

# Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie

Jonathan Shedler, PhD  
University of Colorado Denver School of Medicine<sup>1</sup>

## *Zusammenfassung:*

*Empirische Daten belegen die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. Effektgrößen für psychodynamische Psychotherapie sind so groß wie die für andere Therapien berichteten Effektgrößen, für die aktiv als "empirisch gestützt" und "evidenzbasiert" geworben worden ist. Außerdem erzielen Patienten, die eine psychodynamische Therapie machen, einen andauernden therapeutischen Gewinn und scheinen sich nach Behandlungsende weiterhin zu bessern. Schließlich sind nicht-psychodynamische Therapien vielleicht zum Teil wirksam, weil sachkundigere Therapeuten Techniken anwenden, die für die psychodynamische Theorie und Praxis seit langem von zentraler Bedeutung sind. Die Auffassung, psychodynamische Ansätze seien nicht ausreichend empirisch gestützt, stimmt nicht mit den zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Daten überein und reflektiert vielleicht eine selektive Verbreitung von Forschungsergebnissen.*

*Stichwörter: Psychotherapie Outcome, Psychotherapieverfahren, Psychoanalyse, psychodynamische Psychotherapie, Metaanalyse*

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

Die wissenschaftliche Datenlage sieht ganz anders aus: eindrucksvolle Untersuchungen belegen die Wirksamkeit und die Effektivität psychodynamischer Psychotherapie. Die offenkundige Diskrepanz zwischen weit verbreiteter Auffassung und Datenlage liegt vielleicht teilweise an einer Voreingenommenheit bei der Verbreitung von Forschungsergebnissen. Eine potenzielle Quelle dieser Voreingenommenheit besteht in einer anhaltenden Abneigung der psychiatrischen Profession gegen früher gezeigte psychoanalytische Arroganz und Macht. In vergangenen Jahrzehnten wurde die amerikanische Psychoanalyse von einer hierarchischen medizinischen Institution dominiert, die Nicht-Ärzten die Ausbildung verweigerte und eine abschätzige Haltung gegenüber Forschung einnahm. Damit gewann man in akademischen Kreisen keine Freunde. Als empirische Ergebnisse auftauchten, die nicht-psychodynamische Behandlungen stützten, wurden sie von vielen Akademikern begeistert begrüßt. Man war begierig, sie zu diskutieren und zu

---

<sup>1</sup> Der Autor dankt Mark Hilsenroth für seinen beträchtlichen Beitrag zu diesem Artikel; Marc Diener für einige der hier berichteten Informationen; und Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, George Stricker und Robert Wallerstein für ihre Kommentare zu früheren Entwürfen.

Korrespondenz an Jonathan Shedler, PhD, E-mail: [jonathan@shedler.com](mailto:jonathan@shedler.com).  
Übersetzt von Petra Ayling & Horst Kächele (IPU Berlin)

verbreiten. Als empirische Daten psychodynamische Konzepte und Behandlungen stützten, wurde das oft übersehen.

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

### ***Charakteristische Merkmale der Psychodynamischen Technik***

*Psychodynamische Psychotherapie*<sup>2</sup> bezieht sich auf eine Reihe auf psychoanalytischen Konzepten und Methoden basierenden Behandlungen, die seltenere Sitzungen erfordern und beträchtlich kürzer als ursprüngliche *Psychoanalyse* sein kann. Sitzungen finden typischerweise ein- oder zweimal pro Woche statt, und die Behandlung kann entweder zeitlich begrenzt oder unbegrenzt sein. Das Wesen der psychodynamischen Psychotherapie liegt darin, diejenigen Aspekte des Selbst zu erkunden, die nicht völlig bewusst sind, besonders da sie sich in der Therapiebeziehung offenbaren und potenziell beeinflusst werden.

Lehrbücher für Studenten setzen psychoanalytische oder psychodynamische Therapien zu oft mit einigen der von Sigmund Freud vor ungefähr einem Jahrhundert gemachten, verschrobeneren und unzugänglichen Spekulationen gleich. Dies stellt selten die vorherrschenden Trends der psychodynamischen Konzepte wie sie heutzutage verstanden und praktiziert werden dar. Solche Darlegungen zusammen mit karikierten Darstellungen in den Massenmedien haben zu einem weitverbreiteten Mißverständnis der psychodynamischen Behandlung beigetragen (für eine Erörterung wie klinische Psychoanalyse in US-amerikanischen Hochschullehrplänen repräsentiert und misrepräsentiert wird, siehe Bornstein, 1988, 1995; Hansell, 2005; Redmond & Shulman, 2008). Um mögliche Mythen verdrängen zu helfen und ein größeres Verständnis psychodynamischer Praxis zu erleichtern, werden in diesem Abschnitt Charakteristiken zeitgenössischer psychodynamischer Technik rezensiert.

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

*1. Fokus auf Emotion und Gefühlsausdruck.* Psychodynamische Psychotherapie fördert die Erforschung und Auseinandersetzung mit der vollen Gefühlspalette eines Patienten. Der Therapeut hilft dem Patienten, Gefühle zu beschreiben und zu benennen. Dazu gehören

---

<sup>2</sup> Ich benutze die Begriffe *psychodynamisch* und *psychoanalytisch* synonym.

widersprüchliche Gefühle, beunruhigende oder bedrohliche Gefühle und Gefühle, die der Patient anfangs vielleicht nicht erkennen oder eingestehen kann (dies steht im Gegensatz zum kognitiven Fokus, wo größeres Gewicht auf Gedanken und Glauben gelegt wird; Blagys & Hilsenroth, 2002; Burum & Goldfried, 2007). Es wird auch anerkannt, dass *intellektuelles* Verständnis nicht das selbe wie emotionales Verständnis ist, das mit einer tiefen Ebene in Resonanz tritt und zu Veränderung führt (dies ist ein Grund dafür, warum viele intelligente und psychologisch veranlagte Leute die Gründe für ihre Schwierigkeiten erklären können, aber ihr Verständnis hilft ihnen nicht, diese Schwierigkeiten zu überwinden).

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

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

4. *Auseinandersetzung mit Erfahrungen in der Vergangenheit (Entwicklungsfokus).* In Zusammenhang mit der Identifizierung von wiederkehrenden Themen und Mustern steht die Erkenntnis, dass sich Erfahrungen aus der Vergangenheit, besonders frühe Erfahrungen mit bedeutungsvollen Bezugspersonen, auf unser Erleben und Verhältnis zur Gegenwart auswirken. Psychodynamische Psychotherapeuten erforschen frühe Erlebnisse, die Beziehung zwischen Vergangenheit und Gegenwart, und die Art und Weise, in der die Vergangenheit dazu neigt, in der Gegenwart "weiterzuleben". Der Fokus liegt nicht auf der Vergangenheit um ihrer selbst willen, sondern vielmehr darauf, wie die Vergangenheit *gegenwärtige* psychologische Schwierigkeiten beleuchtet. Das Ziel ist, den Patienten zu helfen, sich von den Fesseln früherer Erfahrungen zu befreien, um voll und ganz in der Gegenwart zu leben.

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

6. *Fokus auf die Therapiebeziehung.* Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist eine

wichtige zwischenmenschliche Beziehung, eine die äußerst bedeutungsvoll und gefühlsgeladen werden kann. In dem Maße wie wiederkehrende Themen in den Beziehungen und der Art des Interagierens einer Person bestehen, tauchen diese Themen in gewisser Form oft in der Therapiebeziehung auf. Zum Beispiel: eine Person, die dazu neigt, anderen zu misstrauen, begegnet dem Therapeuten vielleicht mit Mißtrauen; eine Person, die Missbilligung, Ablehnung oder Verlassenwerden fürchtet, hat vielleicht Angst davor, vom Therapeuten abgelehnt zu werden, ob bewußt oder unbewußt; eine Person, die sich mit Wut und Feindseligkeit quält, kämpft vielleicht mit Wut dem Therapeuten gegenüber und so weiter (diese Beispiele sind relativ simpel; die Wiederholung von interpersonalen Themen in der Therapiebeziehung ist oft komplizierter und subtiler als diese Beispiele andeuten). Das Wiederauftreten von interpersonalen Themen in der Therapiebeziehung (theoretisch ausgedrückt: Übertragung und Gegenübertragung) stellt eine einzigartige Gelegenheit dar, sie zu erforschen und *in vivo* neu zu bearbeiten. Das Ziel ist mehr Flexibilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und eine verbesserte Fähigkeit, zwischenmenschlichen Bedürfnissen zu entsprechen.

**7. Erforschung des Phantasielebens.** Im Gegensatz zu anderen Therapien, in denen der Therapeut Sitzungen aktiv strukturiert oder einem im Voraus bestimmten Ablauf folgt, werden Patienten in der psychodynamischen Psychotherapie ermutigt, frei zu äußern was auch immer sie auf dem Herzen haben. Wenn Patienten dies tun (die meisten Patienten benötigen beträchtliche Hilfe vom Therapeuten bevor sie wirklich frei sprechen können), erstrecken sich ihre Gedanken natürlich auf viele Gebiete des Seelenlebens, einschließlich Wünsche, Ängste, Phantasien, Träume und Tagträume (die der Patient in vielen Fällen vorher noch nicht versucht hat, in Worte zu fassen). All dieses Material ist eine reiche Quelle an Informationen wie die Person sich selbst und andere sieht, Erlebnisse interpretiert und versteht, Aspekte von Erlebnissen vermeidet oder eine potenzielle Fähigkeit, größeres Vergnügen und Sinn im Leben zu finden, beeinträchtigt. Der letzte Satz deutet ein größeres Ziel an, das in all den anderen enthalten ist: Die Ziele der psychodynamischen Psychotherapie beinhalten die Arbeit an Symptomen, gehen aber über die Symptomremission hinaus. Eine erfolgreiche Behandlung sollte nicht nur Symptome lindern (d.h. etwas *los* werden), sondern auch das positive Vorhandensein psychologischer Eigenschaften und Ressourcen fördern. Je nach Person und Umständen können dazu gehören: befriedigendere Beziehungen haben zu können, seine Begabungen und Fähigkeiten effektiver zu nutzen, ein realistisches Selbstwertgefühl zu behalten, eine breitere Palette von Emotionen zu tolerieren, befriedigendere sexuelle Erfahrungen zu machen, sich selbst und andere auf nuanciertere und differenziertere Art und Weise zu verstehen und den Herausforderungen des Lebens mit größerer Ungezwungenheit und Flexibilität gegenüberzutreten. Solche Ziele werden durch einen Prozess der Selbstreflektion, Selbsterforschung und Selbstentdeckung verfolgt, der im Rahmen einer sicheren und sehr authentischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient stattfindet.<sup>3</sup>

### ***Wie wirksam ist Psychotherapie allgemein?***

In der Psychologie und der Medizin allgemein sind Metaanalysen eine weithin akzeptierte Methode, die Ergebnisse von unabhängigen Studien zusammenzufassen (Lipsey & Wilson, 2001; Rosenthal, 1991; Rosenthal & DiMatteo, 2001). Durch Metaanalysen lassen sich die Ergebnisse

---

<sup>3</sup> Für eine jargonfreie Einführung in zeitgenössisches psychodynamisches Denken siehe *That was Then, This is Now: Psychoanalytic Psychotherapy for the Rest of Us* [Shedler, 2006; kostenlos zum Download verfügbar auf <http://psychsystems.net/shedler.html>]

von verschiedenen Studien vergleichen; diese werden in ein gemeinsames metrisches System umgewandelt, wodurch die Ergebnisse der Studien gebündelt werden können. Ein häufig benutztes Maß ist *Effektgröße*; diese drückt den Unterschied zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppen aus, und wird in Standardabweichungseinheiten angegeben<sup>4</sup>. Eine Effektgröße von 1,0 bedeutet, dass der durchschnittliche behandelte Patient eine Standardabweichung gesünder auf der normalen Verteilungs- oder Glockenkurve ist als der durchschnittliche unbehandelte Patient. Eine Effektgröße von 0,8 wird in der psychologischen und medizinischen Forschung als großer Effekt angesehen, eine Effektgröße von 0,5 wird als moderater Effekt betrachtet und eine Effektgröße von 0,2 wird als kleiner Effekt angesehen (Cohen, 1988). Die erste größere Metaanalyse psychotherapeutischer Outcome-Studien beinhaltete 475 Studien und ergab eine Gesamteffektgröße (verschiedene Diagnosen und Behandlungen) von 0,85 für Patienten, die eine Psychotherapie erhielten, verglichen mit unbehandelten Kontrollgruppen (Smith, Glass, & Miller, 1980). Nachfolgende Metaanalysen haben auf ähnliche Weise die Wirksamkeit von Psychotherapie belegt. Die einflußreiche Übersicht von Lipsey & Wilson (1993) stellte Ergebnisse für 18 sich mit allgemeinen Psychotherapie-Outcome befassenden Metaanalysen tabellarisch dar, die eine Medianeffektgröße von 0,75 hatten. Sie stellte auch Ergebnisse für 23 Metaanalysen, die sich mit Outcome in kognitiver Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation befassten und eine Medianeffektgröße von 0,62 hatten, tabellarisch dar. Eine Metaanalyse von Robinson et al. (1990) fasste die Ergebnisse von 37 Psychotherapiestudien zusammen, die sich speziell mit Ergebnissen in der Behandlung von Depressionen befassten und die eine Gesamteffektgröße von 0,73 hatten. Das sind relativ große Effekte. (Siehe Lambert & Ogles (2004) für eine Übersicht über Psychotherapiewirksamkeits- und effektivitätsforschung). Es ist aufschlussreich, Effektgrößen für Antidepressiva zu betrachten. Eine im *New England Journal of Medicine* berichtete Analyse von FDA Datenbanken (veröffentlichte und unveröffentlichte Studien) fand Effektgrößen von 0,26 für Fluoxetin (Prozac), 0,26 für Sertraline (Zoloft), 0,24 für Citalopram (Celexa), 0,31 für Escitalopram (Lexapro) und 0,30 für Duloxetine (Cymbalta). Die durchschnittliche Gesamteffektgröße für Antidepressiva, die von der FDA zwischen 1987 und 2004 genehmigt waren, war 0,31 (Turner et al., 2008)<sup>5</sup>.

3

Eine in der angesehenen *Cochrane Library* berichtete Metaanalyse (Moncrieff, Wessely, & Hardy, 2004) fand eine Effektgröße von 0,17 für trizyklische Antidepressiva verglichen mit aktiven Placebo (ein aktives Placebo ahmt die Nebenwirkungen eines Antidepressivums nach, ist aber selbst kein Antidepressivum)<sup>6</sup>. Dies sind relativ kleine Effekte. Allerdings sind die

---

<sup>4</sup> <sup>2</sup> Dieser als der *standardisierte Mittelwert-Unterschied* bekannte Wert wird benutzt, um die Ergebnisse von randomisierten kontrollierten Studien zusammenzufassen. Im weiteren Sinn kann sich das Konzept *Effektgröße* auf irgendein Maß beziehen, das das Ausmaß eines Forschungsergebnisses ausdrückt (Rosenthal & Rosnow, 2008).

<sup>5</sup> Das Maß der Effektgröße in dieser Studie war Hedges *g* (Hedges, 1982) anstatt Cohens *d* (Cohen, 1988), das im Allgemeinen berichtet wird. Die zwei Maße basieren auf leicht unterschiedlichen Rechenformeln, aber in diesem Fall hätte die Wahl der Formel keinen Unterschied gemacht: „Wegen des großen Stichprobenumfangs (über 12000) ändert sich nichts, wenn man von *g* zu *d* wechselt; beide Werte sind 0,31 auf zwei Dezimalstellen“ (R. Rosenthal, persönliche Kommunikation an Marc Diener).

<sup>6</sup> Obwohl Antidepressivastudien Doppelblindversuche sein sollen, ist das Blinde leicht zu durchschauen, weil die Nebenwirkungen von Antidepressiva körperlich erkennbar und weitbekannt sind. Studienteilnehmer und ihre Ärzte können deshalb herausfinden, ob sie das Medikament oder ein Placebo erhalten, und die dem Medikament zugeschriebenen Effekte können durch Erwartung und Demand-Effekte in die Höhe getrieben werden. Die

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

### ***Wie wirksam ist psychodynamische Psychotherapie?***

Eine kürzlich von der *Cochrane Library*<sup>7</sup> veröffentlichte und methodisch besonders rigorose Metaanalyse psychodynamischer Psychotherapie beinhaltete 23 randomisierte kontrollierte Studien von 1431 Patienten (Abbass, Hancock et al., 2006). Die Studien verglichen Patienten mit einer Reihe von häufigen psychischen Störungen<sup>8</sup>, die psychodynamische Kurzzeittherapie (< 40 Stunden) erhielten, mit Kontrollgruppen (Warteliste, minimale Behandlung oder “Behandlung wie üblich”) und ergab eine Gesamteffektgröße von 0,97 für allgemeine Symptombesserung. Die Effektgröße stieg auf 1,51 an, als die Patienten bei der langfristigen Nachuntersuchung (> 9 Monate nach Behandlung) beurteilt wurden. Zusätzlich zu Veränderungen bei allgemeinen Symptomen berichtete die Metaanalyse eine Effektgröße von 0,81 für Veränderungen bei somatischen Symptomen, die auf 2,21 bei der langfristigen Nachuntersuchung anstieg; eine Effektgröße von 1,08 für Veränderungen bei Angstwerten, die auf 1,35 bei der Nachuntersuchung anstieg; und eine Effektgröße von 0,59 für Veränderungen bei depressiven Symptomen, die auf 0,98 bei der Nachuntersuchung anstieg.<sup>9</sup> Der beständige Trend zu größeren Effektgrößen bei Nachuntersuchungen läßt darauf schließen, dass psychodynamische Psychotherapie psychologische Prozesse in Bewegung setzt, die zu andauernder Veränderung führen, sogar nachdem die Therapie beendet wurde. Eine in *Archives of General Psychiatry* berichtete Metaanalyse beinhaltete 17 hochwertige randomisierte kontrollierte Studien psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie (durchschnittlich 21 Sitzungen) und ergab eine Effektgröße von 1,17 für psychodynamische Psychotherapie verglichen mit Kontrollgruppen (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004). Die Vorher-Nachher-Effektgröße war 1,39. Sie erhöhte sich auf 1,57 bei der langfristigen Nachbeobachtung, die durchschnittlich 13 Monate nach der Behandlung stattfand. Beim Umwandeln dieser Effektgrößen in prozentuelle Terme bemerkten die Autoren, dass es Patienten, die in psychodynamischer Psychotherapiebehandlung waren “in Bezug auf ihre Zielpunkte besser geht als 92 % der Patienten vor der Therapie”.

---

Anwendung von “aktiven” Placebos schützt die Blindstudie besser, und die resultierenden Effektgrößen sind ungefähr halb so groß wie die im Übrigen berichteten.

<sup>7</sup> Die in der Medizin mehr als in der Psychologie bekannte Cochrane Library wurde erschaffen, um evidenzbasierte Verfahren zu fördern und wird als Führer in methodologischer Stringenz für Metaanalysen angesehen.

<sup>8</sup> Diese schlossen nicht-psychotische Symptom- und Verhaltensstörungen wie sie für gewöhnlich in Primärversorgungs- und psychiatrischen Diensten gesehen werden ein, z.B. nicht-bipolare depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen, die oft mit zwischenmenschlichen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen gemischt sind (Abbass, Hancock et al., 2006)

<sup>9</sup> Die Metaanalyse errechnete Effektgrößen auf verschiedene Arten. Die hier berichteten Ergebnisse beruhen auf der Methode, die am konzeptionellsten und statistisch aussagekräftigsten schien (in diesem Fall ein Random-Effects-Modell mit einem einzigen ausgegrenzten Ausreißer). Siehe Originalquelle für detailliertere Analysen (Abbass, Hancock, et al., 2006).

Eine vor kurzem veröffentlichte Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie für somatische Störungen (Abbass, Kisely, & Kroenke 2009). Sie beinhaltete 23 Studien mit 1870 Patienten, die an einer Vielzahl von somatischen Zuständen litten (z.B. dermatologisch, neurologisch, kardiovaskular, respiratorisch, gastrointestinal, muskuloskeletal, urogenital, immunologisch). Die Studie berichtete eine Effektgröße von 0,69 für eine Verbesserung der allgemeinen psychiatrischen Symptome und 0,59 für eine Verbesserung der somatischen Symptome. Unter den Studien, die Daten über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens berichteten, berichteten 77,8 % signifikante Abnahmen in der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufgrund psychodynamischer Therapie - ein Ergebnis mit potentiell enormen Implikationen für die Reform des Gesundheitswesens.

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

Zwei neue Metaanalysen untersuchten die Wirksamkeit *langfristiger* psychodynamischer Behandlung. Eine im *Journal of the American Medical Association* berichtete Metaanalyse (Leichsenring & Rabung, 2008) verglich psychodynamische Langzeittherapie (> 1 Jahr oder 50 Sitzungen) mit Kurzzeittherapien für die Behandlung von komplexen psychischen Störungen (definiert als mehrfache oder chronische psychische Störungen oder Persönlichkeitsstörungen) und ergab eine Effektgröße von 1,8 für das Gesamtergebnis.<sup>10</sup> Die Vorher-Nachher-Effektgröße war 1,03 für das Gesamtergebnis, die auf 1,25 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 23 Monate nach Behandlung anstieg ( $P < 0,01$ ).

Für alle fünf in der Studie bewerteten Ergebnisbereiche steigen die Effektgrößen vom Behandlungsende bis zur Nachbeobachtung an (Gesamtwirksamkeit, Zielprobleme, psychiatrische Symptome, persönliches Funktionieren und soziales Funktionieren). Eine zweite im *Harvard Review of Psychiatry* berichtete Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit psychodynamischer Langzeittherapie (durchschnittlich 150 Sitzungen) für ambulante erwachsene

---

<sup>10</sup> Wegen der atypischen Methode zur Errechnung dieser Effektgröße ist es möglich, dass eine überhöhte Abschätzung der Wirksamkeit angegeben wurde, die nicht vergleichbar mit anderen in dieser Übersicht berichteten Effektgrößen ist (siehe Thombs, Bassel, & Jewett, 2009 zur Diskussion).

Patienten mit einer Reihe von DSM Diagnosen (de Maat, de Jonghe, et al. 2009). Für Patienten mit gemischter/moderater Pathologie war die Vorher-Nachher-Effektgröße 0,78 für allgemeine Symptombesserung mit einem Anstieg auf 0,94 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 3,2 Jahre nach der Behandlung. Für Patienten mit starker Persönlichkeitspathologie war die Vorher-Nachher-Effektgröße 0,94 mit einem Anstieg auf 1,02 bei der langfristigen Nachbeobachtung durchschnittlich 5,2 Jahre nach Behandlung.

Diese Metaanalysen stellen die neuesten und methodologisch rigorosesten Bewertungen psychodynamischer Therapie dar. Besonders beachtenswert ist das immer wiederkehrende Ergebnis, dass die Vorteile psychodynamischer Therapie nicht nur andauern, sondern mit der Zeit zunehmen; ein Ergebnis das jetzt in wenigstens fünf unabhängigen Metaanalysen aufgetaucht ist (Abbass, et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; de Maat et al., 2009; Leichsenring et al, 2004; Leichsenring & Rabung, 2008). Im Gegensatz dazu haben die Vorteile von anderen (nicht-psychodynamischen) empirisch gestützten Therapien die Tendenz, für die geläufigsten Störungen mit der Zeit abzuklingen (z.B. Depression, generalisierte Angst; Gloaguen, Cottraux, et al., 1998; Hollon, DeRubeis, Shelton, et al., 2005; Maat, Dekker, et al., 2006; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).<sup>11</sup>

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

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

Persönlichkeitsstörungen betreffende Ergebnisse sind besonders verblüffend. Eine neue Studie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Clarkin et al., 2007) zeigte nicht nur Behandlungsvorteile, die denen einer anderen evidenzbasierten (dialektisch-behaviorale Therapie) Behandlung glichen oder sie übertrafen (DBT; Linehan, 1993), sondern auch Veränderungen an zugrundeliegenden psychologischen Mechanismen (intrapsychische Prozesse), von denen angenommen wird, dass sie Symptomveränderungen bei Borderline Patienten vermitteln (speziell Veränderungen der Reflexionsfähigkeit und Bindungsorganisation; Levy et al., 2006). Diese intrapsychischen Veränderungen traten bei Patienten auf, die psychodynamische Therapie erhielten, aber nicht bei Patienten, die dialektisch-behaviorale Therapie erhielten.

---

<sup>11</sup> Die Ausnahmen in diesem Muster sind bestimmte Angstzustände wie Panikstörung und einfache Phobie, für die kurzfristige, manualisierte Behandlungen andauernde Vorteile zu haben scheinen (Westen et al., 2004).





**Tabelle 1: Illustration von Effektgrößen aus Metaanalysen von Ergebnis-Studien**

<i><b>Behandlungsart und Quellenangabe</b></i>	<i><b>Beschreibung</b></i>	<i><b>Effekt-größe</b></i>	<i><b>N der Studien oder Metaanalysen</b></i>
<b>Allgemeine Psychotherapie</b>			
Smith, Glass, & Miller (1980)	verschiedene Therapien & Störungen	0,85	475 Studien
Lipsey & Wilson (1993)	verschiedene Therapien & Störungen	0,75 <sup>a</sup>	18 Metaanalysen
Robinson et al. (1990)	verschiedene Therapien, bei Depressionen	0,73	37 Studien
<b>Kognitive Verhaltenstherapie und verwandte Therapien</b>			
Lipsey & Wilson (1993)	kognitive Verhaltenstherapie & behaviorale Therapie, verschiedene Störungen	0,62 <sup>b</sup>	23 Metaanalysen
Haby et al. (2006)	kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Panik & generalisierte Angst	0,68	33 Studien
Churchill et al. (2001)	kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen	1,0	20 Studien
Cuijpers et al. (2007)	Verhaltensaktivierung bei Depressionen	0,87	16 Studien
Öst (2008)	Dialektisch-Behaviorale Therapie hauptsächlich für Borderline-Persönlichkeitsstörung	0,58	13 Studies
<b>Behandlung mit Antidepressiva</b>			
Turner et al. (2008)	FDA-registrierte Studien zwischen 1987 und 2004 geprüfter Antidepressiva	0,31	74 Studien
Moncrieff et al. (2004)	trizyklische Antidepressiva versus aktive Placebo	0,17	9 Studien
<b>Psychodynamische Psychotherapie</b>			
Abbass et al. (2006)	verschiedene Störungen, allgemeine Symptombesserung	0,97	12 Studien
Leichsenring et al. (2004)	verschiedene Störungen, Veränderung bei Zielproblemen	1,17	7 Studien
Anderson & Lambert (1995)	verschiedene Störungen & Ergebnisse	0,85	9 Studien
Abbass, Kisely, & Kroenke (2010)	Somatische Störungen, Veränderung bei allgemeinen psychiatrischen Symptomen	0,69	8 Studien
Messer & Abbass (im Druck)	Persönlichkeitsstörungen, allgemeine Symptombesserung	0,91	7 Studien

Leichsenring & Leibing (2003)	Persönlichkeitsstörungen, vor der Behandlung / nach der Behandlung	1,46 <sup>c</sup>	14 Studien
Leichsenring & Rabung (2008)	psychodynamische Langzeitpsychotherapie vs. kurzfristigere Therapien für komplexe psychische Störungen, Gesamtergebnis	1,8	7 Studien
de Maat et al. (2009)	psychoanalytische Langzeitpsychotherapie, vor der Behandlung / nach der Behandlung	0,78 <sup>c</sup>	10 Studien

<sup>a</sup> mediane Effektgröße von 18 Metaanalysen (von Lipsey & Wilson, 1993, Tabelle 1.1)

<sup>b</sup> mediane Effektgröße von 23 Metaanalysen (von Lipsey & Wilson, 1993, Tabelle 1.2)

<sup>c</sup> Vorher-Nachher-Vergleich (Within-Gruppe)

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

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

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

den Schwerpunkt auf spezifische Diagnosen (z.B. Bateman & Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2007; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Leichsenring, 2001, 2005; Milrod et al., 2007).

### ***Psychodynamische Prozesse in anderen Therapien***

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

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

Aus diesen Gründen können Studien zu „Markennamen“-Therapien äußerst irreführend sein. Studien, die über den Markennamen hinwegblicken, in dem sie Videos von Sitzungen oder Transkripte untersuchen, offenbaren mehr davon, was für Patienten hilfreich ist (Goldfried & Wolfe, 1996; Kazdin, 2007, 2008). Solche Studien weisen darauf hin, dass die aktiven Bestandteile anderer Therapien, nicht anerkannte psychodynamische Elemente enthalten. Bei einer Untersuchungsmethode um heraus zu finden was tatsächlich in Therapiesitzungen vor sich geht, wird das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones, 2000) verwendet. Dieses Instrument besteht aus 100 Variablen, die die Technik des Therapeuten und andere Aspekte des Therapieprozesses basierend auf spezifischen Handlungen, Aussagen und spezifischem Verhalten während der Sitzungen bewerten. In einer Reihe von Studien bewerteten geschulte, jedoch verblindete Beurteiler die 100 PQS Variablen von archivierten, Verbatimtranskripten für hunderte von Therapiestunden aus Outcome-Studien von sowohl psychodynamischer Kurzzeit- als auch kognitiver Verhaltenstherapie (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993).<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Die kognitive Therapiestudie war eine randomisierte kontrollierte Studie für Depressionen; die psychodynamischen Psychotherapiestudien waren Längsschnittuntersuchungen für gemischte Störungen bzw. für PTBS. Siehe die ursprüngliche Quelle für detailliertere Beschreibungen (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993).

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

Der psychodynamische Prototyp betonte unstrukturierten Dialog mit offenem Ausgang (z.B. Diskussion von Phantasien und Träume); das Identifizieren von sich wiederholenden Themen im Erleben des Patienten; das Verbinden von Gefühlen und Auffassungen des Patienten mit vergangenen Erfahrungen; das in Szene Setzen von Gefühlen, die vom Patienten als unakzeptierbar angesehen werden (z.B. Wut, Neid, Erregung); das Aufzeigen von Abwehrmechanismen; die Interpretation abgewehrter oder unbewußter Wünsche, Gefühle oder Ideen; das Konzentrieren auf die Therapiebeziehung als Gesprächsthema und die Identifikation von Verbindungen zwischen der Therapiebeziehung und anderen Beziehungen.

Der Verhaltenstherapie-Prototyp betonte einen Dialog mit einem spezifischeren Fokus, wobei der Therapeut die Interaktion strukturiert und Themen einleitet; der Therapeut auf eine mehr didaktische Art arbeitet; der Therapeut konkrete Handlungsempfehlungen oder Ratschläge anbietet; eine Diskussion der Behandlungsziele des Patienten stattfindet; eine Erklärung des Grundprinzips der Behandlung und Technik gegeben wird; sich auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten konzentriert wird; sich auf kognitive Themen wie Gedanken- und Glaubenssysteme konzentriert wird; und Aufgaben oder Aktivitäten (“Hausaufgaben”) besprochen werden, die der Patient außerhalb der Therapiesitzung ausprobieren soll.<sup>13</sup>

In drei Auswertungen archivierter Behandlungsaufzeichnungen (eine von einer Studie kognitiver Therapie und zwei von Studien psychodynamischer Kurzzeitspsychotherapie) maßen die Forscher für jeden Prototypen die Therapietreue der Therapeuten ohne zu berücksichtigen, welches Behandlungsmodell die Therapeuten *glaubten*, anzuwenden (Ablon & Jones, 1998).

Therapietreue im Sinne des psychodynamischen Prototypen prognostizierte ein erfolgreiches Ergebnis in *beiden* Therapien. Therapietreue dem kognitiven Verhaltenstherapie-Prototypen gegenüber zeigte in *beiden* Therapieformen wenig oder keinen Bezug zum Ergebnis. Die Ergebnisse entsprachen denen einer früheren Studie, die eine andere Methodik anwandte und auch fand, dass psychodynamische Interventionen, nicht VT Interventionen, ein erfolgreiches Outcome in sowohl kognitiven wie auch psychodynamischen Behandlungen prognostizierten (Jones & Pulos, 1993).

Ein unabhängiges Untersucherteam fand auch mit anderen Forschungsmethoden, dass psychodynamische Methoden ein erfolgreiches Ergebnis in kognitiver Therapie prognostizierte (Castonguay et al. 1996). Die Studie bewertete Ergebnisse kognitiver Therapie, die nach Becks Behandlungsmodell (Beck et al., 1979) durchgeführt wurden. Diese waren als Nachweis für die Wirksamkeit kognitiver Therapie für Depressionen berichtet worden (Hollon et al, 1992)<sup>14</sup>.

Forscher bestimmten drei Variablen anhand von Verbatim-Transkripten stichprobenartig ausgewählter Therapiesitzungen in einer Stichprobe von 64 ambulanten Patienten. Eine Variable bewertete die Qualität des Arbeitsbündnisses (das Konzept des *Arbeitsbündnisses* oder der

---

<sup>13</sup> Siehe ursprüngliche Quelle für vollständigere Beschreibungen der zwei Therapieprototypen (Ablon & Jones, 1998).

<sup>14</sup> Die Studie ist eine der archivierten, von Jones und seinem Mitarbeiterstab analysierten Studien (Ablon & Jones, 1988; Jones & Pulos, 1993).

*therapeutischen Beziehung* ist heute allgemein anerkannt und wird oft als nicht-spezifischer oder “gemeinsamer” Faktor in vielen Therapieformen betrachtet; viele sind sich nicht darüber im Klaren, dass das Konzept direkt aus der Psychoanalyse kommt und seit über vier Jahrzehnten eine zentrale Rolle in der psychoanalytischen Theorie und Praxis spielt; siehe Horvath & Luborsky, 1993). Die zweite Variable bewertete die praktische Anwendung des kognitiven Behandlungsmodells durch den Therapeuten (d.h. das Behandeln verzerrter Kognitionen, von denen angenommen wird, dass sie depressive Emotionen verursachen). Die dritte Variable, *Erleben* benannt, erfasst auf schöne Weise das Wesentliche des psychodynamischen Prozesses: “Auf den niedrigeren Stufen des [*Erlebens*] spricht der Klient über Ereignisse, Ideen oder Anderes (Stufe 1); verweist auf das Selbst aber ohne Emotionen auszudrücken (Stufe 2); oder drückt Emotionen aus, aber nur in Zusammenhang mit äußeren Umständen (Stufe 3). Auf höheren Stufen fokussiert der Klient direkt auf Emotionen und Gedanken über das Selbst (Stufe 4), beteiligt sich an einer Erforschung seiner oder ihrer inneren Erlebnisswelt (Stufe 5) und *wird vorher impliziter Gefühle und Bedeutungen gewahr* (Stufe 6). Die höchste Stufe (7) bezieht sich auf einen andauernden Prozess tiefgehender Selbstverständigung” (Castonguay et al., 1996, S. 499; Hervorhebung des Autors). Besonders beachtenswert ist die Wendung „*Patient wird vorher impliziter Gefühle und Bedeutungen gewahr*“. Der Ausdruck *implizit* bezieht sich natürlich auf Aspekte des seelischen Lebens, die anfangs nicht bewußt sind. Das mit der Skala gemessene Konstrukt geht auf die frühesten Tage der Psychoanalyse zurück und ihres zentralen Ziels, das Unbewußte bewußt zu machen (Freud, 1896).<sup>15</sup>

In dieser Studie manualisierter kognitiver Therapie für Depressionen kamen die folgenden Ergebnisse zum Vorschein: 1) Das Arbeitsbündnis prognostizierte eine Besserung des Patienten bei allen Outcome-Maßen. 2) Der psychodynamische Prozess (“*Erleben*”) prognostizierte eine Besserung des Patienten bei allen Outcome-Maßen. 3) Therapietreue zum kognitiven Behandlungsmodell (d.h. auf verzerrte Kognitionen fokussieren) prognostizierte ein *schlechteres* Ergebnis. Eine nachfolgende Studie mit unterschiedlicher Methodik replizierte das Ergebnis, dass auf kognitive Veränderung gezielte Interventionen in Zusammenhang mit einem schlechteren Ergebnis standen (Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996). Interessanterweise fand diese Studie, dass die Auseinandersetzung mit zwischenmenschlichen Beziehungen und die Erforschung von Erlebnissen mit frühen Bezugspersonen in der Vergangenheit — beides Grundmerkmale der psychodynamischen Technik — ein erfolgreiches Ergebnis prognostizierten.

Diese Ergebnisse sollten nicht so interpretiert werden, als ob sie darauf hindeuten, dass kognitive Techniken schädlich sind. Andere Studien haben positive Beziehungen zwischen kognitiver Verhaltenstherapie und Therapie-Outcome berichtet (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999, Strunk et al., 2007; Tang & DeRubeis, 1999). Die qualitative Analyse der Verbatimtranskripte deutete an, dass die schlechteren Ergebnisse in Verbindung mit kognitiven Interventionen auf die praktische Anwendung des kognitiven Behandlungsmodells bei einigen der Therapeuten zurückzuführen waren, die auf eine dogmatische, unnachgiebig gefühllose Art und Weise arbeiteten (Castonguay et al., 1996). (Keine Therapieschule scheint ein Monopol an Dogmatismus oder therapeutischer Gefühllosigkeit zu haben. Sicherlich ist die Geschichte der Psychoanalyse reichlich mit Beispielen dogmatischer Ausschweifungen versehen.) Auf der anderen Seite weisen die Ergebnisse daraufhin, dass die effektiveren Therapeuten therapeutische

---

<sup>15</sup> Obwohl der Ausdruck “*Erleben*” aus der humanistischen Therapietradition stammt, ist das durch die Skala bewertete *Phänomen* — vertiefende Selbsterforschung, die zu einer verbesserten Erkenntnis des impliziten oder unbewußten Seelenlebens führt — das bestimmende Kernmerkmal der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie.

Prozesse erleichterten, die seit langem grundsätzliche, definierende Leitmerkmale psychoanalytischer Theorie und Praxis sind.

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

## **Der Flug des Dodo**

Die Überschrift dieses Abschnitts ist eine Anspielung auf das, was in der psychotherapeutischen Forschungsliteratur als das Dodo-Bird-Verdict bekannt geworden ist. Nach einer Überprüfung der Psychotherapie-Outcome-Literatur ihrer Zeit kamen Rosenzweig (1936) und anschließend Luborsky, Singer & Luborsky (1975) zu der Schlußfolgerung des Dodo-Vogels in *Alice im Wunderland*: “Alle haben gewonnen und alle müssen Preise bekommen.” Ergebnisse für unterschiedliche Therapien waren überraschend identisch, und keine Psychotherapieform erwies sich den anderen gegenüber als überlegen. In seltenen Fällen, in denen Studien Unterschiede zwischen aktiven Behandlungen finden, begünstigen die Ergebnisse nahezu immer die bevorzugte Behandlung des Untersuchenden (der Investigator-Allegiance-Effect; Luborsky et al., 1999). Darauf folgende Forschung hat wenig dazu beigetragen, das Dodo-Bird-Verdict zu ändern (Lambert & Ogles, 2004; Wampold et al., 2002). Studien, die kognitive VT zum Beispiel direkt mit psychodynamischer Kurzzeittherapie für Depressionen verglichen haben, konnten keine höhere Wirksamkeit bei VT verglichen mit psychodynamischer Psychotherapie oder umgekehrt feststellen (Cuijpers et al., 2008; Leichsenring, 2001). Leichsenring (2001) stellte fest, dass sich beide Behandlungen als empirisch gestützte Therapien gemäß den von der American Psychological Association Division 12 Task Force festgelegten Kriterien zu qualifizieren schienen (Task Force, 1995; Chambless et al., 1998). Einige der Studien verglichen psychodynamische Behandlungen mit einer Dauer von nur 8 Sitzungen, was die meisten Therapeuten als unangemessen ansehen würden, mit VT-Behandlungen über 16 Sitzungen. Sogar in diesen Studien waren die Ergebnisse vergleichbar (Barkham et al., 1996; Shapiro et al., 1994). Es gibt viele Gründe warum Outcome-Studien keine Unterschiede zwischen Behandlungen zeigen können, sogar wenn wichtige Unterschiede wirklich bestehen. Andere Autoren haben die Einschränkungen und ungeprüften Annahmen der aktuellen Forschungsmethoden erörtert (Goldfried & Wolfe, 1996; Norcross et al. 2005; Westen et al. 2004). Ich konzentriere mich hier auf eine auffallende Einschränkung: die Diskrepanz zwischen dem, was psychodynamische Psychotherapie zu erreichen versucht und dem, was Outcome-Studien typischerweise messen. Wie vorher schon erwähnt, beinhalten die Ziele der psychodynamischen Psychotherapie zwar die Linderung akuter Symptome, sie gehen aber darüber hinaus. Psychologische Gesundheit ist nicht bloß die Abwesenheit von Symptomen; sie ist das positive Vorhandensein innerer Fähigkeiten und Ressourcen, das Menschen ermöglicht, mit einem stärkeren Gefühl der Freiheit und der Möglichkeiten zu leben. Symptomorientierte Ergebnismaße, die üblicherweise in Outcome-Studien benutzt werden (z.B. das Beck-Depressionsinventar [Beck et al., 1961] oder die Hamilton-Depressionsskala [Hamilton, 1960]) versuchen nicht, solche inneren Fähigkeiten zu bewerten (Blatt & Auerbach, 2003; Kazdin, 2008). Es ist möglich, dass das Dodo-Bird-Verdict ein Versagen psychodynamischer als auch nicht-psychodynamischer Forscher reflektiert, die Reihe von Phänomenen, die sich in der Psychotherapie ändern können, angemessen zu bewerten.

Die *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP<sup>16</sup>; Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 1999a, 1999b) stellt eine Methode dar, die in der Psychotherapie entwickelbaren inneren Fähigkeiten und Ressourcen, zu bewerten. Die SWAP ist ein Instrument für Kliniker (kein Selbstbericht eines Patienten), das ein breites Spektrum an gesunden und auch pathologischen Persönlichkeitsprozessen bewertet. Das Instrument kann von Klinikern jeder theoretischen Orientierung bewertet werden und hat hohe Reliabilität und Validität bezüglich einer breiten Palette von Referenzwerten bewiesen (Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 2007). Die SWAP beinhaltet einen empirisch hergeleiteten *Healthy Functioning Index* bestehend aus den in Tabelle 2 aufgeführten Punkten, die seelische Gesundheit *als von Klinikern über theoretische Orientierungen übergreifend einvernehmlich verstanden* definieren und operationalisieren (Westen & Shedler, 1999a, 1999b). Viele Behandlungsformen, einschließlich Medikamente, können bei der Linderung akuter psychiatrischer Symptome - wenigstens auf kurze Sicht - effektiv sein.

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

Zwar wurden noch keine stringenten Ergebnis-Studien durchgeführt, auch nicht von psychodynamisch-orientierten Forschern, die Veränderungen der inneren Fähigkeiten und Ressourcen bewerten, aber zwei Studien bringen faszinierende Möglichkeiten zur Sprache und geben Empfehlungen für zukünftige Forschung. Bei der einen handelt es sich um eine Einzelfallstudie einer Frau mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die von unabhängigen Beurteilern (nicht dem behandelnden Kliniker) mit der SWAP zu Behandlungsbeginn und nochmal nach zwei Jahren psychodynamischer Psychotherapie bewertet wurde (Lingiardi et al. 2006). Zusätzlich zu bedeutenden Abnahmen in Psychopathologie erfassenden SWAP-Skalen, zeigten die SWAP-Werte der Patientin eine verbesserte Fähigkeit zur Empathie und eine erhöhte Sensibilität gegenüber den Bedürfnissen und Gefühlen anderer Personen; eine verbesserte Fähigkeit, alternative Standpunkte anzuerkennen, sogar wenn Emotionen hochgingen; eine verbesserte Fähigkeit, sich selbst zu trösten und zu beruhigen; verbessertes Anerkennen und Bewußtsein der Konsequenzen ihrer Handlungen; eine verbesserte Fähigkeit, sich verbal auszudrücken; genauere und ausgeglichene Wahrnehmung von Leuten und Situationen; eine größere Fähigkeit, Humor zu schätzen; und vielleicht am wichtigsten, hatte sie schmerzliche Erfahrungen aus der Vergangenheit bewältigt, Sinn darin gefunden und sich dadurch weiterentwickelt. Die Bewertung der Patientin auf dem SWAP *Healthy Functioning Index* erhöhte sich um ungefähr zwei Standardabweichungen im Laufe der Behandlung.

Eine zweite Studie benutzte die SWAP, um 26 Patienten zu Beginn ihrer Psychoanalyse mit 26 Patienten am Ende ihrer Psychoanalyse zu vergleichen (Cogan & Porcerelli, 2005). Die letztere Gruppe hatte nicht nur bedeutend niedrigere Werte für SWAP Items, die Depression, Angst, Schuld, Schamgefühl, Inadäquatheitsgefühle und Angst vor Zurückweisung bewerteten, sondern auch bedeutend höhere Werte für SWAP Items, die innere Stärken und Fähigkeiten bewerteten (Tabelle 2). Zu diesen gehörten größere Zufriedenheit beim Verfolgen langfristiger Ziele, Herausforderungen zu genießen und Vergnügen aus dem Erreichen von Dingen zu ziehen, Begabungen und Fähigkeiten nutzen zu können, Zufriedenheit in Lebensaktivitäten, Empathie für Andere, zwischenmenschliches Durchsetzungsvermögen und Wirkmächtigkeit, emotional bedrohliche Informationen anhören zu können und davon zu profitieren und die Bewältigung

---

<sup>16</sup> deutsche Fassung bei Taubner et al. 2009



schmerzlicher Erfahrungen aus der Vergangenheit. Für die die Psychoanalyse beendende Gruppe, war der Mittelwert auf dem SWAP *Healthy Functioning Index* eine Standardabweichung höher.

**Tabelle 2: Psychische Gesundheit Definieren: Punkte aus der Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-200)**

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

Aufgrund methodologischer Einschränkungen können keine kausalen Schlußfolgerungen aus diesen Studien gezogen werden, aber sie deuten darauf hin, dass psychodynamische Psychotherapien nicht nur Symptome lindern können, sondern auch innere Fähigkeiten und

Ressourcen entwickeln können, die ein reicheres und erfüllenderes Leben ermöglichen. Instrumente, wie z.B. SWAP, könnten in zukünftige randomisierte kontrollierte Studien eingearbeitet werden, von unabhängigen, den Behandlungskonditionen gegenüber blinden Beurteilern bewertet werden und dann benutzt werden, solche Outcomes auszuwerten. Unabhängig davon, ob alle Therapieformen solche Ergebnisse anstreben oder Forscher sie untersuchen, *sind sie eindeutig die gewünschten Ergebnisse vieler Menschen, die eine Psychotherapie aufsuchen.*

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

## Diskussion

Mit diesem Artikel wollte ich Lesern, die sich mit den Grundprinzipien psychodynamischer Psychotherapie nicht auseinandergesetzt haben oder die sie zumindest nicht von einem zeitgenössischen Praktiker vorgestellt bekommen haben, der diese Prinzipien ernst nimmt und sie klinisch anwendet, einen Überblick über einige dieser Grundprinzipien geben. Weiterhin wurde beabsichtigt, zu zeigen, dass psychodynamische Behandlungen empirisch beträchtlich gestützt sind. Die empirische Literatur zu psychodynamischen Behandlungen weist jedoch erhebliche Beschränkungen auf. Erstens ist die Anzahl randomisierter kontrollierter Studien für andere Psychotherapieformen, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, bedeutend - vielleicht um das Zehnfache - größer als für psychodynamische Psychotherapie. Viele dieser Studien, speziell die neueren und besser konzipierten Studien, sind in der Methodensorgfalt überlegen (obwohl einige der neuesten psychodynamischen randomisierten kontrollierten Studien, z.B. Clarkin et al. (2007), auch dem höchsten Standard der Methodensorgfalt entsprechen). In zu vielen Fällen sind Eigenschaften von Patientstichproben zu locker angegeben, Behandlungsmethoden unzureichend angegeben und überprüft worden, und Kontrollbedingungen nicht optimal gewesen (z.B. Wartelistenkontrollen oder "Behandlung wie üblich" anstatt aktive alternative Behandlungen - eine Einschränkung, die für Forschung über empirisch gestützte Therapien allgemein gilt).

Diese und andere Einschränkungen der psychodynamischen Forschungsliteratur müssen in zukünftiger Forschung angegangen werden. Mit dieser Arbeit wird kein Behandlungs- oder Literaturvergleich beabsichtigt, sondern eine Überprüfung der existierenden empirischen Daten, die psychodynamische Behandlungen und Therapieprozesse stützten, die oft unterschätzt werden. Beim Schreiben dieses Artikels war es unmöglich, sich nicht mit einer Reihe von Ironien auseinanderzusetzen. Eine ist, dass Akademiker, die psychodynamische Ansätze - manchmal in leidenschaftlichem Ton - ablehnen, dies oft im Namen der Wissenschaft tun. Einige plädieren für eine Wissenschaft der Psychologie, die ausschließlich auf der experimentellen Methode gegründet ist. Nichtsdestotrotz liefert dieselbe experimentelle Methode Daten, die sowohl psychodynamische Konzepte (z.B. Westen, 1998) wie auch Behandlungen stützt. Angesichts der Anhäufung empirischer Daten sind pauschale Behauptungen, dass psychodynamische Ansätze nicht wissenschaftlich gestützt sind (z.B. Barlow & Durand, 2005; Crews, 1996; Kihlstrom, 1999), nicht länger vertretbar. Darstellungen, die Psychoanalyse mit veralteten Konzepten gleichsetzen, die zuletzt Verbreitung in der psychoanalytischen Gemeinschaft im frühen 20. Jahrhundert fanden, sind gleichermaßen irreführend; sie sind im besten Fall unwissend und im schlimmsten unaufrichtig.

Eine zweite Ironie ist, dass relativ wenige Therapeuten, einschließlich psychodynamische Praktiker, mit der in diesem Artikel aufbereiteten Forschung vertraut sind. Viele psychodynamische Kliniker und Pädagogen scheinen schlecht vorbereitet, auf Herausforderungen von evidenz-orientierten Kollegen, Studenten, Versorgungsforschern oder politischen Entscheidungsträgern zu reagieren, trotz der Anhäufung hochwertiger, empirischer Daten, die psychodynamische Konzepte und Behandlungen stützen. Ebenso wie eine anti-psychoanalytische Stimmung eine Verbreitung dieser Forschung in akademischen Kreisen behindert haben mag, dürfte ein Mißtrauen gegenüber akademischen Forschungsmethoden die Verbreitung in psychoanalytischen Kreisen behindert haben (siehe Bornstein, 2001). Solche Einstellungen ändern sich zwar, aber sie tun dies nicht schnell genug. Wissenschaftler sind auch mitverantwortlich für diesen Stand der Dinge (Shedler, 2006). Viele Untersucher halten es für selbstverständlich, dass Kliniker die Ergebnisse der Forschung sein sollten (z.B. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), aber viele der für diesen Artikel rezensierten Psychotherapie Outcome-Studien und Metaanalysen sind eindeutig nicht für Praktiker geschrieben. Vielmehr sind sie hochkomplex und technisch und scheinen oft vorrangig für andere Psychotherapieforscher geschrieben worden zu sein - ein Fall, wo eine Hand die andere wäscht. Als erfahrener Methodologe und Psychometriker muss ich zugeben, dass ich für das Entschlüsseln einiger dieser Artikel stundenlange Nachforschungen brauchte und einige Rücksprachen mit wissenschaftlichen Kollegen benötigte. Ich bin nicht sicher, wie der durchschnittliche, sachkundige klinisch Praktiker durch das Dickicht an spezialisierten statistischen Methoden, klinisch nicht repräsentativen Stichproben, Investigator-Allegiance-Effekten, uneinheitlichen Methoden der Outcome-Berichterstattung und inkonsistenten Ergebnissen mehrfacher Outcome-Variablen von unklarer klinischer Relevanz navigieren könnte. Wenn Kliniker tatsächlich die beabsichtigten "Konsumenten" der Psychotherapieforschung sind, dann muss die Psychotherapieforschung verbraucherfreundlicher und verbraucherrelevanter werden (Westen et al. 2005).

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

## Literatur

- Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely, S. (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4:CD004687.
- Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K (2009) Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274.

- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (2002) Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, E.M., & Lambert, M.J. (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Ankarberg, P. & Falkenström, F. (2008) Treatment of depression with antidepressants is primarily a psychological treatment. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 329-339.
- Barber, J., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996) Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619-622.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., Culverwell, A., & Harrington, V.M. G. (1996) Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079-1085
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005) *Abnormal psychology: An integrative approach* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008) 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emory, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Blagys, M.D. & Hilsenroth, M.J. (2000) Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188.
- Blagys, M.D. & Hilsenroth, M.J. (2002) Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671-706.

- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (2003) Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Blatt, S.J. & Zuroff (2005) Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
- Bornstein, R. (1988) Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: The treatment of psychoanalytic theory in abnormal psychology texts. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 83-93.
- Bornstein, R. (1995) Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: An agenda for the psychoanalytic researcher. Electronic publishing:  
<http://www.columbia.edu/~hc137/prs/v4n1/v4n1!2.htm>
- Bornstein, R. (2001) The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 3-20.
- Burum, B.A., & Goldfried, M.R. (2007) The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 407-413.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S.L., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambless, D.L., Baker, M., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., et al. (1998) Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001) Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52 685-716.
- Chambless, D.L., Sanderson W.C., Shoham V., Bennett Johnson S., Pope K.S., et al. (1996) An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., (2004) The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Hg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., S. 194-226). New York: Wiley.
- Clarkin, J.F., Levy K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cogan R. & Porcerelli, J.H. (2005) Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78(2), 235-248.
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Cohen, P. (2007) Freud is widely taught at universities, except in the psychology department. *New York Times*, November 25, 2007.
- Crews, F. (1996) The verdict on Freud. *Psychological Science*, 7, 63–67.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P. (2008) Psychotherapy for depression in adults: a metaanalysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. (2007) Behavioral activation treatments of depression: A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., Wessely, S. (2001) A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5, 1–173.
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., Dekker, J (2009) The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1, 1-23
- DeRubeis R., Feeley M. (1990) Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469–482.
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., Weinberger, J (2007) Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S., Abbass, A., de Jonghe, F., Dekker, J. (2010) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W.R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989) National Institutes of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J., & Gelfand, L.A. (1999) The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Freud S (1896) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. GW Bd 1, S 377-403
- Freud S (1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XI
- Gabbard, G.O. (2004) *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing

- Garfield, S.L. (1996) Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218–229.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L., Gagnon, R. (1998) Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190–209.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn I. (1998) A metaanalysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Goldfried, M.R. & Wolfe, B.E. (1996) Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007-1016.
- Greenson, R. R. (1967) *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press; dt. (1973) *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett
- Hansell, J. (2005) Writing an undergraduate textbook: An analyst’s strange journey. *Psychologist-Psychoanalyst*, 24, 4, 37-38. (Electronic publishing: <http://www.division39.org/pdfs/PsychPsychoanalyst1004c.pdf>)
- Haby, M.M., Donnely, M., Corry, J., Vos, T. (2006) Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9-19.
- Hamilton, M. A. (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hayes, A.M., Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (1996) Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623-627.
- Hayes, A. & Strauss, J. (1998) Dynamic systems theory as a paradigm for the study of cognitive change in psychotherapy: An application of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947.
- Hedges, L.V. (1982) Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490-9.
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., & Mooney, M. (2003) Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349–357.
- Høglend P, Bøgwald KP, Amlo S, Marble A, Ulberg R, et al. (2008) Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763-771.

- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Wiemer, M.J., Garvey, M.J., Grove, M.W., & Tuasn, V.B. (1992) Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, et al. (2005) Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Horvath, A.O. & Luborsky, L. (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Ilardi, S.S. & Craighead, W.E. (1994) The role of nonspecific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 138-155.
- Jones, E.E. (2000) *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- Jones, E.E., and Pulos, S.M. (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Kazdin, A.E. (2007) Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A.E. (2008) Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kihlstrom, J. F. (1999) A tumbling ground for whimsies? *Contemporary Psychology*, 44, 376-378.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Hg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edition. New York: Wiley.
- Leichsenring, F. (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Leichsenring, F. (2005) Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841-68.
- Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003) The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.



- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006) Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of Transference Focused Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Linehan, M.M. (1993) *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lingiardi, V., Shedler, J., Gazillo, F. (2006) Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: a case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 23-32.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993) The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001) *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Luborsky, L., Diguier, 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 allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 95-106
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luepnitz D (2002) *Schopenhauer's Porcupines*. New York: Basic Books.
- Maat S, Dekker J, Schoevers R, Jonghe F de (2006) Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562-72.
- McWilliams, N. (1994) *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (1999) *Psychoanalytic case formulation*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004) *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- Milrod, B., Leon, A.C., Busch, Z.F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, E.T., et al. (2007) A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265-272.

- Messer, S.B. & Abbass, A.A. (in press) Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In J. Magnavita (Hg.). *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes*. Washington, DC: American Psychological Association Press
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., Eisman, E. J., Kubiszyn, T. W., & Reed, G. M. (2001) Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128–165.
- Moncrieff, J., Wessely, S., Hardy, R. (2004) Active placebos versus antidepressants for depression (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD003012.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2005) The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (Hg.) (2005) *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Öst, L.G. (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- PDM Task Force (2006) *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Springs, MD, Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Persons, J. (1991) Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: a proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.
- Persons, J., Silberschatz, G (1998) Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *American Psychologist*, 66, 126-135.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003) Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007–1016.
- Redmond, J & Shulman, M (2008) Access to psychoanalytic ideas in American undergraduate institutions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 391-408.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1990) Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rosenzweig, S. (1936) Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

- Roth, A., & Fonagy, P. (2005) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed). New York: Guilford Press.
- Rosenthal, R. (1991) *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rosenthal, R. & DiMatteo, M.R. (2001) Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, 52, 59-82.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R.L. (2008) *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. P. (1995) The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534.
- Shedler, J. (2005) *That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us*. Electronic publishing: <http://psychsystems.net/shedler.html>
- Shedler, J. (2006) Why the scientist-practitioner schism won't go away. *The General Psychologist*, 41, 2, 9-10. (Electronic Publishing: <http://www.apa.org/divisions/div1/archive.html>)
- Shedler, J. & Westen, D., (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41-55.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Whipple, K., Cristol, A.H. (1977) Patients' attitudes toward behavior therapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 134, 134-137.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Strunk, D.R., DeRubeis, R.J., Chiu, A.W., & Alvarez, J. (2007) Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523-530.
- Tang T. & DeRubeis, R. (1999) Sudden gains and critical session in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894–904.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995) Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3–23.

- Taubner S, Stumpe A, Kächele H (2009) Die Shedler-Westen-Assessment-Procedure (SWAP-200): Eine neue Sprache der Persönlichkeitsdiagnostik und der Messung struktureller Veränderungen? *Psychotherapeut* 54: 27-36
- Thombs, B.D., Bassel, M., & Jewett, L.R. (2009) Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 301, 930.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E, Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252- 260.
- Vocisano, C., Klein, D.N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J.A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J.C., Kocsis, J.H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A.J., Borian, F., McCullough, J.P., Kornstein, S.G., Riso, L.P., Thase, M.E. (2004) Therapist variables that predict change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy*. 41, 255–265.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002) A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- Weinberger, J. (1992) Validating and demystifying subliminal psychodynamic activation. In R. F. Bornstein & T. S. Pittman (Hg.), *Perception without awareness: Cognitive, clinical, and social perspectives* (S. 170–188). New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1998) The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Westen, D. & Arkowitz-Westen, L. (1998) Limitations of Axis II in diagnosing personality pathology in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1767-1771.
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006) Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Hg.), *Personality and Psychopathology* (S. 335–384) New York: Guilford.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. EBP ≠ EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427-433.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.

- Westen, D., & Shedler, J. (1999a) Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258-272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b) Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273-285.
- Westen, D. & Shedler, J. (2007) Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 810-822.
- Whitehorn, J.C., Braceland, F.J., Lippard, V.W., Malamud, W. (Eds.) (1953) *The Psychiatrist: His Training and Development*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Wolfe, B. E. (1994) Adapting psychotherapy outcome research to clinical reality. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 160–166.