

Literaturrecherche Psychotherapieforschung

März 2009

1. Evaluation bzw. Vergleich verschiedener Behandlungsarten

Geiser, F., Trautmann-Voigt, S., Hofmann, P., Voigt, B. & Liedtke, R. (2009). Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie - Vorstellung und erste Ergebnisse. *Psychodynamische Psychotherapie*, 8 (1), 47-53.
(Bonn)

Ziel: **Feldstudie zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie** in der klinischen Praxis

Methode: prospektives, kontrolliertes Design; 5 Messzeitpunkte (T0 Erstgespräch, T1 Therapiebeginn, T2 nach 25, T3 nach 50 und T4 nach 80 Therapiestunden)

Daten einer Wartelistekontrollgruppe werden zum Vergleich zu T0 und T1 erhoben

Instrumente:

VDS90-Symptomliste

VDS30-Persönlichkeitsskalen

HEALTH (zur Erfassung der psycho-sozialen Gesundheit in sieben Bereichen)

HAQ (*Helping Alliance Questionnaire*)

sowie die PTBS-Maße DES (*Dissociative Experience Scale*) und IES (*Impact of Event Scale*)

Erste Ergebnisse: **Auswertung der Datensätze von 24 Patienten von T1 und T2.**

Betrachtet wurden die HEALTH-Skala „Psychische und somatoforme Beschwerden“, der Neurotizismuswert des VDS-30 und der Gesamtwert des VDS-90. Bei allen gaben sich sign. Effekte ($\epsilon = 0,46; 0,45; 0,46$).

Marriott, M. & Kellett, S. (2009). Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 (1), 57-72.
(britische Studie, Sheffield)

Ziel: Untersuchung der **Wirksamkeit von kognitiv-analytischer Therapie** (*cognitive analytic therapy*, CAT) im Vergleich zu **Gesprächspsychotherapie** (*person centred therapy*, PCT) und **kognitiver Verhaltenstherapie** (*cognitive behavioural therapy*, CBT)

Methode: Matching der Patienten entsprechend der psychischen Belastung zu Behandlungsbeginn und bzgl. kurzer (1–16 Sitzungen) vs. mittlerer Dauer (17–30 Sitzungen)

Stichprobe: CAT: $n = 65$, CBT: $n = 65$, PCT: $n = 63$

Messinstrumente: BDI-II, *Brief Symptom Inventory* (BSI), IIP-32

Erfassung zu Beginn und am Ende der Therapie

Ergebnisse: Bei allen drei Therapieformen wurden über alle fünf Messinstrumente sign. Verbesserungen erzielt. **Die Ergebnisse der drei unterschiedlichen Behandlungsarten ähneln sich weitgehend**, auch im Hinblick der Rate klinisch bedeutsamer Veränderungen (erfasst über *reliable change index*).

Vahtera, J., Korkeila, J., Karlsson, H., Suoyrjö, H., Virtanen, M., Pentti, J., Klaukka, T. & Kivimäki, M. (2009). Sickness absence trends during and after long-term psychotherapy and antidepressant medication among depressive employees. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78 (2), 130-132.

(nationale Studie, Finnland)

Ziel: Untersuchung der Langzeitwirkungen von psychodynamischer Psychotherapie und Pharmakotherapie auf krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz

Methode: n = 67 106 Verwaltungsangestellte aus dem Zeitraum von 1994–2002, davon 448 Arbeitnehmer, die wegen einer Major Depression von der finnischen Institution für Sozialversicherung eine Psychotherapie erstattet bekamen (aufgeschlüsselt nach Behandlungsjahren); 3177, die mind. 12 Monate mit Antidepressiva behandelt worden waren und 53 116 gesunde Kontrollpersonen ohne Indikationsstellung für eine Depressionsbehandlung
Generierung der Daten anhand der persönlichen Sozialversicherungs-Identifikationsnummer
Krankheitsbedingte Fehlzeiten wurden ab einer Länge von >21 Tagen erfasst

Ergebnisse: In den 7 Jahren wurden insgesamt 43 966 krankheitsbedingte Fehlzeiten >21 Tage gemeldet. Während der Behandlung waren die Fehlzeitenraten der Psychotherapie- und der Antidepressiva-Gruppe 4,3–6,3 mal höher als bei den gesunden Kontrollpersonen. Sechs Jahre nach dem Ende der Behandlung waren sie nur noch 1,9–2,5-fach erhöht. In der Psychotherapie-Gruppe war die Fehlzeitenrate geringer als in der Antidepressiva-Gruppe, beim Vergleich von gematchten Patienten verschwand dieser Unterschied jedoch.

Schlussfolgerung: Sowohl Langzeitpsychotherapie als auch Antidepressiva stehen in Verbindung mit einer sign. Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Leitner, A., Liegl, G., Märten, M., Höfner, C. & Koschier, A. (2008). Die Veränderung sozialer Netzwerke durch Einzelpsychotherapie aus PatientInnen-sicht. *Psychologische Medizin*, 19 (4), 17-26.

(österreichische Studie, Krems)

Ziel: Untersuchung, ob und wie sich die sozialen Netzwerke von PatientInnen im Laufe eines Psychotherapieprozesses verändern

Methode: n = 53, Erfassung zu Beginn und unmittelbar nach Abschluss einer Kurzzeit-Therapie (integrativ, imaginativ oder systemisch); 10 Sitzungen und mehr

Instrumentarium zur Erfassung der sozialen Netzwerke (IESN): Nennung von max. 10 Personen, Einschätzung der emotionalen Nähe und der Belastung/Unterstützung durch diese Personen

Ergebnisse: Insgesamt verkleinerten sich die Netzwerke über die Zeit sign. (genannte Personen: 8,7 vs. 7,3). Der Anteil emotional ferner Personen reduzierte sich signifikant. Der Anteil belastender Netzwerkmitglieder nahm ebenfalls signifikant ab. Die Anzahl emotional naher PartnerInnen blieb konstant, für unterstützende Partnerschaften konnte ein leichter Zuwachs zu beobachtet werden.

Anwendung: Das Instrument kann auch zur Therapieevaluation in der Praxis eingesetzt werden.

2. Allgemeine Psychotherapieforschung

Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A. & Høglend, P. (2009). Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54 (2), 78-86.

(norwegische Studie, Oslo)

Ziel: Untersuchung der Frage, ob Männer und Frauen unterschiedlich auf psychodynamische Kurzzeit-Psychotherapie mit oder ohne Übertragungsdeutungen reagieren.

Methode: Daten aus der First Experimental Study of Transference Interpretation (FEST*), n = 100, randomisierte Zuweisung zu zwei verschiedenen, 1-jährigen psychodynamischen Psychotherapien (einstündig, Ø 34 bzw. 33 Sitzungen), mit entweder einem moderaten Maß an Übertragungsdeutungen (1–3 pro Sitzung) oder ohne Übertragungsdeutungen bei 7 TherapeutInnen (10-25 J. Erfahrung)

Messinstrumente: *Psychodynamic Functioning Scales* (PFS, Fremdeinschätzungsinstrument), IIP-C, GAF, SCL-90-R (GSI)

Rechnung linearer gemischter Modelle

Ergebnisse: Insgesamt (über beide Behandlungsmodalitäten hinweg) ergab sich kein sign. Geschlechtsunterschied im Behandlungsergebnis. **Bei den Symptomaßen GAF und GSI (nicht bei PFS und IIP-C) zeigte sich, dass Frauen besser auf die Therapie mit Übertragungsdeutungen reagierten und Männer besser auf die Therapie ohne Übertragungsdeutungen.**

Wenn der Moderator Geschlecht mit dem Moderator Qualität der Objektbeziehungen (QOR, erfasst über Fremdeinschätzung) kombiniert wurde, zeigte sich ein starker Interaktionseffekt: **bei Männern mit hoher QOR zeigte sich ein starker negativer Effekt auf das Behandlungsergebnis bei Übertragungsinterpretationen, während sich bei Frauen mit niedriger QOR ein stark positiver Effekt fand.**

*Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., et al. (2006). Analysis of the patient–therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*, 163, 1739–1746.

3. Psychotherapieprozessforschung

Schroder, T., Wiseman, H. & Orlinsky, D. (2009). “You were always on my mind”: Therapists’ intersession experiences in relation to their therapeutic practice, professional characteristics, and quality of life. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 42-53.

Ziel: Untersuchung der **Häufigkeit von patientenbezogenen Gedanken und Gefühlen von Psychotherapeuten** zwischen den Sitzungen und dem **Zusammenhang mit** beruflichen und demographischen **Therapeutencharakteristika**, erlebten Schwierigkeiten in der Behandlung, Coping-Strategien (konstruktiv vs. vermeidend) und allgemeiner Lebenszufriedenheit

Methode: Stichprobe n = 1040 Therapeuten aus den USA (n = 520), Kanada (n = 266) und Neuseeland (n = 254) mit hauptsächlich psychodynamischer, humanistischer und kognitiver Orientierung (auch verhaltenstherapeutisch und systemisch)

Messinstrumente: versch. Skalen zur Erfassung der oben genannten Variablen

Ergebnisse: 61% gaben an oft oder sehr oft darüber nachzudenken, wie sie einem Patienten am

besten helfen könnten, seine Probleme zu lösen. 54% gaben an, sich oft oder sehr oft an die Gefühle, die ein Patient ausgedrückt hatte, zu erinnern.

Fast die Hälfte der Therapeuten gab an sich selten oder nie ein Gespräch mit dem Patienten vorzustellen oder etwas Ähnliches zu erleben, was ein Patient erlebt hatte. Es gab jedoch eine Subgruppe von 12%, die angab, dies oft oder sehr oft zu tun.

Therapeuten mit einer psychodynamischen Ausbildung hatten die meisten patientenbezogenen Gedanken und Gefühle zwischen den Sitzungen. Dem Item „darüber nachdenken, wie man dem Patienten am besten helfen könnte“ stimmten tendenziell eher verhaltenstherapeutisch oder kognitiv ausgerichtete Therapeuten zu, psychodynamisch orientierte Therapeuten dachten öfter über Gefühle, die ein Patient ausgedrückt hatte nach, dachten über ihre eigenen Gefühle dem Patienten gegenüber nach und erlebten häufiger etwas Ähnliches, was ein Patient erlebt hatte.

Erfahrenere Therapeuten berichteten mehr Gedanken und Gefühle über ihre Patienten als solche mit weniger Erfahrung. Es ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede.

Die Korrelation zwischen der Häufigkeit von patientenbezogenen Gedanken und Gefühlen und Schwierigkeiten in der Behandlung lag bei $r = .33$. Der Zusammenhang mit konstruktiven und vermeidenden Coping-Strategien war ungefähr gleich hoch ($r = .22$ und $r = .18$). Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen der allg. Lebenszufriedenheit und patientenbezogenen Gefühlen und Gedanken, aber ein leichter Zusammenhang mit gegenwärtiger Lebensbelastung ($r = .15$). In einer linearen Regression konnte insgesamt nur 17,6% der Varianz durch die genannten Variablen erklärt werden.

Schlussfolgerung: Den Zusammenhang zwischen Schwierigkeiten in der Behandlung und patientenbezogenen Gedanken und Gefühlen interpretieren die Autoren im Sinne einer Aufmerksamkeitszuwendung als Problemlöseverhalten.

Anmerkung B.S.: Der Begriff der Gegenübertragungsanalyse in der gegenwärtigen Verwendung wird im Artikel nicht erwähnt.

Spangler, P., Hill, C., Mettus, C., Guo, A. H. & Heymsfield, L. (2009). Therapist perspectives on their dreams about clients: A qualitative investigation. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 81-95.

(amerikanische Studie, Baltimore/Maryland)

Ziel: Qualitative Untersuchung der Erfahrungen von Therapeuten mit Träumen über Patienten

Methode: Durchführung von je zwei Interviews mit 8 Therapeuten psychoanalytisch/psychodynamischer, humanistischer/gesprächspsychotherapeutischer und kognitiv/kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ausrichtung

Inhaltsanalytische Auswertung der Transkripte, konsensuelle Kategorienbildung durch zwei Auswertergruppen, Einteilung der Aussagen in *allgemein* (Nennung bei allen 8 Teilnehmern), *typisch* (5-7 Nennungen) und *Nebenform* (2-4 Nennungen)

Ergebnisse: Die Therapeuten erzählten insgesamt 15 Träume über 13 Patienten. Alle Teilnehmer glaubten, dass Träume wichtig sind, eine Bedeutung haben und dafür genutzt werden können sich und andere besser zu verstehen. Alle gaben an über ihre Träume nachzudenken und sie zu verarbeiten und verwendeten dabei unterschiedliche Methoden (Traumtagebücher, Gespräche, etc.). Ebenfalls glaubten sie, dass Patiententräume eine Funktion für den therapeutischen Prozess haben. Typischerweise benutzten die Therapeuten ihre Träume bewusst in der Arbeit mit ihren Pa-

tienten. Manche erzählten die Träume ihren Patienten.

Typischerweise enthält der Traum für den Patienten bezeichnende Charakteristika. Zum Zeitpunkt des Auftretens der Träume fühlten sich die Therapeuten typischerweise durch ihre Arbeit in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt. Der interpersonelle Gehalt der Träume war typischerweise negativ, die Gefühle im Traum waren gemischt positiv und negativ. Der Traum enthüllte typischerweise etwas Neues oder vertiefte das Bewusstsein der Therapeuten hinsichtlich ihres therapeutischen Entscheidungsverhaltens. Einsichten in Gegenübertragungsreaktionen oder Überidentifikation mit dem Patienten waren ebenfalls typisch, genauso wie Einsichten in Schwierigkeiten in Verbindung mit der Behandlungssituation oder dem persönlichen Hintergrund des Patienten. **Patienten-Träume wurden als selten und außergewöhnlich beschrieben, jedoch von allen Teilnehmern als hilfreich erlebt.**

4. Diagnostik

Desmet, M., Coemans, L., Vanheule, S. & Meganck, R. (2008). Anaclitic and introjective psychopathology and the interpersonal function of perfectionism/self-criticism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56 (4), 1337-1342.
(Poster auf der 6. APA Poster-Session; Ghent, Belgien)

Ziel: Untersuchung der Unterkategorien des *Personal Style Inventory-II* (PSI-II) hinsichtlich der **Diskriminationsfähigkeit zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten**

Methode: 31 Patienten mit verschiedenen (hauptsächlich affektiven) Störungen

Durchführung eines unstrukturierten klinischen Interviews, Einteilung in eine anaklitische

(n = 25) und eine introjektive Gruppe (n = 6) durch zwei anhängige Werte (ICC: $\kappa = .74$);

Markierung der Interviewfragmente anhand der PSI-II-Kategorien *Concern what Others Think* (COT), *Pleasing Others* (PO), *Dependency* (DEP), *Perfectionism/Self-criticism* (PF/SC), *Need for Control* (NC) und *Defensive Separation* (DS) durch einen dritten Werter

Ergebnisse: Hypothesenkonform waren **Äußerungen der Kategorien COT, PO und DEP bei den anaklitischen Patienten tendenziell häufiger als bei den introjektiven**. Bei letzteren waren **tendenziell Äußerungen der Kategorien NC und DS häufiger**. Bei der Kategorie PF/SC **ergab sich kein Unterschied zwischen den Gruppen**.

Genauere Analysen der Text-Abschnitte ergaben, dass bei anaklitischen Patienten den PF/SC-Fragmenten der Wunsch zugrunde lag, die Distanz zu anderen zu verringern oder andere anzu ziehen, während bei den introjektiven Patienten der Wunsch, den anderen auf Abstand zu halten oder zu kontrollieren im Vordergrund stand.

5. Epidemiologische und Versorgungsforschung

Sonstiges

Zipfel, S. & Herzog, W. – ANTOP (Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients)
Poster bei der 60. Arbeitstagung des DKPM, Quelle: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, A084
(Tübingen/Heidelberg)

Geplante Studie

Ziel: Multizentrische randomisierte Psychotherapiestudie zur Wirksamkeit von fokaler psychodynamischer Psychotherapie (FPT) und kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zur üblichen Standardbehandlung bei erwachsenen Anorexie-Patientinnen, bisher größte derartige Untersuchung weltweit.

Methode: 237 Patientinnen an 10 deutschen universitären Zentren

Behandlung: 40 ambulante Einzelsitzungen über 10 Monate FPT oder KVT anhand von Behandlungsmanualen

Cabaniss, D. L., Aizaga, K. H., O'Neil, M. K., Spiwack, A. & van Schaik, J. (2009). The Multi-Center Assessment Project (Map): the development of a collaborative multi-center educational consortium. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 (1), 191-195.

Darstellung der Ausarbeitung von Beurteilungsverfahren und Bewertungskriterien von psychoanalytischen Ausbildungskandidaten im US-amerikanischen und kanadischen Raum.

Cook, J. M., Biyanova, T. & Coyne, J. C. (2009). Influential psychotherapy figures, authors, and books: An internet survey of over 2000 therapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46 (1), 42-51.

Methode: Online-Befragung von 2400 Lesern der Zeitschrift „Psychotherapy Networker“ nach den Persönlichkeiten (der letzten 25 Jahre), die den größten Einfluss auf ihre therapeutische Tätigkeit hatten und nach den besten drei Psychotherapiebüchern, die sie in den letzten drei Jahren gelesen haben.

Ergebnisse:

<i>Persönlichkeiten</i>	<i>Bücher</i>
1. Carl Rogers	1. <i>Dialectical Behavior Therapy text and/or manual</i> von Marsha Linehan
2. Aaron Beck	2. <i>The Developing Mind</i> von Daniel Siegel
3. Salvador Minuchin	3. <i>The Gift of Therapy</i> von Irving Yalom
4. Irving Yalom	4. <i>The 7 Principles for Making Marriage Work</i> von John Gottman und Nan Silver
5. Virginia Satir	5. <i>Parenting From the Inside Out</i> von Daniel Siegel
6. Albert Ellis	6. <i>Motivational Interviewing</i> von William Miller und Stephen Rollnick
7. Murray Bowen	7. <i>Getting the Love You Want</i> von Harville Hendrix
8. Milton Erickson	8. <i>Feeling Good: The New Mood Therapy</i> von David Burns
9. John Gottman	9. <i>Trauma and Recovery</i> von Judith Herman
10. Carl Jung	10. <i>The Body Remembers</i> von Babette Rothschild

Leserbriefe zum Artikel „Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy“ von Leichsenring & Rabung und Entgegnung der Studienautoren im *JAMA*, 301 (9), 930-933

Thombs, B. D., Bassel, M. & Jewett, L. R. (2009). Letter to the editor.

Die Autoren hätten irrtümlicherweise Punkt-biseriale Korrelationen zwischen Vorher-Nachher-Effektstärken und Effekten zwischen den verschiedenen Gruppen gerechnet. Dies könnte zu den unverständlich hohen Effektstärken geführt haben.

Da keine der Einzelstudien eine Effektstärke über 1.45 gehabt hätte, sei eine zusammengefasste Effektstärke von 1.8 über alle Studien statistisch unmöglich.

Zudem seien die ausgewählten Studien aufgrund der geringen Probandenzahlen nicht für Metaanalysen geeignet gewesen, da es unwahrscheinlich sei, dass jemand eine Studie mit negativem Ergebnis und einer so kleinen Stichprobe veröffentlichen würde. Deswegen seien die erzielten Effekte von vornherein mindestens moderat gewesen.

Entgegnung der Studienautoren: In allen Studien wurden Prä-Post-Effektstärken berechnet. Diese waren bei LTPP sign. größer als in den Kontrollbedingungen. Um das Ausmaß dieses Unterschieds festzustellen, wurden sie in Punkt-biseriale Korrelationen transformiert. Die so gewonnenen Effektstärken, bei denen die Behandlungsgruppe als Analyseeinheit dient, unterscheiden sich von anderen Effektstärken, bei denen die Patienten als Analyseeinheit dienen. Deshalb sei der berechnete Wert von 1.8 auf der Ebene des Intergruppen-Vergleichs korrekt. Es wurde auch die herkömmliche Berechnungsmethode angewandt und berichtet.

Kriston, L., Holzel, L. & Harter, M. (2009). Letter to the editor.

Die Patientenpopulation sei zu breit definiert gewesen (Personen mit psychischen Störungen). Die Kontrollbehandlungen seien überhaupt nicht definiert worden. Deshalb habe eine große Heterogenität in Bezug auf die Diagnosen, die Ergebnisse und die Kontrollgruppen geherrscht. Die von den Autoren durchgeführten Subgruppenanalysen seien nicht ausreichend gewesen, um die beträchtliche Variation zu kontrollieren. Deswegen sei es unklar für welche Wirksamkeitsmaße und im Vergleich zu welchen Kontrollbedingungen die Ergebnisse interpretiert werden könnten. Obwohl die Reviewer keinen Publikations-Bias feststellten, stünde eine Verbindung zwischen Effektstärke der Studie und ihrer Gewichtung in der Metaanalyse zu vermuten. Die Art dieser Gewichtung sei nicht berichtet worden.

Entgegnung der Studienautoren: Die Ergebnisse zeigten sich über alle diagnostischen Gruppen hinweg als robust. Um die Heterogenität zu reduzieren, wurde die Wirksamkeit über fünf Bereiche erfasst. In den kontrollierten LTPP-Studien gab es keine sign. Heterogenität in Hinblick auf die Prä-Post-Effekte.

Es wurden mehrere Methoden zur Testung auf einen Publikations-Bias angewandt, die jedoch keinen Hinweis auf einen solchen lieferten. Die Gewichtung der Studie korrelierte nicht, wie vermutet, mit der Effektstärke.

Beck, A. T. & Bhar, S. S. (2009). Letter to the Editor

Zu der Vergleichsgruppe von Psychotherapien kürzerer Dauer seien auch 5 Behandlungsarten gezählt worden, die keine formale Therapie im eigentlichen Sinn darstellten, wie Wartelisten-Kontrollgruppen, Ernährungsberatung und diverse Standardbehandlungen (TAU).

Der Ausschluss einer Studie, bei der die Schema-fokussierte Therapie besser als LTPP abschneide, lasse einen Selektions-Bias vermuten.

Mögliche konfundierende Variablen wie Erfahrung und Kompetenz der Therapeuten sowie Sitzungshäufigkeit seien nicht kontrolliert worden. Bei mindestens einem Kontrollgruppenvergleich habe keine zufällige Gruppenzuweisung stattgefunden. Keine Studie habe die Zuverlässigkeit der Behandlungstreue berichtet.

Die Schlussfolgerung der Überlegenheit der LTPP würde nicht durch die Daten gestützt, da in manchen Studien die Effektstärken der Kontrollgruppen größer gewesen seien als bei LTPP, andere hätten gemischte Ergebnisse erbracht.

Entgegnung der Studienautoren: Es wurden keine Wartelisten-Kontrollgruppen in die Kontrollbedingungen aufgenommen. Die Kontrollbedingungen umfassten in der Tat mehrere TAU-Gruppen, was die Effektstärke vermindert haben könnte, allerdings enthielten sie auch andere Langzeitpsychotherapien (z.B. DBT), was die mittlere Effektstärke wiederum erhöhen konnte. Die angesprochene Studie erfüllte nicht die Einschlusskriterien, da sich die Mehrheit der untersuchten Patienten noch in Behandlung befand und daher keine Follow-up-Daten zur Verfügung standen.

Es wurden allgemeine Wirkfaktoren (Aufmerksamkeit, Besserungserwartung, Verständnis, etc.) kontrolliert, daher kann von einem „spezifischen“ Vergleich (nach der Definition von Chambless und Hollon, 1998) gesprochen werden.

In allen kontrollierten Studien wurden Behandlungsmanuale verwendet und die Zuverlässigkeit wurde durch Supervision, Videoaufnahmen und Einschätzungen der Adhärenz und Kompetenz sichergestellt.

Das letzte Argument widerspreche der Logik von Metaanalysen, deren Ziel es ist, die z.T. unterschiedlichen Ergebnisse verschiedener Studien zusammenzufassen, um zu allgemeineren Schlussfolgerungen zu gelangen.

Roepke, S. & Renneberg, B. (2009). Letter to the editor.

Bei zwei Studien, die mehr als die Hälfte aller untersuchten Probanden stellten, sei keine andere Kontrollbedingung als LTPP gegeben gewesen daher seien sie nicht für den Vergleich geeignet gewesen.

Entgegnung der Studienautoren: Die angesprochenen Studien wurden nicht in die Vergleichberechnung miteinbezogen.

Birgit Schneider