2 eine ICD-10/DSM-IV Diagnose und ergänzten mit der retrospektiven Lebensereignis-Checkliste. Anschließend befragte der Forscher 2 den Patienten mit dem semi-strukturierten Interview SPC, um die notwendigen Informationen zu erhalten und auf den SPC-Skalen einzuordnen. Nach Durchführung des Interviews beurteilen die Forscher die Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung des Interviews. Der Patient füllt retrospektiv die gleichen Fragebögen aus wie vor der Behandlung, nämlich den Selbstbericht *Questionnaire of Change in Experiencing and Behavior* (VEV) (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978). Der Therapeut bewertet Initiative und Ursachen für die Beendigung der Behandlung, gibt eine allgemeine Bewertung der Zufriedenheit mit der Behandlung sowie der Übertragung/Gegenübertragung-Situation und bewertet die therapeutische Allianz mit Hilfe des HAQ-T. Um die externe Forscher-"Blindheit" zu sichern, hat es keine detaillierten Nachfragen zur Therapie gegeben und die Patienten wurden gebeten keine Hinweise zu geben, die die Behandlungsmethode offenbaren könnten.

Bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr haben die externen Forscher 2 das gleiche Interviewschema angewendet, um in dem folgenden Jahr nach der Therapie den Grad der Depression zu bewerten. Dabei folgten sie Frank et al. (1991), um Remission sowie Rückfall und Rezidiv zu definieren. Der Patient hat die gleichen Fragebögen ausgefüllt wie bei der Messung der Nachbehandlung.

A priori wurden zwei Ergebnismessungen als primäre Zielgrößen ausgewählt: Einerseits der BDI auf einer symptomatischen Ebene und andererseits die SPC auf einer intrapsychischen Ebene. Die sekundären Ergebnismessungen sind: Der *Global Severity Index* (GSI) der SCL-90-R; die ICD-10/DSM-IV-Checkliste (ICDL); IIP, GAS; TAS A/B von FKBS; FLZ; F-SozU und der VEV.

### ***Verlaufsmessung***

Während des laufenden therapeutischen Prozesses wurde weder der Patient noch der Therapeut persönlich kontaktiert, um Störungen möglichst gering zu halten. Halbjährlich

wurde der Verlauf über den HAQ gemessen, der von den Patienten (HAQ-P) und den Therapeuten (HAQ-T) ausgefüllt wurde. Die Zeitbewertungsskala psychoanalytischer Behandlung (Beenen & Stoker, 1996) füllten die Therapeuten aus. Diese besteht aus Fragen über Übertragung, Widerstand, analytische Arbeit, Technik, Setting sowie relevante Sitzungen für den Einstellungswechsel des Patienten und Gegenübertragung, Fähigkeit mit den aktuellen Ereignissen im Leben umzugehen, Behandlungsparametern und Hauptthemen des Unbewussten. Wir waren von Greenbergs und Pinsofs grundlegender Idee inspiriert (Greenberg & Pinsof, 1996), dass der Prozess als eine Reihe von Ergebnissen während der laufenden Therapie beschrieben werden kann, die sie als "kleines o" (im Gegensatz zum "großen O", welches das Ergebnis nach Ende der Therapie beschreibt) bezeichnet werden kann. Daher haben wir den Prozess mittels des BDI, SCL-90 -R, IIP und GAS halbjährlich gemessen. Zusätzlich wurde jede Sitzung auf Audio aufgenommen und durch einen nachträglichen Therapeuten-Sitzungs-Bericht, bestehend aus dem Hauptthema der Sitzung, und einer Bewertung der Qualität der Sitzung auf einer 5-Punkte-Skala, bewertet. Im Fall psychoanalytischer und psychodynamischer Therapien wurde mit der Übertragung und in der kognitiven Verhaltenstherapie mit kognitiver Umstrukturierung gearbeitet. Statistische Analysen der Prozessdaten sind für die nahe Zukunft geplant, so dass sie hier noch nicht berichtet werden können.

### ***Therapeuten und Therapie***

Die 21 Therapeuten der Studie wurden von anerkannten Instituten ausgebildet und zugelassenen (keine Ausbildungskandidaten). Sie waren sehr erfahrene Therapeuten in eigener Praxis; die mittlere Laufzeit der psychotherapeutischen Praxis betrug 15 Jahre (Verteilung: 6-29 Jahre); Durchschnittsalter betrug 47 Jahre (Verteilung: 38-56 Jahre). Aufgrund ihrer Kompetenz verzichteten wir auf jede Art der Beaufsichtigung oder Kompetenzüberprüfung der Therapeuten. Vierzehn Therapeuten erbrachten psychoanalytische und psychodynamische Therapie und sieben Therapeuten ausschließlich kognitive Verhaltenstherapie. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Ausbildung, im Know-how oder der Erfahrung unter den drei Gruppen. Keinem wurde eine therapeutische Modalität aufgetragen, von der er nicht überzeugt war. Daher wurde der Therapeut dem Patienten randomisiert zugeordnet, damit die individuelle Patienten-Therapeuten Übereinstimmung nicht beeinträchtigt wird.

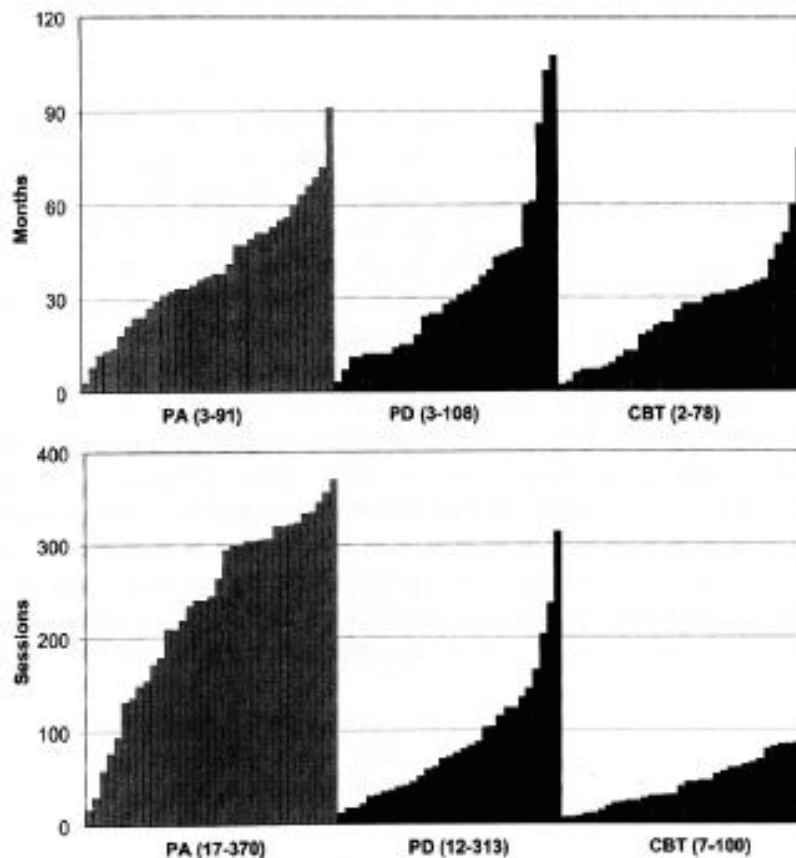
Es wurde viel Wert auf die externe Validität gelegt. Aus diesem Grund wurden die Therapien nicht in manualisierter Form durchgeführt, sondern nach den Deutschen



Psychotherapeutischen Richtlinien (Rüger et al., 2003) definiert. Psychoanalytische Therapie ("analytische Psychotherapie" nach den Deutschen Psychotherapie-Richtlinien) verfolgt einen "überwiegend verbalen, interpretativen, Einblick orientierten Ansatz, der darauf abzielt schlecht angepasste Beziehungsrepräsentationen zu modifizieren oder umzustrukturieren ... ,die die Ursache einer psychischen Störung ausmachen" (Fonagy & Kächele, 2009). Das „beinhaltet die sorgfältige Aufmerksamkeit auf die Therapeuten-Patienten-Interaktion mit gedankenvollen Interpretationen von Übertragung und Widerstand, eingebettet in einen wertschätzenden therapeutischen Beitrag der Zweierbeziehung" (Gabbard, 2004). Die durchschnittliche Dauer lag zwischen 160 und 240 Therapiesitzungen; bei einer Sitzungsfrequenz von zwei bis drei Sitzungen pro Woche auf der Couch. Die Psychodynamische Therapie ("tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" nach den Deutschen Psychotherapie-Richtlinien) basiert auf den gleichen Prinzipien der Theorie und Technik, ist jedoch in der Tiefe des therapeutischen Prozesses und in ihren Zielen begrenzt. Es wird sich auf das Symptom konzentriert und Hier-und-Jetzt Konflikte bearbeitet, ohne die Förderung der Regression im therapeutischen Prozess. Hier ist die Durchschnittsdauer zwischen 50 und 80 Sitzungen; bei einer Sitzungsfrequenz von einer Sitzung pro Woche in aufrechter Sitzposition. Kognitive Verhaltenstherapie ("Kognitive Verhaltenstherapie" nach den deutschen Psychotherapie-Richtlinien) umfasst die auf der Grundlage empirischer Psychologie entwickelten therapeutischen Modalitäten. "Verhalten" bedeutet beobachtbares Verhalten sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Prozesse. Verhaltenstherapie erfordert also die Analyse der Bedingungen die zu der Erkrankung führen und sie bestehen lassen (Analyse und Verhalten). Daraus hat sich ein entsprechendes Störungsmodell entwickelt und eine Hauptbehandlungsstrategie, die die Anwendung spezifischer Maßnahmen ermöglicht, um definierte Behandlungsziele zu erreichen. Basierend auf der Idee, dass Verhalten kognitive Prozesse spiegelt, konzentriert sich die Behandlung auf die Bewertung und Modifikation dysfunktionaler Überzeugungen eines Patienten (kognitive Umstrukturierung) (Cuijpers et al., 2008) und die Bereitstellung neuer Informationsverarbeitungsfähigkeiten. "Die verschiedenen Ansätze unterscheiden sich in dem Ausmaß, dass sie den kognitiven Mechanismus mehr betonen und die verhaltensspezifischen ausschließen, ... diese verschiedenen Interventionen können unter der allgemeinen Rubrik der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT)" (Hollon & Beck, 2004) gefasst werden. Die durchschnittliche Laufzeit beläuft sich auf 45 bis 60 Sitzungen; bei einer Sitzung wöchentlich.

In der dauerte die psychoanalytischen Therapie, wie zu erwarten, am längsten (Dauer: 39 Monate, Verteilung: 3-91 Monate; 234 Sitzungen, Verteilung: 17-370), die

psychodynamische Therapie dauerte 34 Monate (Verteilung: 3-108 Monate) oder 88 Sitzungen (Verteilung: 12-313). Die kognitive Verhaltenstherapie war die kürzeste (Dauer: 26 Monate, Verteilung: 2-78 Monate, 44 Sitzungen, Verteilung: 7-100). Die Dauer und Dosierung der drei therapeutischen Modalitäten aufgeführt in Monaten und der Anzahl der Sitzungen sind in Abbildung 4.1. dargestellt.



**Abb. 4.1** Anzahl der Monate und Anzahl der Sitzungen der drei Therapien. *PA* Psychoanalytische Therapie, *PD* Psychodynamische Therapie, *CBT* Kognitive-Verhaltenstherapie

Unser Vorhaben ist es, die Expertenbewertungen mit Hilfe der audio-aufgezeichneten Sitzungen oder durch die Auswertung der Sitzungen mit der Psychotherapieprozess Q-Set Methode, zu überprüfen (Jones, 2000). Momentan wenden wir vorläufig das psychoanalytische/psychodynamische Unterscheidungsmaß (*psychoanalytic/psychodynamic differentiation score*) an, um sich der Genauigkeit in psychoanalytischen und psychodynamischen Therapien zu nähern. Die Messung besteht aus vier Messgrößen, die mit der *Rating Scale* für psychoanalytische Behandlung ein Jahr nach Beginn der Therapie, wenn sich die Merkmale vermutlich entwickelt haben, gemessen werden. Um ein paar grundlegende Behandlungsmerkmale zu bestimmen, wurde das Standardkommentar der deutschen psychotherapeutischen Richtlinien (Rüger et al, 2003) als theoretischer Hintergrund

herangezogen. Variablen die zwischen einer prototypischen und psychodynamischen Therapie unterscheiden, wurden folgendermaßen gewählt: Hohe gegenüber niedrige Sitzungsfrequenz, Couch gegenüber aufrechter Position, Einblick orientierte gegen unterstützende Technik sowie die Stärke der Übertragungsneurose. Die Übertragungsneurose wird laut Akhtar (2009), durch das Zusammenwachsen der Patienten, Konflikten rund um die Person und des Analytikers und durch den Austausch von flüchtigen Übertragungsreaktionen durch eine intensive und anhaltende Übertragung "Beziehung", charakterisiert. Typisch für die psychoanalytische Therapie erhielten die Patienten eine Sitzungsfrequenz von zwei oder mehr Sitzungen pro Woche, in Liegeposition, mit starker Übertragung und Einblick orientierter Technik und somit eine hohe Punktzahl. Typisch hingegen für die psychodynamische Therapie, erhielten die Patienten Sitzungsfrequenz von einer Sitzung pro Woche, in aufrechter Position die meiste Zeit sowie neurosenschwache Übertragung und unterstützende Technik und damit eine geringe Punktzahl. Zwischen diesen beiden Extremen wurde jede Therapie beider Gruppen bewertet und jeweils ein Durchschnittswert berechnet. Wenn der Mittelwert einer jeden Therapie sich signifikant unterscheidet (in der theoretisch zu erwartenden Richtung), dann können die Behandlungen entweder psychoanalytisch (hohe Werte) oder psychodynamisch (niedrige Werte) abgelaufen sein.

Der zweiseitige t-Test ergab für das psychoanalytische/psychodynamische Unterscheidungsmaß einen signifikanten Unterschied zwischen dem psychoanalytischen und dem psychodynamischen Mittelwert (psychoanalytisch: Mittelwert=5,06; SD=1,569; psychodynamisch: Mittelwert=1.58; SD=1.206;  $t=9.26$ ;  $df=55$ ;  $p<.001$ ).

### ***Statistische Analyse***

Um die Effektivität der Versuchsgruppen vergleichend zu testen, wurde eine zwei-faktorielle Varianzanalyse durchgeführt, wobei das allgemeine lineare Modell mit wiederholten Messungen (3x3 ANOVA) mit Messwiederholung auf dem zweiten Faktor, mit dem *between-subject* Faktor: "Gruppe" und dem *within-subject* Faktor: "Time", durchgeführt wurde. Der Haupteffekt "Time" (Vorbehandlung/Nachbehandlung/Nachuntersuchung), der Haupteffekt "Group" (psychoanalytische Therapie/psychodynamische Therapie/kognitive Verhaltenstherapie) und der Interaktionsterm "Zeit x Gruppe", wurden berechnet. Um Unterschiede zwischen den Gruppen zu erkennen, wurden Kovarianzanalysen (ANCOVA) für die Nachbehandlung und Nachsorge (Follow-Up) mit den Werten der Vorbehandlung als Kovariaten berechnet. ANCOVAs wurden auch paarweise als Post-Hoc-Tests verwendet, um signifikante Gruppenunterschiede zu testen. Nach Cohens Formel (Cohen, 1988) wurden die unterschiedlichen Effektstärken (ES) in Pre-/Post-Behandlung oder Pre-/Follow-Up unterteilt

und durch die gebündelte Standardabweichung der Vorbehandlung berechnet. Die Forscher folgten Cohens Einteilung von hohen, mittel und niedrigem ES. Um eine statistische Signifikanz zu bestimmen, wurde ein zweiseitiges alpha-Niveau  $p=0,05$  verwendet. Zusätzlich zur primären Zielvariable (Jacobson & Truax, 1991) wurde die klinische Signifikanz (CS) berechnet. Im Falle fehlender Daten wurde das Imputations-Verfahren vorgenommen und somit die Daten der letzten Beobachtung, unter Einsatz des Vorbehandlungs-Ergebnis bei der Nachbehandlung und die Nachbehandlungs-Ergebnisse beim Follow-Up 1 Jahr später (Kendall, 2004), übertragen. Die Bonferroni-Korrektur (alpha-Anpassung) wurde für die primären Ergebnismessungen angewandt.

## Ergebnisse

Das Durchschnittsalter lag bei 33 Jahren mit einer Spanne von 23 bis 49 Jahren; davon waren 71% Frauen. Zwischen der psychodynamischen Gruppe und der kognitiven-verhaltenstherapeutischen Gruppe zeigte sich ein signifikanter Geschlechtsunterschied: 15% der Patienten der kognitiven Verhaltenstherapie, 31% der psychoanalytischen und 42% der psychodynamischen Gruppe waren männlich. 69% der gesamten Stichprobe waren unverheiratet, 42% Singles, 28% getrennt von ihrem Partner und nur 30% leben mit einem Partner zusammen. Bildungsniveau und Berufsstatus waren ziemlich hoch: 96% der Patienten haben entweder einen Hauptschulabschluss oder ihr Diplom an der Highschool absolviert; nur 5% haben keine vollständige Berufsausbildung. Insgesamt sind die Patienten also gut ausgebildet und gehören der sozialen Mittelschicht an.

52% der Patienten leiden unter der ersten Episode der Major Depression, 48% unter einer wiederkehrenden depressiven Störung, 66% der Patienten erfüllen die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen Episode und 34% leiden unter einer schweren Episode. 55% leiden unter einer Doppel-Depression. 34% der Patienten leiden unter einer Komorbiden Persönlichkeitsstörung.

Mit Ausnahme der Geschlechtsunterschiede gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen, weder in soziodemographischen noch in klinischen Merkmalen.

Ergebnisse der symptomatischen Messungen, des BDI und des GSI der SCL-90-R, sind in Tabelle 4.2a, b dargestellt. Beide Messungen zeigten große ES und CS sowie signifikante Effekte, dass mit der Zeit wesentliche Verbesserungen auftraten. Es traten keine wesentlichen Auswirkungen in den ANCOVAs bei der Nachuntersuchung nach einem Jahr auf. Somit sind keine signifikanten Unterschiede zwischen psychoanalytischer und psychodynamischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie aufgetreten.

Ergebnisse der FLZ-G, VEV und GAS kombinieren Untersuchungen von Symptomen und zwischenmenschlichen Problemen. Diese Messung ist in den Tabellen 4.2c-e abgebildet. Der VEV ist ein direktes Maß zur Messung der Veränderung, der nur Werte für die Nachbehandlung und die Nachuntersuchung (Follow-Up) misst. Im GAS wird die Punktzahl der Voruntersuchung der Therapie als Null definiert; daher wurde die ANOVA Messung nicht 3x3 aber 3x2 wiederholt und somit auch kein signifikanter Interaktionseffekt erwartet. Zur Nachbehandlung und Nachsorge (Follow-Up) wurde wegen fehlender Vorbehandlungszahlen die ANOVA statt der ANCOVA berechnet. Nahezu alle Messungen zeigen große ES und CS. Bei allen drei Messungen zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Nachuntersuchung: Die psychoanalytische Therapie ist der kognitiven Verhaltenstherapie in allen drei Messungen signifikant überlegen.

Ergebnisse der interpersonellen Dimension IIP und F-SozU sind in Tabelle 4.2f, g angegeben. Beide Maßnahmen zeigen kleine ES für die kognitive Verhaltens-Gruppe, große ES (IIP) und moderate ES (F-SozU) für die psychoanalytische Gruppe und große ES (IIP) und kleine ES (F-SozU) für die psychodynamische Gruppe. In beiden Maßnahmen gibt es signifikante Effekte in der ANCOVA; paarweise Vergleiche zeigen deutlich mehr Verbesserung in der psychoanalytischen als in den psychodynamischen und kognitiven-behavioralen Gruppen (für die IIP).

Die Tabellen 4.2h-j präsentieren die Ergebnisse der intrapsychischen Messungen, SPC und TAS-A/B (interne Reaktion= A und Verhaltensreaktion= B) des FKBS. Dementsprechend hat die psychoanalytische Therapie tendenziell große ES und kognitive Verhaltenstherapie kleine ES in den meisten Messungen. Die psychodynamische Therapie liegt dazwischen. Im SPC und dem TAS-A sind die Auswirkungen der ANCOVA-Gruppe fürs FKBS signifikant. Paarweise Vergleiche zeigen, dass die psychoanalytische Therapie beiden anderen Behandlungen signifikant überlegen ist im SPC und der kognitiven Verhaltensbedingung in der TAS-A des FKBS.

Nach ICD-10/DSM-IV Checklisten wurde bei den Patienten in der psychoanalytischen Gruppe (91%) signifikant mehr "ohne depressive Episode" bei der Nachbehandlung diagnostiziert, als bei Patienten der verhaltenstherapeutischen Gruppe (53%); Patienten der psychodynamischen Gruppe (81%) lagen dazwischen. Bei der Nachuntersuchung waren bei 91% der psychoanalytischen, 76% der psychodynamischen und 42% der verhaltenstherapeutischen Therapie die Kriterien einer depressiven Episode nicht mehr erfüllt. Diese Unterschiede zwischen psychoanalytischer und kognitiver Verhaltenstherapie,

zwischen psychoanalytischer und psychodynamischer Therapie sowie zwischen psychodynamischer und kognitiver Verhaltenstherapie waren signifikant (Chi-Quadrat-Test).

**Tab. 4.2** Ergebnismessung Skalen der Vorbehandlung (pre), Nachbehandlung (post) und 1 Jahr nach der Behandlung (fup) für die drei Therapiegruppen psychoanalytisch (*PA*), psychodynamisch (*PD*) und kognitiven-verhaltenstherapeutischen Therapie (*CBT*). *N* Stichprobenumfang, *M* Mittelwert, *StD* Standard Abweichung, *ES* Effektgröße (**d**), *CS* (%) klinische Signifikanz, *ANOVA* Varianzanalyse, *ANCOVA* Kovarianzanalyse.

**Table 4.2a** Beck Depression Inventory (BDI)

Group	N	pre		post		fup		ES		CS %	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup	post	fup
PA	35	25.5	7.3	6.6	6.0	7.1	6.1	2.4	2.3	85.7	85.7
PD	31	25.1	8.7	8.3	9.9	9.2	8.4	2.1	2.0	77.4	77.4
CBT	34	25.2	7.7	11.1	9.7	11.4	10.8	1.8	1.8	64.7	58.8

ANOVA				ANCOVA						
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	F	df	p
group	1.61	2; 97	0.204	group	2.69	2; 96	0.073	2.65	2; 96	0.076
time	233.5	2; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	---	---	---	---	---	---
group x time	1.70	4; 194	0.152	PA vs CBT	---	---	---	---	---	---
				PD vs CBT	---	---	---	---	---	---

**Table 4.2b** Global Severity Index (GSI) of SCL-90-R

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	35	1.27	0.52	0.44	0.32	0.48	0.45	1.5	1.4
PD	31	1.17	0.53	0.49	0.52	0.62	0.61	1.2	1.0
CBT	34	1.15	0.60	0.73	0.61	0.72	0.73	0.8	0.8

ANOVA				ANCOVA						
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	F	df	p
group	0.83	2; 97	0.439	group	5.45	2; 96	<b>0.006</b>	2.78	2; 96	0.067
time	93.6	2; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	0.81	1; 63	0.371	---	---	---
group x time	3.42	4; 194	<b>0.010</b>	PA vs CBT	10.0	1; 66	<b>0.002</b>	---	---	---
				PD vs CBT	4.27	1; 62	<b>0.043</b>	---	---	---

**Table 4.2c** Questions on Life Satisfaction (FLZ)–Module “Health”

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	33	16.9	35.8	56.3	37.7	64.9	36.2	1.2	1.5
PD	30	23.0	32.1	51.5	37.7	45.8	42.3	0.9	0.7
CBT	33	21.4	31.1	46.0	37.7	45.2	41.9	0.7	0.7

ANOVA				ANCOVA						
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	F	df	p
group	0.68	2; 93	0.508	group	1.09	2; 92	0.341	3.78	2; 92	<b>0.027</b>
time	45.9	2; 186	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	---	---	---	5.97	1; 60	<b>0.016</b>
group x time	2.53	4; 186	<b>0.042</b>	PA vs CBT	---	---	---	4.98	1; 63	<b>0.029</b>
				PD vs CBT	---	---	---	0.00	1; 60	0.954

**Table 4.2d** Questionnaire of Change in Experiencing and Behavior (VEV)

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	35	---	---	222.5	41.6	223.1	37.1	1.5	1.5
PD	28	---	---	225.1	32.8	207.9	45.7	1.6	1.1
CBT	28	---	---	207.1	33.5	195.6	47.3	1.1	0.8

ANOVA				ANOVA				ANOVA			
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	Effect	F	df	p
group	2.83	2; 88	0.084	group	2.01	2; 88	0.140	group	3.20	2; 88	<b>0.045</b>
time	6.48	1; 88	<b>0.013</b>	PA vs PD	---	---	---	PA vs PD	2.13	1; 61	0.149
group x time	2.15	2; 88	0.122	PA vs CBT	---	---	---	PA vs CBT	6.68	1; 61	<b>0.012</b>
				PD vs CBT	---	---	---	PD vs CBT	0.97	1; 54	0.329

**Table 4.2e** Goal Attainment Scaling (GAS)

Group	N	pre		post		fup		ES		CS %	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup	post	fup
PA	35	---	---	2.00	0.72	2.11	0.67	2.3	2.4	---	---
PD	31	---	---	1.84	0.90	1.75	0.90	2.1	2.0	---	---
CBT	34	---	---	1.31	0.96	1.38	0.99	1.5	1.6	---	---

ANOVA				ANOVA				ANOVA			
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	Effect	F	df	p
group	6.60	2; 97	<b>0.002</b>	group	5.93	2; 97	<b>0.004</b>	group	6.11	2; 97	<b>0.003</b>
time	0.24	1; 97	0.628	PA vs PD	0.69	1; 64	0.410	PA vs PD	3.46	1; 64	0.067
group x time	1.11	2; 97	0.333	PA vs CBT	11.4	1; 67	<b>0.001</b>	PA vs CBT	12.8	1; 67	<b>0.001</b>
				PD vs CBT	5.13	1; 63	<b>0.027</b>	PD vs CBT	2.39	1; 63	0.127

**Table 4.2f** Inventory of Interpersonal Problems (IIP)

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	35	14.4	3.4	9.6	4.6	9.3	4.7	1.4	1.5
PD	31	14.8	2.5	10.5	4.1	11.6	4.0	1.3	1.0
CBT	34	13.4	3.8	11.9	4.8	12.0	5.0	0.5	0.4

ANOVA				ANCOVA				ANCOVA			
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	Effect	F	df	p
group	1.93	2; 97	0.253	group	6.40	2; 96	<b>0.002</b>	group	7.64	2; 96	<b>0.001</b>
time	60.9	2; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	0.33	1; 63	0.570	PA vs PD	4.44	1; 63	<b>0.039</b>
group x time	6.52	4; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs CBT	11.8	1; 66	<b>0.001</b>	PA vs CBT	16.3	1; 66	<b>&lt;0.001</b>
				PD vs CBT	8.24	1; 62	<b>0.006</b>	PD vs CBT	2.82	1; 62	0.098



**Table 4.2g** Questionnaire of Social Support (F-SozU)

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	33	3.75	0.65	4.15	0.73	4.25	0.53	0.5	0.7
PD	30	3.74	0.78	4.00	0.78	3.96	0.72	0.4	0.3
CBT	33	3.62	0.77	3.88	0.83	3.88	0.73	0.4	0.4

ANOVA				ANCOVA			post		fup		
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p		F	df	p
group	1.32	2; 93	0.273	group	0.80	2; 92	0.453		3.21	2; 92	<b>0.045</b>
time	18.1	2; 186	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	---	---	---		4.84	1; 60	<b>0.032</b>
group x time	1.03	4; 186	0.392	PA vs CBT	---	---	---		5.25	1; 63	<b>0.025</b>
				PD vs CBT	---	---	---		0.00	1; 60	0.960

**Table 4.2h** Scales of Psychological Capacities (SPC)

Group	N	pre		post		fup		ES		CS %	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup	post	fup
PA	35	1.05	0.21	0.60	0.25	0.54	0.23	1.8	2.0	57.1	68.6
PD	31	1.07	0.26	0.77	0.31	0.71	0.31	1.2	1.4	32.3	38.7
CBT	34	1.03	0.28	0.86	0.31	0.76	0.38	0.7	1.1	17.6	35.3

ANOVA				ANCOVA			post		fup		
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p		F	df	p
group	4.26	2; 97	0.017	group	8.27	2; 96	<b>&lt;0.001</b>		5.85	2; 96	<b>0.004</b>
time	97.7	2; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	5.75	1; 63	0.020		6.81	1; 63	<b>0.011</b>
group x time	4.86	4; 194	<b>0.001</b>	PA vs CBT	17.3	1; 66	<b>&lt;0.001</b>		10.7	1; 66	<b>0.002</b>
				PD vs CBT	2.37	1; 62	<b>0.129</b>		0.87	1; 62	0.355

**Table 4.2i** Turning Against Self – internal reaction (TAS-A) of FKBS

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	35	18.7	6.0	14.0	6.6	13.6	6.6	0.9	1.0
PD	31	19.2	4.6	14.5	6.1	15.7	5.0	0.9	0.7
CBT	34	18.7	4.8	16.9	5.2	16.6	5.2	0.4	0.4

ANOVA				ANCOVA			post		fup		
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p		F	df	p
group	1.32	2; 97	0.273	group	3.95	2; 96	<b>0.023</b>		3.74	2; 96	<b>0.027</b>
time	42.5	2; 194	<b>&lt;0.001</b>	PA vs PD	0.01	1; 63	0.910		2.16	1; 63	0.146
group x time	3.02	4; 194	<b>0.019</b>	PA vs CBT	7.95	1; 66	<b>0.006</b>		6.96	1; 66	<b>0.010</b>
				PD vs CBT	5.64	1; 62	<b>0.021</b>		1.43	1; 62	0.237

**Table 4.2]** Turning Against Self – behavioral reaction (TAS-B) of FKBS

Group	N	pre		post		fup		ES	
		M	StD	M	StD	M	StD	post	fup
PA	35	16.0	5.3	12.3	5.8	12.2	5.7	0.7	0.8
PD	31	16.6	4.7	13.2	6.7	13.8	5.2	0.7	0.6
CBT	34	16.4	4.7	14.2	5.2	14.6	5.6	0.4	0.4

ANCOVA				ANCOVA						
Effect	F	df	p	Effect	F	df	p	F	df	p
group	0.96	2; 97	0.385	group	0.99	2; 96	0.374	1.86	2; 96	0.162
time	25.0	2; 194	<0.001	PA vs PD	---	---	---	---	---	---
group x time	0.87	4; 194	0.481	PA vs CBT	---	---	---	---	---	---
				PD vs CBT	---	---	---	---	---	---

## Diskussion

### *Diskussion des Designs*

In Anlehnung an Kazdins Übersicht (Kazdin, 1998, S. 80) sowie an das Methodenpapier, Version 2.7, des Wissenschaftlichen Beirat für Psychotherapie (*Research Council Psychotherapy*) (2009), legt die Diskussion des Designs ihren Fokus auf die interne und externe Validität.

Crits-Christoph und Barber (2009) kommen in ihrem Übersichtsartikel über Langzeitpsychotherapien erklärend zu dem Ergebnis, dass der psychische Gesundheitsbereich seine Forschungsbestrebungen zu schnell aufgegeben hat und zuversichtlich ist, diese therapeutische Modalität mit wissenschaftlicher Strenge zu erforschen, randomisierte klinische Studien inbegriffen. Dieser Optimismus hat sich bewahrheitet, wie DeMaat et al.'s Rezension (DeMaat, 2009) und Leichsenring und Rabung's Metaanalyse (2008) aufweisen. Insbesondere Psychoanalytiker widersetzen sich empirischen Untersuchungen von Langzeitpsychotherapien, weil sie die empirische Forschung als methodisch inadäquat betrachten, um den Prozess und das Ergebnis zu erfassen; für eine kritische und fundierte Diskussion der Thematik vergleiche Thomä und Kächele (2006). Wir teilten den Optimismus von Crits-Christoph und Barber (2000) und waren bemüht empirische Langzeitpsychotherapien zu untersuchen.

Als die Studie in der klinischen Ambulanz des Universität-Instituts, das dafür bekannt ist depressive Patienten zu diagnostizieren, angemeldet wurde, wurde eine diagnostisch homogene Patientengruppe von Patienten mit einer ersten Diagnose einer unipolaren Depression rekrutiert. Die Diagnose der Experten, die in die Studie aufgenommen wurden,

wurde durch eine diagnostische Checkliste, die des ICD-10/DSM-IV, bekräftigt. Die Komorbide Persönlichkeitsstörung wurde durch die Auswertung der Experten einvernehmlich, unter Gebrauch der Messungen vom Selbstbericht und den Beobachtungsbewertungen, beurteilt. Dennoch ein strukturiertes klinisches Interview, wie das SCID, wäre zuverlässiger und würde genauer diagnostizieren sowie die interne Validität der Studie sichern. Der zentrale Anspruch der Methodik empirisch vergleichender Psychotherapieforschung ist die randomisierte Zuteilung auf die Therapie oder Kontrollbedingungen. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, korrekte kausale Rückschlüsse auf die Wirkung der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable, aufzuweisen. Die Zuordnung zu den drei Behandlungszweigen kann nicht gleichzeitig erfolgen. Obwohl alle Patienten die gleichen Zufallskriterien erfüllen, ist dies eine Gefahr für die interne Validität. Doch aus Sicht der externen Validität sind randomisierte, kontrollierte Designs aus empirischen Gründen (Koscis et al., 2009) kritisiert worden, da sie die Präferenz der Patienten für eine bestimmte Art der Therapie nicht berücksichtigen (z.B. Sandell, 1997). Im schlimmsten Fall mindert der bewusste oder unbewusste Protest der Patienten gegen die unerwünschte Therapie den unspezifischen Heilungsfaktor. In einer Metaanalyse zeigten Swift und Callahan (2009), dass die Therapiepräferenz einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis des Patienten hat. Glücklicherweise war unsere Studie an der Ambulanz einer Universitätsklinik, in der Patienten zu einer medizinischen Versorgung ihrer psychischen Gesundheit überwiesen wurden, um Psychotherapie zu erhalten. Diese Patienten hatten keine Präferenz für die eine oder andere Art von Psychotherapie. Bevorzugt haben die „Spezialisten“ entschieden welche die beste Behandlung für ihre Erkrankung ist. Die Präferenz der Patienten für eine Therapeutenart, egal welche, wurde sehr berücksichtigt, denn die individuelle Patienten-Therapeuten Übereinstimmung ist die Grundlage einer erfolgreichen Psychotherapie. Weder Patienten noch Therapeuten wurden gezwungen mit anderen zu arbeiten. Um die sensible Patienten-Therapeuten Übereinstimmung nicht zu gefährden, wurden nach dem Zufallsprinzip - die Art der Therapie und nicht die Art des Therapeuten - zugewiesen. Dieses Verfahren erfordert eine gute Zusammenarbeit zwischen dem Studienzentrum und den Therapeuten der Studie, um im Dienste der internen Validität die vielen Prozessmessungen vollständig durchzuführen, die Audio-Aufzeichnungen jeder Sitzung, die Vervollständigung der Berichte, die halbjährlichen Prozess-Ratingskalen und die sehr intimen Fragebögen über die therapeutische Sozialisierung, den therapeutischen Stil, den Glauben in den therapeutischen Prozess und die Heilfaktoren sowie diejenigen Stärken und Schwächen (*Therapeutic Attitude Questionnaire*, ThAt: Klug et al., 2008) auszuwerten. Die

Forscher müssen zwischen der Aufrechterhaltung der Beziehung mit den Therapeuten und dem Umstand, nicht zu sehr in die Therapie involviert zu werden, die Balance finden (Hill & Lambert, 2004). Um das letztere Problem als Gefahr für die externe Validität zu vermeiden, verzichteten wir während der laufenden Therapie auf den persönlichen Kontakt mit den Patienten und Therapeuten sowie auf das Feedback durch das Studienzentrum.

Wir haben beschlossen mit einem quasi-experimentellen Design zu untersuchen, indem wir "reale Welt" Therapien durch "reale Welt" Therapeuten durchführten und damit auf die Entwicklung einer Behandlungsanleitung verzichteten. Es wird oft eingesetzt, um die Varianz innerhalb der Gruppe zu reduzieren, anders als standardisierte Techniken, die für die externe Validität bevorzugt werden. Diese Entscheidung wurde sehr stark durch die Tatsache unterstützt, dass es nach unserem Wissen kein Behandlungshandbuch für Langzeitpsychotherapien der Depression gibt. Weiterhin wären unsere erfahrenen Therapeuten der Studie mit ihrem individuellen Stil und ihrer Haltung nicht einverstanden mit den Auflagen die ein Handbuch vorgeben würde. Außerdem sind die Therapien, zu Gunsten der internen Validität, tägliche Routine für die Therapeuten. Des Weiteren gibt es lange detaillierte Beschreibungen in den zuvor genannten deutschen Psychotherapie-Richtlinien, die den Kandidaten des Instituts als Grundlage für die Aus- und Weiterbildung dienen. Neben den "echte Welt" Therapien und Therapeuten, untersuchten wir auch die "echte Welt" Patienten unserer psychiatrischen Versorgung. Alle Patienten wurden von der medizinischen Erstversorgung oder Fachärzten überwiesen und mit dem ICD-10/DSM-IV auf der Achse I, diagnostiziert. Fast ein Drittel von ihnen hatten bei der Aufnahme in die Studie eine ICD-10/DSM-IV Achse II-Komorbidität. Die Werte des Selbstberichts und die Messungen der Fremdbeobachter lagen deutlich jenseits der Trenngrenze im pathologischen Bereich.

Um auf dem Gebiet möglichst mit anderen internationalen Studien vergleichbar zu sein, waren die Ergebnismessungen auf die Kernbatterie, die durch die Gesellschaft für Psychotherapieforschung vorgeschlagen wird, angepasst. Weiterhin waren sie, den Standards Psychotherapeutischer Forschung (Hill & Lambert, 2004) entsprechend, multidimensional und multimodal ausgerichtet.

Um Messfehler so weit wie möglich zu steuern, haben wir großen Wert auf die Messung spezifischer Effekte gelegt. Mit dem Interesse das Konstrukt jeder therapeutischen Modalität zu messen - die so genannten artspezifischen Effekte – haben wir zum einen die SPC angewendet, um die strukturellen Veränderungen spezifisch für die psychoanalytische und psychodynamische Therapie zu erfassen und zum anderen den BDI zur Erfassung der spezifischen Veränderungen der kognitiven Verhaltenstherapie. Zu allen Messzeitpunkten

waren die externen Forscher blind für die jeweilige Behandlungsmethode; dementsprechend war der Forscher der Voruntersuchung nicht der gleiche wie bei der Nachbehandlung oder bei der Untersuchung ein Jahr nach Beenden der Therapie. Um die Forscher bei der Nachbehandlung sowie beim Follow-Up blind zu halten, wurde der Patient darüber aufgeklärt keine Hinweise zu geben, jene die Anwendung der Therapiemodalität enthüllen könnten (z.B. Sitzungsfrequenz, Position). Um den wiederkehrenden Verlauf der Erkrankung zu berücksichtigen haben wir uns, unter Berücksichtigung der externen Validität, für eine 3-Jahres-Follow-up-Periode entschieden, da die steigende Rate der unkontrollierbaren intervenierenden Variablen sowie der Drop-Outs eine Bedrohung für die interne Validität darstellt. Lambert und Olges (2004), diskutieren die Präferenz einer Behandlung zu einer anderen und halten fest, dass die Forschertreue eines der häufigsten Artefakte ist, was dazu führt, dass die eine Therapie der anderen überlegen ist. Die eigene Therapietreue des Forschers (Luborsky & Singer, 1975; Luborsky et al., 1999) ist ubiquitär, denn "wer außer ein Anhänger würde sich sonst die Zeit und Energie nehmen, um eine Therapievergleichsstudie durchzuführen?" wie Luborsky et al. (1975) prägnant festhielten. Demnach unterliegen die Ergebnisse in der vergleichenden Psychotherapieforschung einer Verzerrung. Indem wir zwei psychoanalytische Therapeuten und zwei kognitive Verhaltenstherapeuten im Studienzentrum beschäftigten, die an der Gestaltung der Studie und Erhebung sowie Verwaltung und Verarbeitung der Daten beteiligt waren, versuchten wir diese unvermeidlichen Verzerrungen gering zu halten und die Forschertreue zu neutralisieren.

### ***Diskussion der Ergebnisse***

Allgemeine Vorbemerkung: Wir erachten die Ergebnisse die sich ein Jahr nach Beenden der Behandlung ergeben haben, als bessere Ergebnisse als die Ergebnisse im Anschluss an die Therapie, da wir die wiederkehrende Natur der depressiven Störung berücksichtigen. Das zentrale Ergebnis der Studie war, dass die psychoanalytischen, psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Therapien bei der Behandlung von unipolaren, einzelnen oder wiederkehrenden Depressionen sowie bei Doppel-Depressionen, sehr wirksam sind.

In Übereinstimmung mit Cohens (1988) Benchmarks waren die Effektstärken der symptomatischen Messungen in allen Therapien stark ausgeprägt. In Leichsenring und Rabung (2008) Meta-Analyse sowie in DeMaat et al.'s (2009) Überprüfung langfristiger Psychotherapien wurden niedrigere Effektstärken für psychoanalytische und psychodynamische Therapien der Symptommessungen berichtet. Sofern man die Follow-Up Ergebnisse hervorhebt und die drei Therapien paarweise als Ganzes vergleicht, war weder die

psychoanalytische noch die psychodynamische oder die kognitiv-behaviorale Behandlung signifikant überlegen.

In Bezug auf die ES und CS sind psychoanalytische und psychodynamische Therapien effektiver als kognitive Verhaltenstherapie. Die Gesamtpunktzahlen des BDI und des GSI der SCL-90-R bei der Nachbehandlung sowie bei der Untersuchung ein Jahr nach Beenden der Therapie zeigen jedoch, dass die Patienten in der kognitiven Verhaltenstherapie-Gruppe weiterhin eine leichte depressive Störung aufweisen (Williams et al., 2002; Schauenburg & Strack, 1999; Geiser et al., 2000). Diese Restsymptome sind im Verlauf der Krankheit als unbedeutend geringe Schwankungen vernachlässigt worden. Aber jüngste Forschungsergebnisse legen nahe, dass Restsymptome einen Rückfall prädisponieren können (z.B. Fava, 2007; Vittengl, 2009). Die Bewertung des Beobachters auf der ICD-10/DSM-IV-Checkliste ein Jahr nach Beenden der Therapie bestätigt diese Hypothese, die aufweist, dass 58% der Patienten in der kognitiven Verhaltensgruppe immer noch oder wieder die Diagnose einer depressiven Episode haben. Das sind deutlich mehr als in den psychoanalytischen oder den psychodynamischen Gruppen. Diese Ergebnisse können als Dosis-Wirkungs-Beziehung interpretiert werden die darlegt, dass für vielseitige Psychotherapierichtungen für 75% der Patienten mehr als 50 Sitzungen notwendig sind, um die Symptomebene klinisch signifikant zu verbessern (Lambert & Ogles, 2004). In unserer Studie erhielten nur 13 von 34 Patienten der kognitiven Verhaltenstherapie-Gruppe mehr als 50 Sitzungen (im Vergleich dazu 33 von 35 Patienten in der psychoanalytischen-Gruppe und 20 von 31 Patienten der psychodynamischen-Gruppe). Offenbar nicht ausreichend, um gegen die Persistenz der Symptome oder vor Rückfällen zu schützen. Neue Forschungen kognitiver Verhaltenstherapie stützen dieses Argument, da die bereits erwähnten Restsymptome nach einer Therapie zu einer akuten Rückfall-Symptomatik (Taylor et al., 2010) führen können, was auf eine Erhöhung der Behandlungsdosis und die Einführung neuer Interventionsmodi hindeutet (Jarrett, 2001). Einer ambulanten Langzeitpsychotherapie-Untersuchung zur Folge brauchen die Patienten, die nach dem GSI der SCL-90-R (Puschner, 2007) schwer gestört sind, das psychoanalytische Therapieverfahren 17 Monate (ca. 170 Sitzungen) und das psychodynamische Verfahren 18 Monate (ca. 60 Sitzungen).

Wir kombinierten die Ergebnisse der FLZ-G, der VEV der GAS (in der die Patienten zumindest eines ihrer individuellen Ziele auf der zwischenmenschlichen Ebene formulierten), da diese als eine Reihe von ähnlichen Messungen begriffen wird, um Ergebnisbereiche zwischen symptomatischen und interpersonalen Messungen zu beurteilen. In diesem Bereich brachte nur die psychoanalytische Therapie stabile ES und signifikante Unterschiede zur

kognitiven Verhaltenstherapie hervor, während die ES psychodynamischer Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie niedriger waren und dazu neigten, sich ein Jahr nach Beenden der Behandlung zu verringern. Dies ist ein erster Hinweis darauf, dass die psychoanalytische Therapie signifikant den anderen Behandlungen überlegen war, wenn die Linderung der Symptome im Mittelpunkt der Messung stand.

Über die interpersonale Ebene, erschlossen über den IIP und den F-SozU, wird der eben erwähnte Trend immer offensichtlicher. In beiden Messungen, zu beiden Messzeitpunkten, ist die psychoanalytische Therapie der kognitiven Verhaltenstherapie und beim Follow-Up auch der psychodynamischen Therapie überlegen. Bei der Vorbehandlung zeichnet sich eine Tendenz hin zu der psychodynamischen Therapie gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie ab. Allerdings sind die Ergebnisse nicht stabil, denn die ES und die CS der psychodynamischen Therapie verringern sich deutlich während der Follow-Up Periode. Eine mögliche Erklärung könnte wieder das Dosis-Wirkungs-Model sein, denn wie Howard et al. (1993) bereits aufzeigten, bei einer Besserung im interpersonalen Bereich hinkt die symptomatische Erholung hinterher und es sind mehr Sitzungen erforderlich. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Dosis (hinsichtlich der Sitzungen) der kognitiven Verhaltenstherapie nicht hoch genug ist, um ES und CS signifikant zu verbessern und auch die Dosis der psychodynamischen Therapie nicht hoch genug ist, um nachhaltige Effekte zu erzielen.

FKBS, unser Maß für die Abwehrmechanismen "Turning against Self" und SPC, basieren auf dem Konzept der strukturellen Veränderungen und sind, gemessen über die Symptome, Ergebnisse über das intrapsychische Niveau. Unterschiede zwischen dem FKBS und der SPC können auf die verschiedenen Quellen der Beobachtung (Pilkonis et al., 1984) zurückgeführt werden. Im SPC, unserer primären intrapsychischen Ergebnisvariable, sind alle Behandlungen wirksam hinsichtlich der ES und der CS, aber psychoanalytische und psychodynamische Therapien zeigen deutlich größere ES als kognitive Verhaltenstherapie. Paarweise Vergleiche zeigen, dass die psychoanalytische Therapie im SPC der kognitiven Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Therapie signifikant überlegen ist. In der psychoanalytischen Theorie wird der Strukturwandel als quantitative Verschiebung intrapsychischer Konflikte angesehen, „dessen Schärfe reduziert ist; weniger in der Intensität, sondern vielmehr die bewusste Wahrnehmung anhebt, so dass konfliktauslösende Situationen entstehen, die den einzelnen umgehend alarmieren und ihn veranlassen entsprechende Schritte zur Realitätsbewältigung einzuleiten" (Wallerstein, 1986). Rückfälle und Symptompersistenz sind eine angemessene klinische Operationalisierung des zugrunde liegenden

Strukturwandels. Unsere Daten bekräftigen dieses Ergebnis, da psychoanalytische Therapie deutlich weniger ICD-10/DSM-IV Diagnosen beim Follow-Up, im Vergleich zur sowohl psychodynamischen als auch kognitiven Verhaltenstherapie, aufzeigt. Die Verhaltenstherapie erklärt Rückfälle im Zusammenhang mit der Veranlagung einer gestörten Persönlichkeitsfunktion (soziale Fehlanpassungen und dysfunktionale Einstellungen sowie Eigenschaften) (für eine Übersicht siehe Vittengl et al., 2009). Vittengl et al. (2003) berichten keine signifikante Veränderung der Vor- zur Nachbehandlung in den Eigenschaftskonstruktionen des IIP und nur eine geringe Reduktion der psychosozialen Funktionsstörung (Vittengl et al., 2009) nach der kognitiven Verhaltenstherapie. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass es erforderlich sein kann, die Sitzungsfrequenz zu erhöhen, den Schwerpunkt der kognitiven Verhaltenstherapie zu ändern oder die Behandlungsdauer zu erhöhen (Taylor et al., 2010). Es ist davon auszugehen, dass die psychoanalytische Therapie mit höherer Behandlungsdosierung ermöglicht die Vulnerabilitäten wirksam anzugehen, wohingegen die kognitive Verhaltenstherapie dies mit ihrem begrenzten Zeitrahmen nicht tut, während psychodynamische Psychotherapie das schafft, aber nicht ausreichend. Aus Sicht der internen Validität ist die extrem unterschiedliche Dosierung und Dauer der Therapien verblüffend, aber die Dosis-Wirkungs-Beziehung kann hier missverständlich sein, weil sie davon ausgeht verschiedene Behandlungen verabreichen die gleichen heilenden Bestandteile unterschiedlich dosiert, eine Einschätzung die Kiesler (1966), im Rahmen der „einheitlichen Therapeuten-Annahme“, unter der Rubrik eines gleichförmigen Mythos subsumiert. Aus der Perspektive der externen Validität gesehen ist die stillschweigende Annahme "mehr ist besser", ein Missbrauch der Medikamenten-Metapher in der Psychotherapie (Stiles & Shapiro, 1989). Therapiesitzungen sind keine Pillen, die in verschiedenen Dosen während der Behandlung verabreicht werden und aus den gleichen Heilungsbestandteilen zusammengesetzt sind. Jeder Behandlung liegt ein anderes Arbeitsmodell zugrunde, das ein festgelegtes Zeitfenster mit einer vereinbarten Anzahl von Sitzungen und spezifischen Interventionen benötigt, um den Prozess gezielt zu initiieren. Daher ist kognitive Verhaltenstherapie selbst nach vierfacher Verlängerung qualitativ anders und kann nicht mit psychoanalytischer Therapie verglichen werden. Darüber hinaus wurde kein Therapeut in dem quasi-experimentellen Design der Studie verpflichtet eine Behandlung zu einem festen Zeitpunkt zu beenden, war aber frei darin, so viel Zeit zu nehmen, wie er/sie für die Behandlungsmethode als angemessen betrachtete.

Die Ergebnisse der Studie können folgendermaßen zusammengefasst werden: psychoanalytische, psychodynamische und kognitive Verhaltenstherapie sind sehr wirksam in



der Behandlung unipolarer Depression und Doppel-Depression. Paarweise Vergleiche zeigen, dass psychoanalytische Therapie beim Follow-Up der psychodynamischen Therapie und der kognitiven Verhaltenstherapie überlegen ist, zwar nicht in der selbsteingeschätzten Linderung der Symptome, aber in den meisten anderen Messungen. Empirisch stützen diese Ergebnisse die These (Crits-Christoph & Barber, 2000), dass Patienten mit einer wiederkehrenden chronischen Achse-I Störung, wie die Rezidivierende depressive Störung, durch eine Langzeitpsychotherapie behandelt werden sollten, um eine Veränderung der Symptome zu bewirken und um eine Wirkung zu erzielen, die Rückfällen und Chronizität vorbeugt. Unter Berücksichtigung des natürlichen Verlaufs der Erkrankung benötigen diese Ergebnisse eine Bekräftigung durch ein ausführliches Follow-Up, das präzise Beurteilungen über die Stabilität zulässt. Zu guter Letzt ist ein wichtiges Ergebnis der Studie, dass Forscher und Praktizierende (die die Studie initiierten) in einem heiklen Forschungsvorhaben zusammen arbeiten können und damit eindrucksvoll die berüchtigte Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis überbrücken.

## Literaturverzeichnis

- Abbass, A.A.; Hancock, J.T.; Kisley, S. (2007). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common disorders (Review)* (S. 1-47). The Cochrane Collaboration.
- Akthar, S. (2009). *Comprehensive dictionary of psychoanalysis*. London: Karnac.
- Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). *The penn helping alliance scales*. In: Greenberg, L.S. & Pinsof, W., Hrsg. *The psychotherapeutic process: a research handbook* (S. 25-66). New York: Guilford Press. Deutsche Version: Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H.(1995). Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeutics*, 40, 23-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. Aufl. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. *Arch Gen Psychiatry*, 4 (S. 561-571). Deutsche Version: Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). *Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Goettingen: Hogrefe.
- Beenen, F. & Stoker, J. (1996). *Periodocal rating scale for psychoanalytic treatment*. Amsterdam: Netherlands Psychoanalytic Institute.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connolly Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 93-108.
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P (2000). *Long-term psychotherapy*. In: Snyder, C.R. & Ingram, R.E., Hrsg. *Handbook of psychological change* (S. 455-473). New York /Chichester /Weinheim/Brisbane/Singapore/Toronto: Wiley.

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P.(2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76, 909-922.

De Witt, K.N., Hartley, D., Rosenberg, S.E., Zilberg, N.J., Wallerstein, R.S. (1991). Scales of psychological capacities: development of an asesment approach. *Psychoanal Contemp Thought*, 14, 334-343.

DeMaat, S., de Jonghe, F., Schövers, R., Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 17, 1-23.

DeMaat, S., Dekker, J., Schoevers, R., de Jonghe, F.(2006). Relative efficacy of psychotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychother Res*, 16, 562-572.

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1975). *SCL 90*. An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacol Bull*, 9, 13-28. Deutsche Version: Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual*. Goettingen: Beltz.

DeWitt, K.N., Milbrath, C., Wallerstein, R.S. (1999). Scales of psychological capacities: support for a measure of structural change. *Psychoanal Contemp Thought*, 22, 453-480.

Fava, G.A., Ruini, C., Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychol Med.*, 37, 307-17.

Fonagy, P., Kächele, H. (2009). *Psychoanalysis and other long-term dynamic psychotherapies*. In: Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J., Andreasen, N., Hrsg. *New Oxford textbook of psychiatry*, vol. 2. 2nd ed (S.2). Oxford: Oxford University Press.

Fonagy, P. (2004). Vorwort. In: Richardson, P., Kächele, H., Renlund, C., Hrsg. *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (S. XIX-XXVII). London: Karnac.

Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., Lavori, P.W., Rush, A.J., Weissman, M.M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 851-855.

Gabbard, G.O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy* (S. 2). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Galatzer-Levy, R.M., Bachrach, H., Skolnikoff, A., Waldron, S. (2000). *Does psychoanalysis work?* (S. 138-140). New Haven: Yale University Press.

Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R., Liedtke, R. (2000). Differences in 2 diagnostic groups of psychodynamic patients on the Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R). Consequences for using SCL-90-R in follow-up research. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 50, 447-453.

Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Rudolf, G. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res*, 16, 470-485.

Greenberg, L.S., Pinsof, W.M. (1968). Process research: current trend and future perspective. In: Greenberg, L.S., Pinsof, W.M., Hrsg. *The psychotherapeutic process: a research handbook* (S. 3-20). New York: The Guilford Press.

Hentschel, U. (1998). *Fragenbogen zu Konfliktbewältigungsstrategien*. Göttingen: Hogrefe.

Hill, C.E., Lambert, M.J. (2004). *Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes*. In: Lambert, M.J., Hrsg. *Handbook of psychotherapy research and behavior change* (S. 84-135). 5. Aufl. New York: Wiley.

Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1995). *IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV (Manual und 32 Checklisten nach ICD-10 als Bestandteil des Gesamtpaketes der ICD-10-Checklisten der WHO) International Diagnostic*

*Checklists for ICD-10 and DSM-IV (Manual and 32 checklists a part of the WHO ICD-10-Checklists package).* Bern.

Hollon, S.D. & Beck, A.T. (2004). *Cognitive and cognitive behavioral therapies*. In: Lambert, M.J., Hrsg. *Handbook of psychotherapy research and behavior change* (S. 447-492). 5. Aufl. New York: Wiley.

Horowitz, L.M., Alden, L.E., Wiggins, J.S., Pincus, A.L. (2000). *Inventory of interpersonal problems manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Howard, K.I., Luger, R.J., Maling, M.S., Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol*, 61, 678-685.

Huber, D., Henrich, G., Herschbach, P. (1988). Measuring the quality of life: a comparison between physically and mentally chronically ill patients and healthy persons. *Pharmacopsychiatry*, 21, 453-455.

Huber, D., Henrich, G., Klug, G. (2004). The Scales of Psychological Capacities (SPC): measuring beyond symptoms. *Psychother Res*, 14, 89-106.

Huber, D., Henrich, G., Klug, G. (2005). The scales of psychological capacities: measuring change in psychic structure. *Psychother Res*, 15, 445-456.

Huber, D., Klug, G., Wallerstein, R.S. (2006). *Skalen psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Incl. Manual and Interviewleitfaden (The Scales of Psychological Capacities (SPC) A measure for therapeutic change in psychic structure. Manual and interview guideline).* Stuttgart: Kohlhammer.

Jacobson, N.S., Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*, 59, 12-19.

Jarrett, R.B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B.M., Eaves, G.G., Silver, P.C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 381-388.

Jones, E.E. (2000). *Therapeutic action*. Northvale: Jason Aronson.

Judd, L.L. (1997) The clinical course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 989-91.

Kazdin, A.E. (1998). *Research design in clinical psychology* (S. 80). 3. Aufl. Boston: Allyn & Bacon.

Keller, M.B., Hirschfeld, R.M.A., Hanks, D. (1997). Double depression: a distinctive subtype of unipolar depression. *J Affect Disord*, 45, 65-73.

Kendall, P.C., Holmbeck, G., Verduin, T. (2004). *Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research*. In: Lambert, M.J., Hrsg. *Handbook of psychotherapy research and behavior change* (S. 28-9). 5. Aufl. Chicago: Wiles.

Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol Bull*, 65, 110-36.

Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968). GAS: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Ment Health J*, 4, 443-53.

Kiresuk, T.J., Smith, A., Cardillo, J.E. (1994). *Goal attainment scaling: applications, theory, and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R., Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeutics*, 53, 83-91.

Knekt, P., Öindfors, O., Laaksonen, M.A., Raitasalo, R., Haaramo, P., Järviskoski, A. (2008). The Helsinki Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long-term and

short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med*, 38, 689-703.

Kocsis, J.H., Leon, A.C., Markowitz, J.C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D.N., Thase, M.E. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with Nefazodone, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, or their combination. *J Clin Psychiatry*, 70, 354-361.

Lambert, M.J. & Ogles, B.M. *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In: Lambert MJ, editor. *Handbook of psychotherapy research and behavior change* (S 139-193). 5. Aufl. New York: Wiley.

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 1208-16.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA*, 300, 1551-65.

Leichsenring, F., Winkelbach, C., Leibing, E. (2005). Psychoanalytically oriented focal therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapeutics*, 50, 258-64.

Levy, K.N. (2008). Psychotherapies and lasting change. *Am J Psychiatry*, 165, 556-9.

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J.S., Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiance: a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract*, 6, 95-106.

Luborsky, L. & Singer, J. Comparative studies of psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 32, 995-1008.

Mason, M.J. (1999). A review of procedural and statistical methods for handling attrition and missing data. *Meas Eval Couns Dev*, 32, 111-118.

Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (2009). [www.wbpsychotherapie.de](http://www.wbpsychotherapie.de).

Pilkonis, P.A., Imber, S.D., Lewis, P., Rubinsky, P. (1984). A comparative outcome study of individual, group, and conjoint psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 431-7.

Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H., Kordy, H. (2007). Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother Theory Res Pract*, 80, 51-68.

Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (2003). *The Faber-Haarstick Commentary on psychotherapy guidelines*. München/Jena: Urban & Fischer.

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcome: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). *Psychother Res*, 14, 469-84.

Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother Res*, 17, 196-204.

Sandell, R. (1997). *Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse*. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Hrsg. *Psychoanalysen im Rückblick* (S. 349). Giessen: Psychosozial Verlag.

Schauenburg, H. & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist SCL-90-R. *Psychother Psychosom*, 68, 199-206.

Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU). *Diagnostica*, 37, 160-78.

Stiles, W.B., Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clin Psychol Rev*, 9, 521-43.



Sundin, M., Amelius, B.A., Nilsson, T. (1994). Reliability studies of scales of psychological capacities: a new method to assess psychological change. *Psychoanal Contemp Thought*, 17, 591-615.

Swift, J.K. & Callahan, J.L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *J Clin Psychol*, 65, 368-81.

Taylor, D.J., Walters, H.M., Vittengl, J.R., Krebaum, S., Jarrett, R.B. (2010). Which depressive symptoms remain after response to cognitive therapy of depression and predict relapse and recurrence? *J Affect Disord*, 123, 181-7.

Thomä, H. & Kächele, H. (2006). Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung (1973) – wiedergelesen und ergänzt 30 Jahre später. In: Thomä, H. & Kächele, H., Hrsg. *Psychoanalytische Therapie Forschung*. Heidelberg: Springer.

Vittengl, J.R., Clark, L.A., Jarrett, R.B. (2009). Deterioration in psychosocial functioning predicts relapse/recurrence after cognitive therapy for depression. *J Affect Disord.*, 112, 135-43.

Vittengl, J.R., Clark, L.A., Jarrett, R.B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychol Assess*, 15, 29-40.

Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy* (S. 703). New York: Guilford Press.

Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*, 69, 875-99.

Williams, J.W., Noel, P.H., Cordes, J.A., Ramirez, G., Pignone, M. (2002). Is this patient clinically depressed? *JAMA*, 287, 1160-70.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, VEV*. Beltz: Weinheim.

Zilberg, N.J., Wallerstein, R.S., DeWitt, K.N., Hartley, D., Rosenberg, S.E. (1991). A conceptual analysis and strategy for assessing structural change. *Psychoanal Contemp Thought*, 14, 317-42.