

Systematische Forschung zur wissenschaftlichen Untermauerung psychoanalytischer und psychodynamischer Behandlungen¹

Rebecca Coleman Curtis, Ph.D.

Die Forschung bezüglich der Wirksamkeit von Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierten Therapien nimmt stark zu. Sowohl die Öffentlichkeit als auch Experten im Bereich der psychischen Gesundheit haben lange Zeit geglaubt, dass psychoanalytische Therapieverfahren kein empirisches Fundament aufweisen beziehungsweise nicht ansatzweise solch eine empirische Grundlage besitzen, wie dies bei der kognitiven Verhaltenstherapie und medikamentöser Behandlung der Fall ist. Diese Ausgabe wird dazu beitragen diese Sichtweise zu revidieren. Sie soll Psychoanalytiker eine Fülle von Beweisen an die Hand geben, die die Wirksamkeit ihrer Arbeitsweisen belegen und stellt denjenigen, die nicht psychoanalytisch arbeiten, Daten zur Verfügung, welche zu berücksichtigen sind.

Die Psychologie war von 1913 bis 1960 vom Behaviorismus dominiert. Während der 1960er-Jahre erlebte die Psychologie eine „kognitive“ Revolution (Gardner, 1988). Wissenschaftler einer psychoanalytischen Ausrichtung wurden in den meisten Instituten des Fachbereichs Psychologie der US-Universitäten nicht angestellt. Die Erforschung der Ergebnisse von Psychotherapie wurde somit größtenteils von denjenigen durchgeführt, die kognitiv und behavioristisch orientiert waren. Als man sich allgemein der evidenzbasierten Medizin zuwandte, wurden Forscher dazu angehalten, zu beweisen, dass nicht nur Pharmakotherapie, sondern auch Psychotherapie hilfreich in der Behandlung vieler Störungen sein kann. Als eine Arbeitsgruppe von Psychologen sich damit befusste, eine Liste von empirisch validierten Therapieformen zu erstellen, war Forschung bereits von Psychologen betrieben worden, die die Kurzzeittherapien untersuchten, welche von kognitiven Behavioristen befürwortet wurde.

Die Liste der empirisch validierten Therapien wurde ursprünglich 1995 von einer Arbeitsgruppe der Abteilung der klinischen Psychologie der *American Psychological Association* zusammengestellt und leitete sich ausschließlich aus den Daten randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs) ab, die Personen mit spezifischen Störungen manualisierte Behandlungen anboten. Die Forscher mussten auch eine Kontrollgruppe gehabt haben und lieferten Beweise, die in mehr als einer Studie von einem Forscherteam erhoben wurden. Die ursprüngliche Liste umfasste 18 Behandlungen, von denen keine psychodynamisch war, da zu der Zeit keine RCTs bezüglich psychodynamischer Behandlungen durchgeführt wurden². Eine davon, das *National Register of Evidence-Based Programs and Practices* für psychische Gesundheit und Substanzmissbrauch, umfasst 284 Interventionen, von denen keine psychodynamisch ist.

¹ Curtis, C. R. (2014). Systematic research supporting psychoanalytic and psychodynamic treatments. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 34-42. Übersetzt von B. Klingbeil, International Psychoanalytic University Berlin

² Ein weiterer einzelner Link liefert über 30 bundesstaatliche, staatliche, berufliche und universitäre Webseiten, die diese Interventionen aufzählen: <http://ucoll.fdu.edu/apa/lnksinter.html>

Als die Nachfrage für diese empirisch fundierten Behandlungen stieg, begannen Wissenschaftler, die an Psychoanalyse, psychodynamischen Therapieverfahren und der humanistischen Psychotherapie interessiert waren, Daten zu sammeln, um aufzuzeigen, dass sich auch solche Therapien, die nicht kognitivistisch-behavioristisch sind, auf empirische Befunde stützen. Ab 2005 konnte die Liste der klinischen Psychologie neben den RCTs auch andere Forschungen aufweisen. Dennoch sind von den derzeit vorhandenen 77 Therapien nur vier eindeutig psychodynamische Therapien: Die Mentalisierungsbasierte Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die psychoanalytische Behandlung der Panikstörung, die Psychodynamische Kurzzeitbehandlung von Depression und die übertragungsfokussierte Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Weitere vier Behandlungen sind der interpersonellen Psychotherapie zuzuordnen und obwohl diese von den Ideen des Psychoanalytikers Harry Stack Sullivan abgeleitet sind, sind sie nicht spezifisch psychodynamisch. Forscher wie Norcross (2002, 2011) haben auf die Vorstellung, dass wir Störungen anstatt Menschen behandeln, mit der Publikation „*Psychotherapy Relationship That Work: Evidence-based Responsiveness*“ reagiert. Allerdings ist diese Forschung, wahrscheinlich weil sie nicht spezifisch psychodynamisch ist, vielen Psychoanalytikern unbekannt.

Es gibt einige Befürworter evidenzbasierter Medizin (ESTs), die vorgeschlagen haben, dass Kliniker in erster Linie anhand dieser Methoden ausgebildet werden sollten und andere Behandlungsmethoden als „weniger wichtig und veraltet“ ansehen (Calhoun, Moras, Pilkonis & Rhem, 1998, S. 151). Es gibt viele Probleme bezüglich dieser Sichtweise. Ein Hauptproblem der EST Studien ist, dass diejenigen, die für die Untersuchungen ausgewählt werden, normalerweise eine einzelne Störung der Achse I aufweisen, wie etwa die Major Depression, und all jene mit anderen Problemen (z.B. Alkoholmissbrauch, eine Persönlichkeitsstörung) oder ernsteren Problemen (Suizidalität) ausgeschlossen werden. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie ist eine der beiden Therapieformen die sich bei der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörung auf empirisches Material stützt. Obwohl bei den Patienten nach einem Jahr ein Rückgang ihrer Verhaltensprobleme (parasuizidales Verhalten) zu beobachten war, trat nur eine geringe Veränderung bezüglich ihrer Gefühle von Leere auf (Scheel, 2001). Westen, Novotny und Thompson-Brenner (2004) kommen zu dem Schluss, dass ein bis zwei Drittel der Patienten von der Forschung ausgeschlossen wurden. So wurden beispielsweise in einer Studie der Kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) zur Depression nach der Untersuchung nur 76 Patienten als für geeignet angesehen, um an der Studie teilzunehmen (Thase et al., 1992). 36% dieser Teilnehmer zeigten eine komplette Genesung und 42% eine partielle Besserung. In der nach einem Jahr stattgefundenen Nachuntersuchung blieben diese Verbesserungen bei 38% der Teilnehmer bestehen. Das waren 29 der ursprünglich mehr als 130 (S. 1047) Studienteilnehmer, de facto etwa 22%. In Westen und Morrison's (2001) Metaanalyse der empirisch gestützten Studien zu generalisierter Angststörung und Depression lag die Ausschlussrate bei etwa zwei Drittel. Westen und Morrison schlussfolgerten, dass „mit Ausnahme der CBT für Panik bei der Mehrheit der Patienten, die bezüglich der untersuchten Störungen eine Behandlung erhalten haben, keine Genesung zu verzeichnen war“ (S. 650).

Ein weiteres Problem in Bezug auf die „Evidenz“ der CBT-Therapien ist, dass die Kontrollgruppen, von denen einige angeblich wie immer behandelt wurden, oft etwas erhielten, was nicht als Teil der eigentlichen Behandlung angesehen werden kann (Wampold et al., 2011). Wampold et al. berichteten, dass in einigen Fällen die übliche Behandlung darin bestand, dass der Hausarzt eine Überweisung schrieb. Nach wie vor ist die öffentliche Wahrnehmung für gewöhnlich die, dass nur CBT hilft:

Die psychische Gesundheitsfürsorge hat einen langen Weg zurück gelegt, seit das Mittel der Wahl Trepanation war- das Bohren von Löchern in den Schädel, um die „bösen Geister“ zu vertreiben. Im Verlauf der letzten 30 Jahre haben Behandlungen wie die kognitive Verhaltenstherapie, die

dialektische Verhaltenstherapie und die familienbasierte Behandlung ihre Wirksamkeit bei Erkrankungen der Angst und Depression bis zu posttraumatischer Belastungsstörung und Essstörung aufgezeigt. Das Problem ist, dass überraschend wenig Patienten tatsächlich diese Art von evidenzbasierten Behandlungen bekommen, sobald sie auf der Couch angekommen sind, insbesondere nicht die kognitive Verhaltenstherapie. (Brown, 2013)

Die öffentliche Wahrnehmung stammt wahrscheinlich teilweise vom Einfluss der Fachzeitschriften, in denen psychodynamische und CBT-Forschungsergebnisse veröffentlicht wurden. Weiss (2009) wies im *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* darauf hin, dass die psychodynamische Psychotherapie für die „psychodynamische Insel ... mit wenig Kommunikation zur Außenwelt“, veröffentlicht wird (S. 391). Er merkte an, dass bei den drei bedeutendsten Fachzeitschriften, *Psychotherapy Research*, *Psychotherapy* und *American Journal of Psychotherapy*, der Impact-Faktor in Bezug auf Veröffentlichungen zum Thema psychodynamischer Psychotherapie bei oder unter einem Wert von 1 liegt. Dahingegen hat die Fachzeitschrift *The Archives of General Psychiatry* einen Impact-Faktor von 13.9, was bedeutet, dass sie im Vergleich zu anderen Fachzeitschriften weitaus häufiger zitiert wird. Die Durchsuchung des *The Archives of General Psychiatry* (jetzt *JAMA Psychiatry*) nach Publikationen, die „cognitive behavior therapy“ und „cognitive behavioral therapy“ im Titel tragen, lieferte 20 Artikel, wohingegen „psychodynamic therapy“ nur 2 hervorbrachte. Die Artikel des *Archives* werden in Publikationen der Fachzeitschriften zitiert, die wiederum selbst zitiert werden. Auch wenn diese spezielle Ausgabe nichts an der Isolation der Psychoanalyse ändert wird, werden zumindest mehr von denen, die psychodynamische Therapien durchführen, etwas über die Wirksamkeit von vielen Interventionen erfahren, die sie wahrscheinlich anwenden.

Obwohl in vielen europäischen Ländern CBT als beste Behandlung für Störungen wie Depression und Angst gilt, verändert sich die Situation in Schweden und den Niederlanden. Obgleich CBT zuerst in den Richtlinien des schwedischen Zentralamts für Gesundheits- und Sozialwesen empfohlen wurde, werden diese Empfehlungen nun revidiert. Schweden investierte 2 Milliarden Kronen, um CBT zu verbreiten und denjenigen anzubieten, die an Depression und Angst leiden, nur um später festzustellen, dass diejenigen, die damit behandelt wurden, einem höheren Risiko ausgesetzt waren, erwerbsunfähig zu werden (d.h. für längere Zeit arbeitsunfähig), wie *Socionomen*, die offizielle Zeitschrift für schwedische Sozialarbeiter berichtete (vgl. Miller, 2012). Etwas Ähnliches ereignet sich momentan in den Niederlanden. Obwohl CBT und die interpersonelle Psychotherapie die einzigen Behandlungen waren, die in den niederländischen Richtlinien für evidenzbasierte Behandlungen von Depressionen aus dem Jahr 2004 aufgelistet waren, wird die psychodynamische Therapie nun ergänzt (siehe Dekker et al., diese Ausgabe).

In dieser speziellen Ausgabe von *Contemporary Psychoanalysis* stellen Wissenschaftler Argumente und Belege für die Wirksamkeit psychodynamischer und psychoanalytischer Behandlungen vor und liefern Daten, die die Art und Weise der Veränderungen beschreiben. Im ersten Artikel plädiert Sandell für eine zweifache Vorgehensweise - eine, in der individuelle Unterschiede in Einzelstudien analysiert werden und eine, in der Regelmäßigkeiten in Gruppenbehandlungen untersucht werden. Als erstes ergründet er die zwei Hauptargumente, die gegen die systematische Forschung in der Psychoanalyse erhoben werden: (1) Die Vorstellung, dass die Prozesse nicht beobachtbar sind und (2) die Idee, dass die Personen, also der Analytiker und der Analysand, einzigartig sind und somit nicht mittels gruppenspezifischer Untersuchungen analysiert werden können. In Bezug auf die Einzigartigkeit zweifelt er die Nützlichkeit von Fallstudien an, insbesondere dann, wenn von einer wahrhaftigen Einzigartigkeit ausgegangen wird. Es würde dann nämlich der Eindruck entstehen, als seien sie zu spezifisch, um generalisiert zu werden. Gleichzeitig könnten Gruppendaten aber auch zu heterogen beschaffen sein, um etwas Bestimmtes über einen Fall zu prognostizieren. Er plädiert für eine Herangehensweise, in der man die

Durchschnittswerte von Untergruppen betrachtet, um die Gesetzmäßigkeiten herauszufinden, die sich ergeben, wenn man davon ausgeht, dass sich Individuen in Untergruppen ähneln, aber nicht in der Gesamtgruppe.

Anschließend widerlegten Zilcha-Mano und Barber zwei Mythen: (1) Dass dynamische Psychotherapie keine evidenzbasierte Anwendung ist und (2) dass sie nicht wirksam im Hinblick auf die Linderung von Symptomen ist. Bezogen auf den ersten Mythos zitieren sie Studien, welche die Wirksamkeit sowohl in Bezug auf Kurzzeit- und Langzeitbehandlungen (Durchschnitt von 150 Sitzungen), in denen Verbesserungen nach Behandlungsende erzielt werden, als auch hinsichtlich großer Effektstärken – insbesondere bei Langzeit-Follow-ups – aufzeigen. Sie berichten über Metaanalysen von randomisiert-kontrollierten Studien zur Depression, Persönlichkeitsstörungen und fast allen Angststörungen, die aufzeigen, dass die Wirksamkeit von dynamischer Psychotherapie der CBT entspricht beziehungsweise am Therapieende und beim Follow-up sogar noch bessere Ergebnisse im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielt wurden. Hinsichtlich des zweiten Mythos zitieren sie Studien, die aufzeigen, dass viele Krankheitsbilder gemildert wurden, wie Depression, Panik, Agrophobie, generalisierte Angststörung, traumatische und somatische Symptome, Kokainmissbrauch und Borderline-, ängstlich-vermeidende- und zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Daraufhin sind sie der Frage nachgegangen, was den Erfolg dynamischer Psychotherapie ausmacht und nennen diesbezüglich zwei Faktoren - die Beziehung und spezifische Methoden. Weiterhin berichten sie von Untersuchungsergebnissen, die die Unzulänglichkeiten der dynamischen Psychotherapie aufzeigen. (Zum Beispiel hilft es kokainabhängigen Personen zu Beginn eher, abstinenter zu leben als sich die Gründe für ihren Drogengebrauch bewusst zu machen.) Der häufige Gebrauch von Interpretationen hat sich als problematisch herausgestellt – zu wissen, wann Interpretationen angebracht sind, ist das Entscheidende. Eine Anzahl von Methoden haben sich als nützlich herausgestellt, wie etwa den Patienten in seinem Wunsch zu bekräftigen, seine Ziele zu erreichen, auf Parallelen vergangener und gegenwärtiger Beziehungen hinzuweisen und die Symptome im Zusammenhang mit den Beziehungsproblemen zu betrachten. Die Frage, was zur Veränderung führt und was zu einer mangelnden Veränderung beiträgt, wird in späteren Artikeln von Hersoug et al., Diamond et al., Safran et al., und Kächele und Schachter aufgegriffen.

Zunächst werden aber weitere Belege für die Wirksamkeit von psychodynamischen Behandlungen in Beiträgen von Leichsenring et al. und Dekker et al. präsentiert. Leichsenring et al. konzentrieren sich auf randomisiert-kontrollierte Studien. Sie präsentieren zahlreiche Studien, die die Wirksamkeit psychodynamischer Behandlungen für Menschen mit Störungen der Depression, Angst, somatoformen-, Persönlichkeits-, Ess-, und substanzbezogenen Störungen, die Unfähigkeit zu Trauern und PTBS aufzeigen. Sie verweisen darauf, dass mehr Studien zur Langzeitpsychotherapie benötigt werden. Dekker et al. legen ihren Schwerpunkt auf die supportive psychodynamische Kurzzeittherapie (SPSP), die als Behandlung für ambulante Patienten mit depressiven Störungen in den frühen 1990er von De Jonghe entwickelt wurde (2005). Nachdem sie eine Reihe von Vergleichsstudien betrachtet haben, weisen sie darauf hin, dass es wirksamer ist, SPSP in Kombination mit Antidepressiva zu verabreichen als nur mit Antidepressiva zu behandeln und dass die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten längst nicht denselben Effekt hat. Es wurden keine Unterschiede zwischen CBT und SPSP festgestellt.

Hersoug et al. haben, in einer Erweiterung ihrer ausführlichen Arbeit zur experimentellen Untersuchung von Übertragung, herausgefunden, dass Übertragungsarbeit förderlich im Hinblick auf Patienten ist, die eine geringe Beziehungsqualität mit anderen Menschen aufweisen, besonders bei Frauen, aber nicht hilfreich bezüglich Patienten einer guten Allianz und einer hohen Beziehungsqualität mit anderen. Dieses Ergebnis erscheint vor dem Hintergrund anderer Forschungsergebnisse verblüffend. Weitere Forschung ist

erforderlich, um genau zu bestimmen, was „Übertragungsarbeit“ bedeutet. Durch den Vergleich von Daten der Psychoanalytiker des White Institute und norwegische Analytiker haben wir (Curtis, Knaan-Kostman, Mannix & Field, 2004) beispielsweise herausgefunden, dass norwegische Analytiker mehr „freudianische“ Interventionen anwenden, obwohl diese eher eine interpersonelle Neigung aufweisen. Bedeutet Übertragungsarbeit so etwas wie zum Beispiel die folgende Interpretation: „Du fühlst dich mir gegenüber so, wie du es deinem Vater gegenüber getan hast.“ Wenn ja, könnte dies eine hochgradig funktionsfähige Person irritieren. Wenn die Übertragungsarbeit andererseits in einer Äußerung wie der Folgenden bestünde, „Du hast es also so empfunden, als ob ich die Stirn gerunzelt hätte als du in den Raum kamst... erzähl mir darüber und wie du dich gefühlt hast,“ wobei es sich um eine Art von Intervention handelt, die traditionell von interpersonellen Analytikern verwendet wird, überrascht das Ergebnis, dass diese Übertragungsarbeit nicht hilfreich ist, umso mehr. Falls es sich jedoch herausstellt, dass Patienten mit einer hohen Beziehungsqualität zu anderen Personen und einer guten Allianz im Allgemeinen nicht so signifikant von Übertragungsarbeit profitieren wie von anderen Interventionsmethoden, sollten sich Psychoanalytiker ernsthafte Überlegungen hinsichtlich anderer Veränderungsmechanismen machen und ausgehend davon ihre Theorien der Veränderungen (vgl. Curtis, 2009, 2012) überprüfen. Systematische Forschung kann solche Probleme spezifizieren und klären, wie es wahrscheinlich von dieser produktiven Gruppe in Zukunft getan wird.

Im folgenden Artikel untersuchten Diamond et al., wie sich während einer übertragungsfokussierten Psychotherapie der Beziehungstyp und die Reflexionsfähigkeit von Patienten änderten, welche den diagnostischen Kriterien für narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder nur denen der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten. In beiden Gruppen wechselten diejenigen mit einem unsicheren/desorganisierten Bindungsmuster zu einem organisierten, wenngleich unsicheren Bindungsstil und verbesserten darüber hinaus ihre Reflexionsfähigkeit. Die Forschung deutete jedoch an, dass einige der narzisstischen Coping-Strategien den Patienten dabei zu helfen scheinen, weniger desorganisiert zu sein.

Safran et al. untersuchten inwiefern deren relationale Kurzzeittherapie, abgeleitet von Aspekten der relationalen Psychoanalyse, Therapeuten und Patienten dabei half ihre Beziehungsbrüche zu lösen. Relationale Kurzzeittherapie umfasst formale Übungen zum Achtsamkeitstraining und Alliance-fokussiertes Training. Von großer Bedeutung ist es, die negativen Gefühle des Patienten dem Therapeuten gegenüber anzusprechen, was den Vorstellungen von interpersoneller Psychoanalyse entspricht. Eine hohe Reflexionsfähigkeit der Therapeuten prognostizierte eine bessere Auflösung von Brüchen in den Beziehungen. Obwohl Patienten, die von Therapeuten mit einer hohen Reflexionsfähigkeit behandelt wurden, keine bessere interpersonelle Funktionsfähigkeit oder weniger Symptome bei der Beendigung der 30 Behandlungssitzungen zeigten, wiesen sie jedoch diese Veränderungen nach dem sechsmonatigen Follow-up auf.

Abschließend befassen sich Kächele und Schacter mit einem Thema, das oft gemieden wird: Wann versagt eine psychodynamische Behandlung? Die Schwundquoten sind hoch und ähnlich bei Psychotherapie und Psychoanalyse, 32-67% und 27-60%, entsprechend verschiedener Studien für unterschiedliche Zeiträume. Nur 50% der Psychoanalysen werden gemeinsam vereinbart beendet, wobei die Rate viel größer ist, wenn Psychoanalytiker selbst Patienten sind. Mögliche Ursachen werden thematisiert: falsche Diagnosen, ungünstige externe Bedingungen, konstitutionelle Faktoren, Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung, und Faktoren des Therapeuten wie Ausbildung, Fähigkeiten und die Persönlichkeit.

Mehr Fallstudien und systematische Forschung wären vonnöten, um die Faktoren bestimmen zu können, welche zu eher hilfreichen und weniger hilfreichen Behandlungen führen. Um sich mit dem Problem auseinander zu setzen, dass die häufigste Anzahl von

Psychotherapiebehandlungen bei einer liegt, sollten Therapeuten lernen, was für Fragen in einer Erstbehandlung zu stellen sind. Wie beispielsweise: „Was würde dich davon abhalten wieder zu kommen?“. Lambert (2010) hat ebenfalls herausgefunden, dass Bewertungsbögen zur Therapiesitzung die Drop-out-Rate verringert, wo ein erhöhtes Risiko von Patienten besteht an der Behandlung zu scheitern.

Einige Psychoanalytiker sind abgeneigt anzuerkennen, dass möglicherweise nicht alle Patienten mit jeglicher Art von Problemen davon profitieren, wenn mit einem psychoanalytischen Ansatz begonnen wird. Die Forschungsergebnisse von Zilcha-Mano und Barber verdeutlichen, dass Abstinenz zu Beginn hilfreicher bei der Therapie von Drogenabhängigen war, als die Ursachen zu explorieren, was ein Beispiel dafür ist, dass Patienten in diesem Fall eher von einem Verhaltensansatz profitieren würden. Selbst beim Schach, wo die Figuren immer in gleicher Reihenfolge stehen, gibt es unterschiedliche Anfänge. Aber Psychoanalyse und Psychotherapie gleicht möglicherweise eher einem Kartenspiel - wo jeder Person eine andere Karte ausgeteilt wird mit der er beginnen muss.

Psychoanalytiker beklagen oft, dass sie nichts von systematischer Forschung lernen. Möglicherweise sind wir an der Schwelle, an der eine größere Interaktion zwischen Klinikern und Forschern zu verzeichnen ist, wobei Forscher möglicherweise in der Lage sind nützlichere Fragen zu beantworten. Ich denke, dass Psychoanalytiker immerhin einige neue Dinge von diesen Artikeln bezüglich der Fragen, was wirkt, wann es wirkt und mit wem es wirkt, lernen werden. Und zumindest werden sie eine Fülle von Studien haben, um denjenigen, welche die psychodynamische Herangehensweisen als nicht wirksam kritisieren, den Wind aus den Segeln zu nehmen.

LITERATUR

Brown, H. (2013, März 25). Looking for evidence that therapy works. *New York Times*. Retrieved from <http://well.blogs.nytimes.com/2013/03/25/looking-for-evidence-that-therapy-works>

Calhoun, K.S., Moras, K., Pilkonis, P.A., & Rehm, L. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Clinical & Consulting Psychology*, 66, 151-162.

Curtis, R. C. (2009). *Desire, self, mind and the psychotherapies: Unifying psychological science and psychoanalysis*. Lanham, MD: Jason Aronson.

Curtis, R.C. (2012). New experience and meanings: A model of change for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 29, 81-89.

Curtis, R. C., Knaan-Kostman, I., Mannix, K., & Field, C. (2004). What 75 analysts found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 183-202.

De Jonghe, F. (2005) *Kort en krachtig: Kortdurende psychoanalytische steungevende psychotherapie* [Short and sweet: Short-term psychoanalytic supportive psychotherapy]. Amsterdam, The Netherlands: Benecke NI.

Gardner, H. (1988). *The mind's new science: A history of the cognitive revolution*. New York, NY: Basic Books.

- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, S. (2012, Mai 13). *Revolution in Swedish mental health practice: The cognitive behavioral therapy monopoly gives way*. Retrieved from <http://scottdmiller.com/icce/revolution-in-swedish-mental-health-practice-the-cognitive-behavioral-therapy-monopoly-gives-way/>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Scheel, K. R. (2001). The empirical basis of dialectical behavior therapy: Summary, critique and implications. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 7, 68-86.
- Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahaline, J., Hughes, C. Harden, T., & Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive-behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.
- Wampold, B. E. (2011). Evidence-based treatment for depression and anxiety vs. Treatment-as-usual: A meta-analysis of direct comparison. *Clinical Psychology Review*, 31, 1304-1312.
- Weiss, A.P. (2009). Measuring and enhancing the impact of psychodynamic psychotherapy practice. In S. A. Ablon & R. A. Levy (Eds.), *Handbook of empirically based psychodynamic treatment* (pp. 389-394). New York, NY: Humana Press.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multi-dimensional meta-analysis for treatments of depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Clinical & Consulting Psychology*, 69, 875-899.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-benner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 31, 427-433.

Rebecca Coleman Curtis, Ph.D., ist Professorin für Psychologie, Adelphi University, als auch Lehrbeauftragte und Supervisorin, William Alanson White Institute. Sie ist Autorin von *Desire, Self, Mind, and the Psychotherapies: Unifying Psychological Science and Psychoanalysis* (2009). Herausgeberin von *Self-Defeating Behaviors* (1989) und *The Relational Self* (1991) und Mitherausgeberin von *Taboo or Not Taboo in Psychoanalysis and Psychotherapy: Forbidden Thoughts, Forbidden Acts* (2009), *How People Change* (1991), *On Deaths and Endings: Psychoanalysts' Reflections on Finality, Transformations, and New Beginnings* (Gradiva Award Winner 2008), *On Loneliness and Longing* (2011), and *Understanding and Coping with Failure* (2014). Dr. Curtis hat über 50 Artikel, Kapitel und Rezensionen publiziert, über 100 Vorträge in Nord- und Südamerika, Afrika, Asien und Europa gehalten, und trat bei acht Fernsehshows auf. Dr. Curtis arbeitet an der Integration von klinischer Psychologie, Psychoanalyse und wissenschaftlicher Psychologie.