

Evidenzbasierte psychodynamische Behandlungen für Angststörungen: Eine Übersichtsarbeit¹

Jenelle Slavin-Mulford und Mark J. Hilsenroth

Schlüsselwörter: Angststörungen – Effektstärke – GAD – Panik – Psychodynamische Psychotherapie – PTSD

Prävalenz, Verlauf und Komorbidität von Angststörungen

Angststörungen sind die häufigste psychische Erkrankung in den Vereinigten Staaten. Sie sind die am häufigsten anzutreffenden psychischen Störungen in der medizinischen Grundversorgung und es besteht die Hypothese, dass es sich hierbei um die gängigste Problematik in der alltäglichen Psychodynamischen therapeutischen Praxis handelt (Fonagy et al. 2005). Tatsächlich liegt bei der Zusammenfassung von nationalen und internationalen Daten die Schätzung der Lebenszeitprävalenz einer Angststörung bei 16,6% (Somers et al. 2006). Diese Störungen umfassen die generalisierte Angststörung (*generalized anxiety disorder* - GAD), die Panikstörung (*panic disorder* - PD), die Posttraumatische Belastungsstörung (*post-traumatic stress disorder* - PTSD), die Zwangsstörung (*obsessive compulsive disorder* - OCD), die soziale Phobie, die Agoraphobie und spezifische Phobien.

Besonders wichtig ist, dass bei diesen Störungen eine hohe Komorbidität häufig ist. In einer großformatigen Untersuchung zur psychischen Gesundheit fanden Andrews et al. (2002), dass Panikstörungen, soziale Phobien, GAD und PTSD alle signifikante Odds Ratios im Auftreten untereinander erkennen lassen. Insbesondere Angststörungen zeigten eine sehr hohe Komorbidität mit anderen Störungen. Andrews et al. (2002) berichteten beispielsweise, dass 27,8% der Patienten mit einer Angststörung auch an einer Persönlichkeitsstörung erkrankt sind und 8,7% unter einem Suchtproblem leiden. Darüber hinaus konnten Moffit et al. (2007) in einer prospektiven Langzeitstudie feststellen, dass bei 72% der Patienten, die im Laufe ihres Lebens mindestens einmal unter einer Angststörung gelitten hatten, auch mindestens eine depressive Episode auftrat (*major depressive disorder* - MDD). Diese hohe Ausprägung an Komorbiditäten ist ein wichtiger Aspekt, wenn man bedenkt, dass die bislang umfangreiche Forschung gezeigt hat, dass komorbide Störungen mit höheren Schweregraden der Erkrankung, einer höheren Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems und einer schlechteren Prognose verbunden sind (Joormann et al. 2005).

¹ Slavin-Mulford J & Hilsenroth M J (2012) Evidence-based psychodynamic treatments for anxiety disorders: A review. In RA. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 117-137). Humana Press, New York; übersetzt von P. Senf & H. Kächele, International Psychoanalytic University Press Berlin

Die Notwendigkeit empirischer Forschung für die Behandlung von Angststörungen

Angststörungen zeichnen sich durch gravierende Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit aus und sind sowohl auf persönlichem wie auf gesellschaftlichem Niveau mit hohen emotionalen und finanziellen Kosten verbunden (Kessler et al. 2001; Milrod et al. 2007; Siev & Chambless 2007). Beispielsweise findet sich bei Patienten mit einer Panikstörung eine höhere Morbiditätsrate und sie nehmen häufiger die gesundheitliche Versorgung in Anspruch als andere Patienten mit oder ohne psychiatrischen Krankheiten (Klerman et al. 1991), was dazu führt, dass sie 20% der Notfallkonsultationen ausmachen (Swinson et al. 1991). Ähnlich verhält es sich, wenn man diese Patientengruppe mit Patienten vergleicht, die unter 25 anderen psychischen Störungen oder häufig auftretenden körperlichen Einschränkungen leiden. Es konnte aufgezeigt werden, dass Patienten mit einer GAD der Arbeit am häufigsten fern bleiben (Kessler et al. 2001). Hinsichtlich der hohen Prävalenzraten, der schweren Beeinträchtigungen und der gravierenden Kosten durch Angststörungen, ist es unbedingt erforderlich, die Entwicklung und Wirksamkeitsprüfung von Behandlungsverfahren für Angststörungen fortzuführen.

Obwohl pharmakologische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden bei der Behandlung von Angststörungen umfangreiche Anwendung finden (Goisman et al. 1991) und es auch Belege dafür gibt, dass diese erfolgreich sind (z.B. (Borkovec & Ruscio 2001; Starcevic 2005), so haben doch beide Behandlungsformen auch ihre Einschränkungen. Im Zusammenhang mit pharmakologischen Therapieverfahren werden unter anderem zahlreiche Rückfälle nach Absetzen der Medikamente (z.B. Starcevic 2005), unerwünschte Nebeneffekte (z.B. Woods et al. 1992) und potentielle Medikamentenabhängigkeit (Starcevic 2005; Mite 2005) befürchtet. Des weiteren reagieren einige Patienten nicht auf kognitive Verhaltenstherapien und haben dementsprechend weiterhin Symptome, brechen vorzeitig die Therapie ab oder erleiden schwerwiegende Rückschläge nach Beendigung der Therapie (z.B. (Barlow et al. 2000; Knijni et al. 2004). Darüber hinaus lassen einige Studien sogar darauf schließen, dass sich die Angstzustände von Patienten durch kognitive Verhaltenstherapie zeitweise verschlechtern können (Schottenbauer et al. 2008). Obwohl pharmakologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsformen sehr erfolgreich in der Behandlung von Angststörungen sind, sind sie auch in ihrer Wirkung begrenzt und problematisch, sodass sie nicht hilfreich für alle Patienten sind. Umso wichtiger ist es, andere Behandlungsformen zu überprüfen. Da psychodynamische Therapieformen bei der Behandlung von Angststörungen weit verbreitet sind (Goisman et al. 1999), ist es sinnvoll, ihre Wirksamkeit und Effektivität zu testen. Wenngleich bisher keine so umfangreiche Forschungsgrundlage bezüglich psychodynamischer Therapieformaten vorhanden ist wie es bei pharmakologischen Interventionen oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen der Fall ist, so kann festgehalten werden, dass die bisherigen Ergebnisse sehr vielversprechend sind (z.B. Milrod et al. 2001). Auf einen kurzen Überblick über psychodynamische Theorien zur Behandlung von Angststörungen soll in den darauffolgenden Kapiteln eine Überprüfung der empirischen Literatur folgen.

Knappe Darstellung des psychodynamischen Verständnisses von Angst

Die meisten bedeutenden psychodynamischen Schulen (z.B. Freudsche Theoretiker, Objektbeziehungstheoretiker, Selbstpsychologen) haben sich mit Angststörungen befasst. Autoren wie Freud, Klein, Fairbairn, Sullivan und Kohut haben wichtige Beiträge zum Verständnis des Themenfeldes geleistet (Zerbe 1990). Zweifelsohne wird eine knappe Zusammenfassung im Rahmen dieses Kapitels nicht die umfangreichen Unterschiede von verschiedenen psychodynamischen Theorien erfassen können. Jedoch wird eine Übersicht der einflussreichsten Beiträge von psychodynamischen Theoretikern für das Verständnis des Konzeptes der Angst von Bedeutung sein, da diese grundlegenden Ideen wesentliche Implikationen für die Behandlung liefern. Diese Beiträge beinhalten: die zugrundeliegende Bedeutung der Symptome, unbewusste Konflikte, Abwehr und der Einfluss von Objekten und inter-personalen Beziehungen.

Die Bedeutungen von Symptomen, den unbewussten Konflikten und der Abwehr wurden anfänglich von Freud beschrieben. Sie sind mittlerweile allerdings fester Bestandteil der meisten psychodynamischen Theorien. Freuds (1926d) Signaltheorie stellt die Angst, welche aus einer wahrgenommenen psychologischen Gefahr hervorgegangen ist, als ein Signal dar, welches als antizipierte Bedrohung des Ichs interpretiert werden kann. Als Resultat werden Abwehrmechanismen aktiviert, sodass die bedrohliche intrapsychische Situation nicht traumatisch wird. Wenn die Signale Angst und/oder Abwehr versagen, kann es zu einer Panikattacke kommen, welche den Betroffenen verletzlich zurücklässt (Compton 1972). Freud schlägt vor, die Behandlung darauf auszurichten, dass die Bedrohung in das Bewusstsein gebracht wird, damit der Patient verstehen kann, dass die Gefahr nicht so überwältigend ist, wie ursprünglich wahrgenommen. Einige der von Freud beschriebenen Bedrohungen gehen einher mit der Angst vor Objektverlust, sowie Kastrations- und Überich-Angst (Zerbe 1990). Für Freud ist die Angst vor Objektverlust die Angst vor, oder die Reaktion auf, eine Trennung von einem bedürfnisbefriedigenden Objekt wie der Mutter. Kastrationsangst ist ebenfalls die Angst vor der Trennung von einem außerordentlich geschätzten Objekt. Allerdings ist mit dieser spezifischen Angst zwar jene vor der körperlichen Verletzung (typischerweise die männlichen Genitalien betreffend), aber auch die Angst vor dem Verlust von Macht und Kontrolle gemeint. Überich-Ängste oder moralische Ängste wiederum sind Ängste vor einer negativen Selbstbewertung des eigenen Bewusstseins oder der Gesellschaft (Freud 1926d). In Anlehnung an Freud haben verschiedene dynamisch orientierte Autoren Behandlungsansätze für Angststörungen vorgeschlagen, die sich ebenfalls auf die Funktion des Unbewussten und den Einsatz von Abwehrmechanismen konzentrieren. In der Auseinandersetzung mit Panikstörungen wurde beispielsweise aufgezeigt, dass Symptome der Panik eine spezifische emotionale Bedeutung mit sich bringen und dass sie mit intensiven unbewussten Konflikten und ihrer Abwehr zusammenhängen [25, 26]. Genau wie Freud deuten diese Autoren darauf hin, dass Wut, sexuelle Wünsche und Trennung typische Konfliktfelder für Panikpatienten darstellen (Busch et al. 1999; Milrod et al. 2000). Ähnlich verhält es sich im Feld der gegenwärtigen psychodynamischen Forschung zur GAD. Es wird nahegelegt, dass die Besorgnis um aktuelle Ereignisse als defensive Vermeidung fungiert, um sich nicht mit problematischeren Aspekten auseinandersetzen zu müssen (Crits-Christoph et

al. 1996). Die Betonung der interpersonalen Beziehungen und der Objektbeziehungen führt zu einem weiteren wesentlichen Beitrag im Bereich der psychodynamischen Theorien.

Interpersonale Beziehungen und Objektbeziehungen bilden das Fundament verschiedener dynamischer Theorien der Angst. Zwar konzentrieren sich Sullivan, Fromm-Reichmann, Klein, Fairbairn und Bowlby auf unterschiedliche Aspekte, Funktionen und Typen von Angst. In allen Theorien sind jedoch die internalisierten Objektbeziehungen und interpersonalen Beziehungen ausschlaggebend. Während Sullivan (1953) beispielsweise davon ausgeht, dass Angst durch die Antizipation von Missbilligung der primären Bezugsperson in der frühen Kindheit entsteht, betont Fairbairn (1952), dass sich Angst um Trennungskonflikte herum zentriert. In ähnlicher Weise hebt Fromm-Reichmann (1955) die verzerrte Wahrnehmung der Beziehung hervor, welche sich sowohl auf die Ätiologie, als auch auf die Aufrechterhaltung von Angst bezieht. Dementgegen bezieht sich Klein (1975a, 1975b) explizit auf die Todesangst des Kindes, wenn es nicht in der Lage ist, die eingeforderte Zuwendung durch die primäre Bezugsperson hervorzurufen. Eine weitere Herangehensweise vertritt Bowlby (1988), dessen Schwerpunkt auf der Verbindung von Bindungsstil und Angst liegt.

Wie bereits in der Nennung von Sullivan, Fromm-Reichmann, Klein, Fairbairn und Bowlby hervorgehoben wurde, verbinden dynamische Theoretiker häufig Angst mit Objektbeziehungen und/oder interpersonalen Beziehungen. Dieser Zusammenhang konnte durch empirische Forschung belegt werden. Studien zeigten, dass Besorgnis häufig mit interpersonalen Problemen verknüpft ist, vor allem, wenn der Bedenkenträger andere Personen übermäßig pflegt (Borkovec et al. 1998). Es konnte außerdem herausgefunden werden, dass sich GAD-Patienten im Gegensatz zu anderen Themen am häufigsten um Beziehungsproblematiken sorgen (Breitholtz et al. 1995). Zusätzlich konnten unsichere Bindungsmuster bei Patienten mit Angststörungen häufiger festgestellt werden (Bowlby 1988; Vertue 2003). Außerdem beschreiben Patienten, die unter einer Panikstörung leiden, ihre Eltern oftmals als kontrollierend oder kritisch (z.B. Silove 1986)). Diese Befunde unterstützen psychodynamische Leitideen, denen zufolge es eine Verbindung zwischen Angst und Objektbeziehungen oder interpersonalen Beziehungen gibt. Die Folge dieser Verbindung kann in namenhaften psychodynamischen Behandlungsansätzen gefunden werden, wie in Luborskys (1992) „Zentralem Beziehungskonflikt-Thema“ (*core conflictual relationship theme-CCRT*), dessen Schwerpunkt auf dem zyklischen Beziehungsmuster von Patienten liegt. Es kann also festgehalten werden, dass psychodynamische Theorien eine Erklärung für die Ätiologie und Pathogenese von Angst bereitstellen, welche häufig den darunterliegenden Bedeutungen von Symptomen, unbewussten Konflikten, Abwehrmechanismen, sowie Objektbeziehungen und interpersonalen Beziehungen eine besondere Gewichtung zusprechen. Um zu illustrieren, wie dieses Verständnis die therapeutische Behandlung beeinflussen kann, wird im Folgenden ein klinisches Fallbeispiel vorgestellt.

Klinisches Fallbeispiel

Sara, eine 29-jährige Hausfrau, kam in die Notaufnahme und klagte über Panikattacken mit typischen Symptomen wie Schwindel, Schwitzen, Kurzatmigkeit und Herzrasen. Sie berichtete, dass die erste Panikattacke in der vergangenen Woche aufgetreten war, als ihr

Ehemann zur Arbeit losgegangen war und dass sich dies seit jenem Vorfall jeden Morgen wiederholte. Die Panikattacken wurden immer durch die Befürchtung ausgelöst, dass ihrem Mann oder ihrem Sohn etwas schreckliches zustoßen oder dass einer von beiden sterben würde. Um die Bedeutung von Saras Symptomen verstehen zu können, begann ihr Therapeut zunächst, den Kontext herauszuarbeiten, in dem ihre Symptome aufgetreten waren.

Therapeut: Diese Panikattacken klingen sehr beängstigend. Meine Hoffnung ist es, dass wir gemeinsam anfangen können, sie zu verstehen. Können Sie mir von dem ersten Morgen erzählen, an dem sie aufgetreten sind?

Patientin: Ich habe für meinen zweijährigen Sohn Frühstück gemacht. Es war ein ganz normaler Morgen.

Therapeut: Können Sie sich daran erinnern, woran Sie gedacht haben, während Sie das Frühstück zubereitet haben?

Patientin: Als mein Ehemann an diesem Morgen losgehen wollte, hat er mir gesagt, dass ich für Zwei essen soll, da ich wieder schwanger bin. Darüber habe ich dann nachgedacht.

Therapeut: Seit wann wissen Sie von ihrer Schwangerschaft?

Patientin: Seit zwei Wochen.

Therapeut: Manche Menschen erleben ein weites Spektrum an Emotionen, wenn sie herausfinden, dass sie schwanger sind. Wie haben Sie die Neuigkeiten erlebt?

Patient: Es ist ausschließlich etwas Wundervolles. Also, am Anfang war ich etwas traurig darüber, dass ich nicht wieder zurück zur Arbeit gehen können würde, aber jetzt habe ich begriffen, dass ich nicht glücklicher darüber sein könnte, dass ich mit unseren Kindern zuhause bleiben kann.

Saras Antwort liefert Hinweise darauf, dass sie möglicherweise im Konflikt steht mit der Geburt ihres neuen Kindes und ihrer fortbestehenden Rolle als Hausfrau. Auf der einen Seite scheint sie eine „gute“ Mutter sein zu wollen um für ihre Kinder sorgen. Jedoch scheint sie auf der anderen Seite ein Gefühl von Autonomieverlust zu erleben, da sie nicht wieder arbeiten gehen kann. Demnach sind ihre physischen Symptome vermutlich eine Manifestation sowohl der Wut und des Verlustes, den sie spürt, wenn ihr Ehemann sie tagsüber alleine mit ihrem Sohn lässt, als auch der darauf folgenden Schuld, welche durch diese Wut induziert wurde. Es wirkt, als ob Sara versuche, sich durch den Einsatz von Reaktionsbildung (eine Emotion wird als die gegenteilige Emotion getarnt) gegen diese Gefühle zu verteidigen. Erkenntlich wird dies beispielsweise anhand ihrer Aussage, dass die Schwangerschaft „ausschließlich etwas Wundervolles“ ist. Als dies allerdings misslingt und ihr Unmut an die Oberfläche tritt, kommt der Abwehrmechanismus des Ungeschehen-machens zum Einsatz (eine Handlung wird ausgeführt, die ein zuvor ausgedrücktes Gefühl widerruft oder leugnet). Dies wird deutlich in ihrer Aussage, dass sie zunächst aufgebracht war über die Neuigkeiten, aber nun „nicht glücklicher sein könnte“. Es scheint, als ob die Panikattacken (unmittelbar

auf das Versagen beider Abwehrmechanismen folgen. Im folgenden Gespräch versucht der Therapeut Sara dabei zu helfen, mehr Bewusstheit bezüglich ihres Konflikts gewinnen und ihren Emotionen näher kommen zu können.

Therapeut: Ich kann heraushören, wie wichtig es Ihnen ist, eine gute Mutter zu sein und es ist mir sehr deutlich, wie sehr Sie Ihre Familie lieben. Dennoch wäre es verständlich, wenn es einen Teil in Ihnen gäbe, der darüber frustriert ist, dass Sie nicht wieder arbeiten gehen können.

Patientin: Oh ich weiß nicht, vielleicht ein wenig frustriert, aber nicht wirklich.

Therapeut: Können Sie mir mehr erzählen, über das „kleine“ bisschen Frustration, was da ist?

Patientin: Ich bin mir nicht sicher.

Therapeut: Was wäre der erschreckendste Teil, wenn sie frustriert wären?

Patientin: Meine Mutter hat mich nie alleine gelassen, nicht mal für eine Sekunde, als ich ein Kind war. Sie hat alles für mich aufgegeben. Deshalb wusste ich, dass sie mich liebt. Was würden meine Kinder über mich denken, wenn ich wieder arbeiten gehen würde und was würden mein Ehemann und meine Mutter über mich denken?

Saras interpersonale Objektbeziehungen sind sehr wichtig in einer psychodynamischen Therapie. Demnach hat ihr Therapeut viel Zeit investiert, um Saras verstrickte Beziehung zu ihrer Mutter, ihrem Ehemann und Sohn zu erkunden. Zusätzlich haben Patient und Therapeut zusammen Saras Gefühle und Phantasien über ihr ungeborenes Kind betrachtet. Während der gemeinsamen Arbeit konnten Sara und ihr Therapeut ein Zentrales Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT, Luborsky 1995) identifizieren, mit einem Fokus auf Saras Wünschen bezüglich den von ihr geführten Beziehungen (der Wunsch; W), der Reaktion, die sie von anderen erwartet (Reaktion des Objekts; RO) und ihrer darauffolgenden Reaktion, sowohl affektiv, als auch im Verhalten (Reaktion des Selbst; RS). Das spezifische ZBKT beinhaltet, dass Sara zwar liebevoll und hingebungsvoll gegenüber anderen sein will, aber im gleichen Moment auch das Gefühl von Unabhängigkeit und Autonomie bewahren möchte. Allerdings befürchtet sie, dass andere sie ausnutzen, sie verlassen, oder sie als egoistisch ansehen könnten. Als Folge hiervon ignoriert sie ihre eigenen Bedürfnisse und fühlt sich erdrückt und wütend. Saras ZBKT wurde sowohl im Kontext ihrer Beziehungen außerhalb als auch innerhalb der therapeutischen Beziehung untersucht. Die therapeutische Beziehung wurde unter anderem dazu genutzt, Sara eine andere Beziehungserfahrung anzubieten, in der Unterstützung und eine offene Kommunikation begünstigt wurden. Innerhalb dieser Beziehung konnten Sara und ihr Therapeut die Bedeutung von Saras Symptomen erschließen, ihre Konflikte ins Bewusstsein bringen und neue gesündere Möglichkeiten erarbeiten, wie Sara sich und andere in Beziehung zueinander setzen könnte. Obwohl Saras Fall ermutigend ist, so ist es auch wichtig zu untersuchen, ob Psychodynamische Therapie über viele Fälle hinweg effektiv und wirksam ist. Dementsprechend wird diese Übersichtsarbeit sich den

empirischen Ergebnissen Psychodynamischer Therapie in der Behandlung von Angststörungen genauer zuwenden.

Das Ergebnis: Beweislage für die psychodynamische Behandlung von Angststörungen

Wirksamkeit psychodynamischer Therapie im Vergleich mit keiner oder minimaler Behandlung von Angst(-störungen)

In Tabelle 7.1 wurden zwei Studien zusammengefasst, die Patienten mit einer Angststörung in Psychodynamischer Therapie mit einer Kontrollgruppe (gewöhnliche Behandlung, medizinische Behandlung, psychotherapeutische Unterstützung, minimale psychologische Interventionen und Warteliste) verglichen haben (Brom et al. 1989; Crits-Christoph et al. 1995). Ziel dieser und aller nachfolgenden Tabellen im empirischen Abschnitt ist es, das Ausmaß der Behandlungseffekte für den Patienten und der klinisch eingeschätzten Werte für Angst von jeder Studie hervorzuheben. Im Falle, dass keine klinischen Werte für die Angst(-störung) vorlagen, werden stattdessen generelle Symptome oder die Gesamtverbesserung angegeben. Die Tabellen sollen weder Metaanalysen darstellen, noch einen vollständigen Bericht aller Behandlungseffekte für jede Variable repräsentieren, die in diesen Studien untersucht wurde. Vielmehr sollen sie der Organisation dienen, um das Ausmaß der Effekte für die primären Angstvariablen (Selbstbericht der Patienten und unabhängige klinische Bewertungen) zu erfassen.

Wie in Tabelle 7.1 zu sehen ist, untersuchten Brom et al. (1989), ob die Auswirkung (*efficacy*) einer kurzen psychodynamischen Therapie mit einem Schwerpunkt auf der Lösung intrapsychischer Konflikte infolge eines Traumas in der Behandlung von PTSD größer war als eine Wartelisten-Kontrolle. Es konnte herausgefunden werden, dass auf dem primär verwendeten Ergebnismaß der von Patienten berichteten Symptome die psychodynamische Therapie zum Zeitpunkt der Beendigung erheblich wirksamer war ($p < 0.05$, $d = 0.88$).²

Tabelle 7.1 Psychodynamische Behandlung versus Kontrollgruppe für Angststörungen

Studie	N, Störung, Art der dynamischen Behandlung	N, Störung, Art der Vergleichsbehandlung	Post Tx ES	Follow-Up Tx Es
Brom et al. 1989	29 PTSD Kurzzeittherapie (M= 18.8 Sitzungen) Psychodynamische Behandlung mit einem Schwerpunkt auf der Lösung intrapsychischer	23 PTSD Warteliste	Pt Rated Gen Symp $d = 0.88$	N/A (keine Follow-Up Daten für die Kontrollgruppe)

² Brom et al. [39] wird im folgenden Abschnitt zu Psychodynamischer Therapie versus Verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze von Angststörungen genauer ausgeführt, aufgrund des weiteren Vergleichs zwischen Psychodynamischer Behandlung zu Traumadesensibilisierung

	Konflikte infolge eines Traumas			
Crits-Christoph et al. 2005	14 GAD	13 GAD BAI	BAI $d = -0.49$	N/A
		14 GAD HAM-A	HAM-A $d = 0.26$	
	supportive-expressive Psychodynamische Kurzzeittherapie (<i>supportive expressive</i> - SE) (16 Sitzungen)	supportive, nondirektive Therapie (<i>non-directive supportive therapy</i> - NDST) (16 Sitzungen)		

Gen Symp (general symptoms) allgemeine Symptome (Patienteneinschätzung), *BAI* (Beck Beck-Angst-Inventar (Patienteneinschätzung), *HAM-A* Hamilton-Angstskala (Unabhängiger Rater)

Bei der zweiten Studie handelt es sich um eine Pilotstudie, bei der GAD-Patienten eine supportive-expressive psychodynamische Kurzzeittherapie (SE) erhielten und mit einer Gruppe GAD-Patienten verglichen wurden, die eine supportive, non-direktive Kurzzeittherapie erhielten (NDST) (Crits-Christoph et al. 2005).³ Die supportive, non-direktive Therapie wurde nach den Behandlungsmanualen von Borkovec und Mathew (1989) ausgeführt und legt einen besonderen Schwerpunkt darauf, die Aufmerksamkeit des Patienten hin zu seinen Gefühlen zu lenken, während eine akzeptierende, urteilsfreie und empathische Umwelt erzeugt wird. Supportiven Therapeuten ist es untersagt, direkte Anregungen oder Bewältigungsstrategien vorzuschlagen und sie werden nicht dazu angewiesen, auf interpersonale Beziehungen einzugehen. Im Gegensatz dazu richten supportive-expressive Therapieansätze (SE nach Luborsky 1995) ihren Fokus unmittelbar auf die Angst im Kontext von problematischen Beziehungsmustern.

Beide Gruppen zeigten starke Verbesserungen innerhalb der Gruppen und es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen SE-Therapien und NDST-Therapieansätzen auf den BAI ($d=-0.49$) und HAM-A ($d=-0.26$) Skalen gefunden werden. Wurden allerdings nur Patienten, die eine symptomatische Remission (definiert als das Ergebnis bei Beendigung der Therapie auf der HAM-A-Skala von <7) erreichen konnten, untersucht, so konnte ein statistisch signifikanter Unterschied ($p<0.05$) ermittelt werden, so dass 46% der SE-Gruppe versus 12,5% der NDST-Gruppe eine Remission erreichten. Die Ergebniswerte waren in der SE - Gruppe wesentlich variabler als in der NDST-Gruppe (die Standardabweichung in der SE-Gruppe liegt bei über 50%). Die Autoren schlagen vor, dass dieses Ergebnis dadurch zustande kommen könnte, dass SE-Therapie möglicherweise besonders gut bei einer Teilgruppe von GAD-Patienten anschlägt, aber nicht bei allen GAD-Patienten. Im Gegensatz dazu könnten supportive Behandlungsformen zu zuverlässigen Gewinnen für die Mehrheit der Patienten führen. Dies weist daraufhin, dass zukünftige Forschung (mit mehr Aussagekraft als eine Pilotstudie) untersuchen sollte, ob es bestimmte moderierende Patientencharakteristika gibt, die eine mehr oder weniger effektive Wirkung Psychodynamischer Therapieformen bedingen könnten. Zusätzlich sollte untersucht werden, welche spezifisch aktiven Bestandteile

³ Die Pilotstudie wurde als ein Abschnitt eines größeren Berichts über die Effekte von SE an Patienten mit einer GAD veröffentlicht und wird in aller Ausführlichkeit in dem Abschnitt *Prä-Post-Wirksamkeit von Psychodynamischen Therapien bezüglich der Behandlung von Angst* diskutiert.

psychodynamische Therapien aufweisen, die zu einer höheren Remission führen, als supportive Therapien. Dadurch, dass keine Follow-Up - Daten bereitgestellt wurden, bleibt es weiterhin unklar, ob die Patienten in der SE-Gruppe, die sich zum Zeitpunkt der Studie in Remission befanden, die von ihnen empfundenen Verbesserungen aufrechterhalten konnten.

Abbass et al. (2006) gehen in ihrer umfangreichen Metaanalyse zunächst auf die Frage der Aussagekraft und langfristigen Erhaltung ein, indem sie die Wirksamkeit von psychodynamischen Kurzzeittherapien im Vergleich zu einer Kontrollgruppe evaluierten. Diese Metaanalyse ist nicht mit in Tabelle 7.1 berücksichtigt, da ihre Übersichtsarbeit Daten von Studien mit einer Vielzahl von psychischen Störungen umfasst und sich nicht ausschließlich mit Angststörungen befasst. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse relevant, da sie die Wirksamkeit von STPP und die Reduzierung der Angstsymptome genauer beleuchten. In 12 von 23 Studien, die in diese Übersichtsarbeit eingegangen sind, wurden Messinstrumente für Angst(-symptome) genutzt. Bei dem Einsatz der 12 Studien in einem randomisierten Wirkungsmodell konnten Abbass et al. herausfinden, dass Ratings von Angst signifikante ($p < 0,05$) und große Behandlungseffekte in Relation zu einer Kontrollgruppe aufzeigten, die nach 3-9 Monaten eine Nachuntersuchung bekam ($d = 0,96$), aber dass sich keine signifikanten Effekte erzielen ließen, wenn die Follow-Up - Untersuchung nach weniger als 3 Monaten angesetzt war ($d = 0,72$) oder mehr als 9 Monate zurücklag ($d = 0,85$). Sobald eine der Studien, die in die Übersichtsarbeit [44] eingeflossen waren, aus der Analyse ausgeschlossen wurde, wurden die Unterschiede sowohl kurz- ($d = 0,96$, $p < 0,05$) als auch langfristig ($d = 1,35$, $p = 0,05$) signifikant. Es ist wichtig, die Ergebnisse unter Ausschluss der Studie von Sjodin et al. (1986) zu prüfen, da sich die Ergebnisse dieser Studie deutlich von jenen der anderen Studien, die in die Übersichtsarbeit eingegangen sind, unterscheiden. Das ist nicht überraschend, wenn man beachtet, dass diese Studie mit Magengeschwür-Patienten durchgeführt wurde, welche vor der Einführung einer Dreifachtherapie zur Eradizierung des *Helicobacter pylori* standen. Wenn diese Studie herausgenommen wird, dann zeigt sich über alle anderen 11 Studien hinweg, dass psychodynamische Behandlungen hinsichtlich der Symptomreduktion von Angst effektiver waren als die Kontrollen. Obwohl dies an sich schon bedeutsam ist, so ist es zudem von enormer Wichtigkeit, zu identifizieren, wie psychodynamische Behandlung im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungsformen abschneidet. Um sich dieser Frage zu nähern, wird im Folgenden die Literatur hinsichtlich psychodynamischer versus pharmakologischer Behandlungen von Angstzuständen herangezogen.

Tabelle 7.2 Psychodynamische Behandlung versus pharmakologische Behandlung für Angststörungen

Studie	N, Störung, Art der Dynamischen Behandlung	N, Störung, Art der Vergleichsbehandlung	Post Tx ES	Follow-Up Tx Es
Ferrero et al. 2007	34 GAD Post und 3 Monate	33 GAD Post und 3 Monate	HAM-A $d = -0,29$	HAM-A 3 Monate $d = 0,21$
	33 GAD 9 Monate	25 GAD 9 Monate		9 Monate $d = 0,13$
	Kurze adlerianische Psychotherapie (10- 15 Sitzungen)	Medikamente (SSRI oder SNRI/NaSSA)		

Wiborg & Dahl 1996	20 Panik manualisierte Psychodynamische tx basierend auf Davanloo, Malan, Strupp und Binder (15 Sitzungen) PLUS Clomipramin	20 Panik Clomipramine 9 Monate	PAAS $d = 0,55$ HAM-A $d = 1,38$	9 Monate nach Beendigung der tx PAAS $d = 0,76$ HAM-A $d = 0,86$
-----------------------	--	--------------------------------------	---	---

HAM-A Hamilton-Angstskala (Unabhängiger Rater), PAAS Panikattacken- und Angstskala (Patienteneinschätzung)

Wirksamkeit psychodynamischer Behandlung in Kombination oder einzeln in Relation zur pharmakologischen Behandlung von Angststörungen

Tabelle 7.2 fasst die naturalistischen Studien zusammen, welche die Wirksamkeit (*efficacy*) psychodynamischer Therapien einzeln oder in Kombination mit Medikamenten im Vergleich zu pharmakologischen Interventionen untersucht haben; allerdings lediglich bezogen auf die Behandlung von Angstsymptomen am primären Patienten und der Angstbeurteilung durch den Therapeuten für die randomisierte kontrollierte Studie (*randomized controlled trial* - RCT Wiborg et al. 1996). Diese Studien variieren hinsichtlich des Patiententypus, der Art der psychodynamischen Therapie und der Modelle der vollzogenen Vergleiche. Dennoch sind sie sich ähnlich bezüglich der ermutigenden Ergebnisse für die Behandlung von Angst mit Hilfe psychodynamischer Therapie.

Wie in Tabelle 7.2 dargestellt, haben Wiborg & Dahl (1996) eine randomisierte, kontrollierte Studie durchgeführt, in der Erwachsene, mit einer Panikstörung diagnostizierte ambulante Patienten über 9 Monate mit Clomipramin oder einer Kombination aus Clomipramin und 15 Sitzungen manualisierter psychodynamischer Psychotherapie basierend auf den Konzepten und Techniken von Davanloo (1978), Malan (1976; 1979), sowie Strupp & Binder (1992) behandelt wurden. Sie konnten zeigen, dass am Ende der Behandlung keine der Patienten, die eine Therapie und Medikamente bekommen hatten, nunmehr unter Panikattacken litten. Hinzu kommt, dass die mit der kombinierten Behandlungsform therapierte Gruppe deutlich weniger Angstzustände am Ende der Behandlung erfuhr, als die Gruppe, die ausschließlich medikamentös behandelt worden war, was durch die Panikattacken- und Angstskala (PAAS; $p = 0,02$, $d = 0,55$), deren Werte auf den Einschätzungen der Patienten basiert, und der Hamilton-Angstskala (HAM-A; $p = 0,001$, $d = 1,38$), deren Werte extern eingeschätzt werden, gemessen wurde. Diese Überlegenheit der kombinierten Behandlungsform bestand sogar nach 9 Monaten nach Beendigung der Intervention weiter, sowohl auf der PAAS ($p = 0,02$, $d = 0,76$) als auf der HAM-A ($p = 0,03$, $d = 0,86$). Diese Befunde legen nahe, dass die psychodynamische Therapie die Effekte von pharmakologischen Behandlungen verbessert. Dennoch sagen diese Befunde nichts über die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie ohne ergänzende medikamentöse Behandlung aus.

Um diese Wissenslücke zu füllen haben Ferrero et al. (2007) die Effekte medikamentöser Therapie, einer kurzzeitigen Adlerianischen psychodynamischen Psychotherapie und der

Kombination aus Therapie und Medikamenten bei der Behandlung ambulanter GAD-Patienten untersucht. Die B-APP basierte auf dem Herausarbeiten der fest verwurzelten Bedürfnisse, des Selbstwertgefühls, des Selbstbildes und der Beziehungsmuster. Patienten wurden den Behandlungsgruppen durch einen Psychiater aufgrund der Schwere der Symptome und ihrer mentalen Fähigkeiten zugeordnet. Dennoch gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Alter, Komorbidität der Achsen I und II, den Beurteilungen auf der Hamilton-Skala für Depression (*Hamilton Depression Scale* - HAM-D), den Beurteilungen auf der Hamilton-Angstskala (*Hamilton Anxiety Scale* - HAM-A), auf der Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (*Social and Occupational Functioning Scale* - SOFAS) oder auf der Skala für den Klinischen Gesamteindruck (*Clinical Global Impression* - CGI) zu Beginn der Behandlung.⁴

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen über den Zeitraum zwischen Aufnahme, Therapiebeendigung und der Nachuntersuchung 3 Monate nach der Behandlung auf dem Grad der Verbesserung gefunden werden – weder auf der CGI-Skala ($p = 0,21$), der HAM-A ($p = 0,31$), der HAM-D ($p = 0,24$) und der SOFAS ($p = 0,12$), noch auf der Remissionsrate gemessen an HAM-A ($p < 0,42$) und HAM-D ($p < 0,36$). Als zusätzlich hierzu Effektgrößen für das primäre Ausmaß der Angst untersucht wurden, konnten mit Hilfe des HAM-A nur geringe Unterschiede gegen Ende der Therapie festgestellt werden. Dieser Mangel an klaren Unterschieden zwischen den Gruppen hängt mit der Tatsache zusammen, dass alle Behandlungsgruppen in allen Messverfahren nach Ablauf der 3 Monate nach Beendigung der Behandlung eine progressive Verbesserung zeigten. Zudem wiesen alle Gruppen eine langfristige Erhaltung vieler der klinischen Gewinne nach Ablauf der 9 Monaten nach Beendigung der Behandlung auf.

Die einzigen Befunde, die signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen herausstellten, ließen darauf schließen, dass Patienten mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung zum Messzeitpunkt nach 3 Monaten signifikant höhere Verbesserungen erzielten ($p = 0,04$), wenn sie eine dynamische Therapie erhalten hatten, als Patienten, die nur mit Medikamenten behandelt worden waren. Dies deutet darauf hin, dass dynamische Therapie genauso erfolgreich ist wie medikamentöse Behandlung hinsichtlich der Verbesserung und der Remission von vielen Symptomvariablen. Zudem kann vermutet werden, dass dynamische Therapie sogar noch erfolgreicher ist als medikamentöse Behandlung, um Patienten mit einer GAD und komorbider Panikstörung zu helfen, sodass diese ihre sozialen und berufsbezogenen Funktionsfähigkeiten verbessern können. Obwohl jeder hier gezogene Rückschluss aufgrund der geringen Anzahl durchgeführter Studien in diesem Feld nur vorläufig sein kann, können diese Befunde in Anlehnung an Wiborg & Dahl (1996) im Vergleich zu pharmakologischen Ansätzen eine Untermauerung der Wirksamkeit (*efficacy*) und Effektivität (*effectiveness*) psychodynamischer Behandlungsformen für Angststörungen bieten. Um weiterhin die Wirksamkeit (*efficacy*) und Effektivität (*effectivity*) von psychodynamischen Therapien zu erforschen, wird diese Arbeit sich nun der empirischen Forschung widmen, die

⁴ Es sollte dennoch bemerkt werden, dass es einen nicht signifikanten Hinweis zu Beginn der Behandlung gab, dass die Gruppe, die nur Therapie erhielt einen niedrigeren Schweregrad auf der CGI-Skala hatte ($p < 0,07$).

psychodynamische Therapie mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen bei der Behandlung von Angststörungen vergleicht.

Wirksamkeit psychodynamischer Therapien im Vergleich zu kognitiven, verhaltenstherapeutischen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien bei der Behandlung von Angststörungen

Tabelle 7.3 fasst die Ergebnisse der klinischen Erhebungen zu den Symptomen von Angststörungen bei Primärpatienten und anhand klinischer Ratings zusammen, bei denen psychodynamische Therapie mit kognitiven (Durham et al. 1994; Durham et al. 1999; Svartberg et al. 2004), verhaltenstherapeutischen (Brom et al. 1989; Klein et al. 1983; Pierloot & Vinck 1978; Milrod et al. 2007) und kognitiv-verhaltenstherapeutischen (Leichsenring et al. 2009) Therapien hinsichtlich der Behandlung von Angststörungen verglichen wurden. Diese Studien variieren bezüglich der Art von Patienten, der psychodynamischen Therapieform und der Messverfahren, um Veränderung zu erfassen. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass sich die Ergebnisse je nach angewandter Methode unterscheiden. Insgesamt liefern die Studien uneinheitliche Ergebnisse zu psychodynamischer Therapie zur Behandlung von Angststörungen (Milrod et al. 2007; Brom et al. 1989; Klein et al. 1983; Pierloot & Vinck 1978). Einige von ihnen werfen Fragen zur Effizienz und Genauigkeit psychodynamischer Behandlungen auf (Durham et al. 1990; Durham et al. 1999).

Tabelle 7.3 Psychodynamische Behandlung versus kognitive Verhaltenstherapie, VT für Angststörungen

Studie	N, Störung, Art der Dynamischen Behandlung	N, Störung, Art der Vergleichsbehandlung	Post Tx ES	Follow-Up Tx Es
Brom et al. 1989	29 PTSD Manualisierte Psychodynamische Kurzzeittherapie 9 (Durchschnitt = 18.8 Sitzungen) gerichtet auf das Lösen von intrapsychischen Konflikten aus Traumata	31 PTSD Trauma Desensibilisierung (Durchschnitt = 15 Sitzungen)	Allg Symp $d = -0,26$	Allg Symp 3 Monate $d = 0,23$
Durham et al. 1994, 1999	11 GAD Post 12 GAD 6 Monate 10 GAD 12 Monate AP (Analytische Therapie; Symptomerforschung, Beziehungen, Entwicklung, Übertragung, Resistenz) Hoher Grad an Kontakt: 16-20 Sitzungen)	15 GAD Post 13 GAD 12 Monate KT (Kognitive Therapie basierend auf Beck und Emery) Hoher Grad an Kontakt: 16-20 Sitzungen	STAI-T $d = -0,84$	STAI-T 6 Monate $d = -0,71$ 12 Monate $d = -1,33$
Durham et al. 1994, 1999	13 GAD Post 14 GAD 6 Monate 12 GAD 12 Monate AP Niedriger Grad an Kontakt: 8-10 Sitzungen	18 GAD Post 14 GAD 6 und 12 Monate KT Niedriger Grad an Kontakt: 8-10 Sitzungen	STAI-T $d = -0,87$	STAI-T 6 Monate $d = -1,38$ 12 Monate $d = -1,38$
Durham et al. 1994, 1999	13 GAD Post 14 GAD 6 Monate 12 GAD 12 Monate AP Niedriger Grad an Kontakt: 8-10 Sitzungen	14 GAD Post und 6 Monate 12 GAD 12 Monate Angstmanagement (8-10 Sitzungen)	STAI-T $d = -0,80$	STAI-T 6 Monate $d = -0,90$ 12 Monate $d = -1,12$

Klein et al. 1983	18 Phobie ^a Supportive dynamische Therapie (26 Sitzungen, wöchentlich) PLUS Imipramin	48 Phobie ^b Verhaltenstherapie (26 Sitzungen, wöchentlich) PLUS Imipramin	Pt-ODI $d = 0,04$ IR-ODI $d = -0,31$	
Leichsenring et al. 2009	28 GAD manualisierte STDP basierend auf Luborsky und Crits-Christoph (bis zu 30 Sitzungen)	30 GAD manualisierte KCBT (Kognitive verhaltenstherapeutische Psychotherapie) Fokus auf der Veränderungs- und Kontrollangst (bis zu 30 Sitzungen)	STAI-T $d = -0,82$ HAM-A $d = -0,48$	6 Monate STAI-T $d = -0,93$ HAM-A $d = -0,65$
Milrod et al. 2007	26 Panikstörungen Panik-fokussierte Psychodynamische Psychotherapie (zweimal wöchentlich für 12 Wochen)	23 Panikstörungen Entspannungstraining (zweimal wöchentlich für 12 Wochen)	PDSS $d = 0,95$	
Pierloot and Vinck 1978	9 erhobene Werte auf der TMAS Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Malan (20 Sitzungen)	13 erhobene Werte auf der TMAS Systematische Desensibilisierung (20 Sitzungen)	STAI-T $d = -0,09$	STAIT-T 3 Monate $d = -0,30$

Allg Symp (general symptoms) allgemeine Symptome (Patienteneinschätzung), *STAI-T (State-Trait-Anxiety Inventory)* State-Trait-Angstinventar (Patienteneinschätzung), *HAM-A* Hamilton-Angstskala (Unabhängiger Rater), *Pt-ODI* Patienteneinschätzung zum allgemeinen Grad der Verbesserung, *IR-ODI* Unabhängiger Rater zur Einschätzung des allgemeinen Grades der Verbesserung, *PDSS* (Panic Disorder Severity Scale) Panikstörung Härteskala (Unabhängiger Rater), *TMAS* (Taylor manifest anxiety scale) Taylor manifest Angstskala

^a Nur 17 von den phobischen Patienten in der ST-Gruppe wurden in die Berechnung der IT-ODI miteinbezogen

^b Nur 44 von den phobischen Patienten in der BT-Gruppe wurden in die IR-ODI Berechnung miteinbezogen

Die Studie von Durham et al. (1994, 1999) ist exemplarisch für Studien, in denen Bedenken über die Effizienz von psychodynamischen Therapien zur Behandlung von Angststörungen im Vergleich zu kognitiven Therapien thematisiert wurden. Die Forscher verglichen die Effekte kognitiver Therapie, psychodynamischer Therapie und Angstmanagement-Trainings in einer randomisierten, kontrollierten Studie mit erwachsenen, ambulanten GAD-Patienten. Alle Behandlungen wurden in einem ein- bis zweiwöchigen Intervall über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg eingesetzt. Weiterhin wurden zwei Gruppen gebildet, eine unter der Versuchsbedingung eines hohen Grades an Kontakt (16-20 Std. Behandlung) und die andere mit der Versuchsbedingung eines niedrigeren Grades an Kontakt (8-10 Std. Behandlung). Es konnte herausgefunden werden, dass psychoanalytische Therapien mit verschiedenen Messverfahren zu einer signifikanten Verbesserung führten, sowohl unter der Versuchsbedingung eines niedrigen als auch hohen Maßes an Kontakt, dass jedoch kognitive Therapien zu einer noch stärkeren Verbesserung führten. In ähnlicher Weise fielen die Ergebnisse der analytischen Therapie mit niedrigem Kontakt deutlich unbefriedigender aus als das Angstmanagement-Training hinsichtlich der Verminderung der Symptome auf dem State-Trait-Angstinventar (STAI-T) sowohl bei Beendigung der Therapie ($d = -0,80$) als auch bei der Follow-Up nach 6 ($d = -0,90$) und nach 12 Monaten ($d = -1,12$).

Es ist allerdings wichtig darauf hinzuweisen, dass es bei der Studie von Durham et al. einige methodologische Probleme gab. Erstens wurden nur in der kognitiven Therapie Manuale verwendet, nicht aber in der analytischen Therapie. Zweitens wurde die Einhaltung der Therapieform nicht überprüft, sodass die exklusive und regelmäßige Nutzung der angegebenen Behandlungsformen nicht validiert werden konnte. Drittens gab es keine Begutachtung der Kompetenz der Therapeuten. Letztendlich, so Leichsenring et al. (2004), wurden die Therapien nicht gleichermaßen durchgeführt. Die Psychologen, welche die kognitive Therapie angewandt hatten, konnten auf 2 bis 10 Jahre postqualifizierende Erfahrungen im Bereich der kognitiven Therapie zurückblicken. Im Gegensatz dazu hatten die Psychiater, welche die analytischen Behandlungen durchführten, zwar eine psychoanalytische Weiterbildung, aber keine Schulung in Kurztherapie absolviert, obwohl die Studie auf eine sechsmonatige Behandlung beschränkt war.

Möglicherweise noch ausschlaggebender als die methodologischen Bedenken sind die Befunde von Durham et al. (2003). Sie konnten zeigen, dass die anfängliche Überlegenheit kognitiver Therapien gegenüber analytischen Therapien in den Studien von 1994 und 1999 bei einer Nachuntersuchung nach 8 Jahren verschwand. Sie beobachteten, dass 36% der Teilnehmer der kognitiven Therapie-Gruppe und 42% der Teilnehmer der kombinierten Kontrollgruppe, die entweder die analytische Therapie oder das Angstmanagement-Training durchlaufen hatten, genesen waren. Leider ist der direkte Vergleich zwischen kognitiver Therapie und analytischer Therapie bei der Nachuntersuchung nicht mehr nachvollziehbar, da Durham et al. (2003) in der Nachuntersuchung nach 8 Jahren die Teilnehmer der analytischen Therapie und jene des Angstmanagement-Trainings als Kontrollgruppe zusammenfassten.⁵

⁵ Da es keinen direkten Vergleich gab, wurden Durham et al. [55] nicht mit in die Tabelle aufgenommen.

Ein direkter Vergleich zwischen psychodynamischer Kurzzeittherapie und Verhaltenstherapie wurde von Klein et al. (1983) unternommen. In dieser Studie wurden phobische Patienten randomisiert in drei Gruppen eingeteilt: Imipramin plus 26 wöchentliche Sitzungen Verhaltenstherapie (KVT), Placebo-Tabletten plus 26 wöchentliche Sitzungen KVT oder Imipramin plus 26 wöchentliche Sitzungen supportive dynamische Therapie (*supportive-dynamic therapy* - ST). KVT basiert primär auf einem systematischen Desensibilisierungs- und Entspannungstraining, wohingegen ST auf das Ausdrücken von Gefühlen, die interpersonalen Beziehungen, Angstzustände und Konflikte konzentriert ist. Ergebnisse haben gezeigt, dass sowohl ST plus Imipramin, als auch KVT plus Imipramin zu deutlichen Verbesserungen geführt haben. 85% der Patienten in der KVT plus Imipramin Gruppe und 89% der Patienten in der ST plus Imipramin Gruppe gaben an, mäßige bis starke Verbesserungen wahrnehmen zu können. Fremdbeurteilungen durch externe Rater zeigten in ähnlicher Weise, dass 82% der Patienten in der KVT plus Imipramin Gruppe und 76% der Patienten in der ST plus Imipramin Gruppe mäßige bis starke Veränderungen bei Beendigung der Behandlung verzeichnen konnten. Keine dieser Ergebnisse war jedoch signifikant ($p > 0,10$). Diese Befunde weisen daraufhin, dass behaviorale Therapien und psychodynamische Kurzzeittherapien in der Behandlung von Phobien gleichermaßen effektiv sind, sobald sie mit Imipramin kombiniert werden. Es bleibt dennoch unklar, ob behaviorale und psychodynamische Therapien auch ohne Imipramin effektiv wären und ob der Vergleich beider Behandlungsformen ohne pharmakologische Behandlung zu unterschiedlicher Wirksamkeit führen würde.

Pierloot & Vinck (1978) verglichen psychodynamische und behaviorale Therapien in Bezug auf die Behandlung von Angst(-störungen) miteinander. Genauso wie Klein et al. (1983) konnten sie positive Veränderungen durch beide Therapieformen finden, obwohl ihre Ergebnisse stärker variierten. Bei zwei Messverfahren konnte ein Trend sichtbar werden, auch wenn dieser nicht besonders stark ausgeprägt war ($p > 0,05$), wobei systematische Desensibilisierung zu mehr positiver Veränderung bei Beendigung der Behandlung führte, jedoch nicht mehr bei der Nachuntersuchung nach 3 Monaten. Besonders bei Therapieende zeigten die Patienten in der systematischen Desensibilisierungsgruppe höhere positive Veränderungen auf dem TMAS ($d = -0,40$) und auf dem State-Trait Angstinventar (STAI-S) ($d = -0,37$) als Patienten in der psychodynamischen Therapiegruppe. Nichtsdestotrotz waren die Unterschiede auf dem TMAS ($d = -0,03$) zum Zeitpunkt der 3 Monaten Nachuntersuchung verschwunden und hatten sich in Richtung Umkehrung im STAI-S ($d = 0,33$) verändert. Darüber hinaus waren die positiven Veränderungen zwischen Beendigung und Nachuntersuchung in der dynamischen Therapiegruppe deutlich höher als in der systematischen Desensibilisierungsgruppe ($p < 0,05$). Wenn man diese Befunde im Zusammenhang mit den Ergebnissen von Durham und Kollegen (2003) betrachtet, so könnte man schlussfolgern, dass kognitive und behaviorale Behandlungsformen eher zu einer sofortigen Symptomreduktion führen, dass sich aber die Behandlungseffekte nach der Beendigung verringern, während psychodynamische Behandlungsformen zu langanhaltenden Verbesserungen führen.

Brom und Kollegen (1989) liefern durch ihre randomisierte, kontrollierte Studie weitere Belege für diese These, indem sie eine Warteliste-Kontrollgruppe mit Gruppen, die unter

PTSD litten und durch psychodynamische Therapie, Hypnotherapie und Trauma-Desensibilisierung behandelt wurden gegenüberstellen. In Anlehnung an die bisherigen Befunde konnten auch bei dieser Studie kurz nach Behandlungsende anhand von kombinierten Werten von Intrusion und Vermeidung geringfügig niedrigere Behandlungseffekte in der psychodynamischen Behandlung gefunden werden als bei der Traumadesensibilisierung ($d = -0,26$). Der therapeutische Gewinn blieb jedoch in der psychodynamischen Behandlungsgruppe bestehen. So erzielten die Patienten der psychodynamischen Interventionsgruppe bei der Nachuntersuchung nach 3 Monaten geringfügig höhere positive Effekte im Vergleich zur Gruppe der Trauma-Desensibilisierung ($d = 0,23$).

Bei der Untersuchung der Effektstärken von Prätest und Nachuntersuchung innerhalb der Gruppe wiesen psychodynamische Behandlungsformen starke Effekte auf, sowohl auf der Unterskala der Intrusions- ($d = 1,12$) als auch auf der Vermeidungsunterskala ($d = 0,94$). Auch beim Vergleich von Effektstärken innerhalb der Gruppen beim Prätest und bei der Nachuntersuchung konnte Trauma-Desensibilisierung gut abschneiden. Dennoch waren die Unterschiede zwischen den beiden Skalen für Trauma-Desensibilisierung auf der Intrusions-Subskala größer ($d = 1,07$) als auf der Vermeidungs-Subskala ($d = 0,69$). Brom und Kollegen (1989) schlussfolgern daraus, dass psychodynamische Therapie und Trauma-Desensibilisierung effektiver in der Behandlung von PTSD sind als Kontrollvergleiche, dass aber die Ergebnisse zu unterschiedlichen Ergebnissen führen könnten, je nach dem zu welchem Zeitpunkt die Daten erfasst wurden (z.B. Therapieende oder Nachuntersuchung) und welche Messverfahren eingesetzt wurden (z.B. welche Art der Veränderung wird erhoben). Trauma-Desensibilisierung könnte kurzfristig zu erhöhter Verbesserung führen, während psychodynamische Behandlungen langfristig einen größeren Gewinn bringen könnten. Außerdem könnten psychodynamische Therapien und Trauma-Desensibilisierung gleich effektiv hinsichtlich der Reduzierung von Intrusion sein, wohingegen jedoch psychodynamische Therapie zu einem höheren Gewinn im Feld der Vermeidung führen könnte.

Leichsenring et al. (2009) haben herausgefunden, dass der relative Erfolg von kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) und psychodynamischer Kurzzeittherapie (*short-term psychodynamic therapy* - STDP) bei der Behandlung von GAD sehr von den angewandten Messverfahren abhängig war. Um einige methodologische Schwachstellen vorangegangener Studien zu vermeiden, arbeiteten Leichsenring und Kollegen nur mit erfahrenen Therapeuten, die ausreichend in ihrem jeweiligem Ansatz ausgebildet waren, die Manuale verwendeten und Nachprüfungen der Einhaltung und Kompetenz durchliefen, um sicherzustellen, dass die Therapien ordnungsgemäß durchgeführt wurden. Sie konnten deutlich positive Effekte für alle Ergebnismessungen erfassen, woraus sich schließen ließ, dass sowohl die kognitive Verhaltenstherapie, als auch die psychodynamische Kurzzeittherapie zu Verbesserungen führten (Effektstärken reichten von $d = 0,41$ bis $d = 2,67$). Genauso verhielt es sich bezüglich der Ergebnismessungen bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten: die Verbesserungen blieben weiterhin erhalten. Bei Mittelung der Effektstärken innerhalb der Gruppe für alle Messungen, die in dieser Studie verwendet wurden, ergab sich, dass die Psychodynamische Kurzzeittherapie einen großen Effekt bei Therapieende aufwies ($d = 1,16$), sowie bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten ($d = 1,10$). Gemittelte Effektstärken innerhalb der kogni-

tiven Verhaltenstherapiegruppe wiesen bei Beendigung der Behandlung und auch bei der sechsmonatigen Nachuntersuchung ($d = 1,71$) starke Effekte auf ($d = 1,73$).

Als beide Gruppen zum Therapieende miteinander verglichen wurden, konnten keine signifikanten Unterschiede ($p > 0,05$) auf der Hamilton Angst-Skala (HAM-A; $d = -0,48$), auf dem Beck Angst-Inventar (BAI; $d = -0,33$), der Klinischen Angstska (Hospital Anxiety Scale - HAS; $d = -0,57$) oder dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (Inventory of Personal Problems - IIP; $d = -0,08$) festgestellt werden, obwohl die kognitive Verhaltenstherapie eine Tendenz zu größeren Effektstärken aufzeigte. Bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten ließen sich immer noch größere Effektstärken bei der kognitiven Verhaltenstherapie erkennen, allerdings gab es keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den HAM-A ($d = -0,65$), BAI ($d = -0,37$), HAS ($d = -0,63$) oder den IIP ($d = -0,07$)- Werten. Dennoch war die CBT nach Beendigung der Therapie im Bereich der Symptomreduktion - gemessen anhand des Penn-State-Besorgnis-Fragebogen (Penn State Worry Questionnaire – PSWQ) ($d = -0,98$), dem State-Trait-Anxiety-Inventar ($d = -0,82$) und dem Beck-Depression-Inventar ($d = -0,76$) - den anderen Therapieformen gegenüber deutlich ($p < 0,01$) überlegen. Bei der Nachuntersuchung nach 6 Monaten konnte diese signifikante Überlegenheit ($p < 0,05$) in allen drei Messverfahren erneut gemessen werden (jeweilige Effektstärken: $d = -1,04$, $d = -0,93$, $d = -0,59$). Als die Effektstärken zwischen den Gruppen aller Messverfahren, die in dieser Studie verwendet wurden, gemittelt wurden, konnten mittelgroße Effektstärken gefunden werden, die aufzeigten, dass die KVT den psychodynamischen Therapien überlegen waren, sowohl zum Therapieende ($d = -0,57$) hin, als auch nach sechs Monaten ($d = -0,61$).

Beide Behandlungsmethoden wurden mit signifikanten Verbesserungen bei der Behandlung von Angst(-störungen), Depression und der zwischenmenschlichen Funktionsfähigkeit in Verbindung gebracht und es konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Therapieformen in der Mehrzahl der Messverfahren festgestellt werden. Jedoch war die KVT den anderen Therapieformen bei der Messung von Angstzuständen, dem Zustand von Besorgnis und Depression deutlich überlegen. Leichsenring et al. (2009) bemerken in ihrer Diskussion der Ergebnisse, dass die Reduktion von Sorgen ein Hauptelement der KVT in dieser Studie war, aber nicht der STDP. Dieser spezifische Unterschied könnte auf die Überlegenheit der KVT auf dem Penn State Sorgen-Fragebogen (Penn State Worry Questionnaire – PSWQ) und z.T. dem State-Trait-Anxiety-Inventar zurückzuführen sein. (Dieses Messverfahren enthält auch einige Items zu Besorgnis). Eine Möglichkeit, mit diesen Ergebnissen umzugehen wäre, zu akzeptieren, dass die zwei Behandlungsmethoden sich auf unterschiedliche Art mit den Symptomen befassen. Einige Formen der Ergebnismessung werden die eine Behandlungsmethode begünstigen, während die anderen das entgegengesetzte Muster favorisieren.

Obwohl in dieser Studie keine der Ergebnismessungen mit eindeutig positiveren Veränderungen durch die psychodynamische Therapie in Zusammenhang gebracht wurden, kamen andere Studien zu dem Ergebnis, dass die psychodynamische Therapie in einigen Bereichen effektiver sein könnte (Brom et al. 1989; Gibbons et al. 2009). Beispielsweise nutzten Gibbons und Kollegen eine zusammengefasste Datenbasis aus fünf Studien, die ähnliche Methoden verwendet und eine vielfältige Studienpopulation umfasst hatten, um die spezifischen und gemeinsamen Veränderungsmechanismen psychodynamischer und kognitiver

Psychotherapie herauszuarbeiten. Sie konnten zeigen, dass psychodynamische Therapien zwischen Aufnahme und Beendigung der Therapie zu wesentlich größerem Nutzen ($p < 0,05$) hinsichtlich der Selbsterkenntnis interpersonaler Mustern führte als kognitive Therapie ($d = 0,47$). Verbesserungen während der Bearbeitung der Selbsterkenntnis konnten eine erhebliche ($p < 0,05$) Symptomverbesserung von Angst auf dem BAI zwischen Therapieende und der Nachuntersuchung vorhersagen, sodass die Veränderung auf dem BAI von Beginn bis Ende der Therapie kontrolliert werden konnte. Dies lässt darauf schließen, dass Veränderungen der Selbsterkenntnis der Veränderung der Symptome vorausgegangen sind. Dementsprechend scheint es so, als ob der Fokus psychodynamischer Therapie hinsichtlich der Selbsterkenntnis interpersonaler Muster ein wichtiger Veränderungsmechanismus bei der Behandlung von Angst sein könnte.

Weitere vielversprechende Ergebnisse bezüglich der Angstreduktion bei psychodynamischer Therapie kommen aus einer randomisierten-kontrollierten Studie (RCT) von Milrod und Kollegen (2007b), in der eine auf Panik spezialisierte psychodynamische Psychotherapie (*panic focused psychodynamic psychotherapy* - PFPP) mit einem Entspannungstraining verglichen wurde, an dem 49 Patienten mit einer Panikstörung teilnahmen.

Die Forscher kamen zu dem Ergebnis, dass die PFPP bei der Reduktion der Schwere einer umfassenden Bandbreite von Symptomen auf der Panikstörung Härteskala (*Panic Disorder Severity Scale* – PDSS) ($p < 0,0$, $d = 0,95$) zum Therapieende deutlich wirksamer gewesen war als das Entspannungstraining. Zu Therapieende war die PFPP außerdem erfolgreicher bei der Minderung funktionaler Beeinträchtigungen, was anhand der Sheehan Behinderungsskala (*Sheehan Disability Scale* – SDS) ($p = 0,01$, $d = 0,74$) gemessen wurde. Zudem wurde eine klare Entwicklung auf der Hamilton Depressionsskala (*Hamilton Depression Scale* – HAM-D) hin zu einer effektiveren Symptomreduktion von Depressivität durch die PFPP festgestellt ($p = 0,07$, $d = 0,53$). Schlussendlich hatte das Entspannungstraining eine höhere Schwundquote als PFPP: 7% der Patienten in der PFPP-Gruppe versus 34% der Patienten in der Entspannungstrainings-Gruppe waren während der Behandlung ausgestiegen ($p = 0,03$).

Analysen der Nachuntersuchungen für diese randomisierte kontrollierte Studie wurden von Milrod et al. (2007a) durchgeführt, um zu ermitteln, ob die Komorbidität der Achse II die in der PFPP und dem Entspannungstraining gefundenen Behandlungseffekte moderiert haben könnte. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass die PFPP dem Entspannungstraining auf der Panikstörung Härteskala (*Panic Disorder Severity Scale* - PDSS) überlegen war, sowohl bei Patienten mit ($d = 1,19$), als auch ohne ($d = 0,55$) einer auf der Achse II verorteten Störung und dass die Effektstärken für Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung sogar höher ausfielen. Wurde nur Cluster C berücksichtigt, so übertraf die PFPP darüber hinaus das Entspannungstraining an Leistung, sowohl bei Patienten mit ($d = 1,35$), als auch ohne ($d = 0,69$) Cluster C-Persönlichkeitsstörung. Abermals waren die Effektstärken höher in der Cluster C-Gruppe. Da nur fünf Patienten mit einer Achse II-Diagnose keine Cluster C-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, konnten die Effekte anderer Achse II-Störungen nicht von den Effekten des C-Clusters getrennt werden. Hieraus kann resümiert werden, dass die Cluster C-Komorbidität die Wirksamkeit der PFPP erhöht hat, während sie die Wirksamkeit des Entspannungstrainings vermindert hat. Diese Ergebnisse stimmen mit den APA-Richtlinien der

Arbeitspraxis für Panikstörungen [16] überein, die Patienten, die unter einer mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung einhergehenden Panikstörung leiden, eine psychodynamische Psychotherapie empfehlen.

Die bisher präsentierte Forschung hat psychodynamische Behandlungsansätze sowohl mit kognitiven und behavioralen Behandlungsformen, als auch mit Kontrollgruppen und pharmakologischen Interventionen verglichen. Es konnte festgestellt werden, dass die psychodynamische Therapie im Vergleich zu Kontrollgruppen effizienter wirkt und dabei eine ebenso hohe Wirksamkeit (*efficacy*) aufweist wie die medikamentöse Behandlung. Diese Schlussfolgerungen hinsichtlich der pharmakologischen Intervention gelten aufgrund der kleinen Anzahl von Studien in diesem Feld als vorläufige Ergebnisse. Die Wirksamkeit (*efficacy*) psychodynamischer Therapie im Bezug auf kognitive, behaviorale Therapie (CBT) stellt sich als uneinheitlich dar, obwohl eine Entwicklung zu beobachten ist, die zeigt, dass die CBT gegenüber der psychodynamischen Therapie höhere Effektgrößen aufweist.

Ein weiterer Ansatz, durch den die Auswirkungen der psychodynamischen Therapieform auf die Behandlung von Angststörungen untersucht werden kann, ist die Within-Group Prä-Post-Evaluierung der durch die Behandlungsform bewirkten Veränderungen. Dies ermöglicht eine Bewertung des Ausmaßes der Verbesserungen, die Patienten im Laufe einer psychodynamischen Therapie zwischen der Aufnahme und Beendigung und zwischen der Beendigung und Nachuntersuchung im Rahmen dieser Therapie erfahren. Als nächstes wird nun also die Effektivität (*effectiveness*) der psychodynamischen Therapie bei der Initiierung von Veränderungen erörtert.

Die Prä-Post Effektivität psychodynamischer Therapie bei der Behandlung von Angststörungen)

Tabelle 7.4 fasst die primären prä-post Effektgrößen innerhalb der Gruppe der von Therapeuten und Patienten bewerteten Ergebnisvariablen von Angst (Symptome oder Verbesserung wenn keine Messung von Angst vorhanden war). Diese Tabelle umfasst nur veröffentlichte Studien, die psychodynamische Therapie bei der Behandlung von Angststörungen untersucht haben. Wurden die Prä-Post-Behandlungseffektgrößen der Studien gemittelt (Random-Effekt, für die Stichprobe gewichtet), so konnte ein hoher Mittelwerteffekt für die von den Patienten ($d = 1,05$; Umfang $d = 0,25 - 3,20$) und Therapeuten ($d = 1,62$; Umfang $d = 0,56 - 2,34$) erstellten Ratings bei den primären Ergebnisskalen der Studien ($N = 269$) festgestellt werden. Die gewonnenen Gesamtwerte konstituieren keine fundierte Metaanalyse, ebenso wenig kann von einer vollständigen Erfassung aller Effekte, die mit den untersuchten Variablen der Studie in Verbindung stehen, gesprochen werden. Vielmehr sollten die Daten dazu genutzt werden, die mit den primären Angstvariablen verbundenen Effekte in ihrem Ausmaß klar zu strukturieren. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Gesamtwerte der Effektgrößen vergleichbar sind mit dem von Stewart und Chambless (2009) ermittelten metaanalytischen Befund, bei dem sich die Effektgrößen der CBT zwischen den Werten 0,83 und 2,59 bewegten, je nachdem, welche spezifische Angststörung untersucht wurde. Es wurde beispielsweise festgestellt, dass der Durchschnittswert der Prä-Post-Effektgrößen von generellen Angstgefühlen bei 11 Effectiveness-

Studien, welche die Effektivität von CBT bei GAD untersuchten, bei 0,92 lag. Bei 17 zu der Wirkung von CBT bei Panikattacken durchgeführten Effectiveness-Studien lag der Durchschnitt der Prä-Post-Effektgrößen bei 1,01. Bei 11 zu Sozialer Phobie durchgeführten Effectiveness-Studien wurde ein Durchschnittswert von 1,04 festgestellt.⁶

Neben der Untersuchung der Gesamtwerte der gruppen-internen Effektgrößen zahlreicher Studien ist es ebenso hilfreich, einen direkten Blick auf Effectiveness-Studien zu werfen, die Auswirkungen der psychodynamischen Psychotherapie auf Angststörungen in einem natürlichen Umfeld überprüfen. Es ist wichtig, sowohl RCT- als auch Effectiveness-Studien in einem natürlichen Setting zu überprüfen, da sie ganz unterschiedliche Informationen liefern. Efficacy-Studien weisen tendenziell eine hohe interne Validität auf. Dadurch können sie Informationen darüber erbringen, welche Therapieform unter kontrollierten Bedingungen die besten Resultate herbeiführt. Dementgegen können Effectiveness-Studien eine höhere externe Validität aufweisen. So kann die Effektivität und Durchführbarkeit einer Therapieform in einem alltäglichen Setting identifiziert werden (Westen et al. 2004). Um herauszufinden, ob die psychodynamische Therapie bei Angststörungen sowohl in einem kontrollierten Setting als auch im natürlichen Umfeld Wirkung zeigt, werden wir uns nun mit der Effektivität (*effectiveness*) von Psychodynamischer Therapie bei Angststörungen in einem alltäglichen Setting beschäftigen.

Drei Studien haben die Effektivität von psychodynamischer Psychotherapie bei Angststörungen in alltäglichen Settings untersucht. Die von Crits-Christoph et al. (1996) durchgeführte offene Studie untersuchte eine kurzzeitige supportive-expressive Psychotherapie (SE nach Luborsky) bei der Behandlung von GAD; Milrod et al. (2001) führten eine offene Studie zu einer auf Panik spezialisierten Psychodynamischen Psychotherapie durch (*panic-focused psychodynamic psychotherapy* - PFPP), während die offene Studie von Slavin-Mulford et. al [57] die Anwendung kurzzeitiger psychodynamischer Psychotherapie bei der Behandlung von Angstspektrumsstörungen untersuchte. Alle drei Studien kamen zu dem Ergebnis, dass psychodynamische Therapie bei der naturalistischen Behandlung von Angststörungen Wirksamkeit (*effectiveness*) gezeigt hatte.

⁶ Hierbei wurde bei der Messung von Effektgrößen die Methode von Hedges g [59] verwendet, da das von Cohen verwendete d [60] häufiger bei Metaanalysen vorkam. Die beiden Messeinheiten entstanden aus leicht voneinander abweichenden rechnerischen Formeln, allerdings führte die ausgewählte Formel bei großen Stichproben zu begrenzten oder gar keinen Abweichungen bei der Umwandlung von g zu d .

Tabelle 7.4. Psychodynamische Behandlungsformen bei Angststörungen Prä-Post-Follow-Up

Studie	N, Störung, Art der dynamischen Behandlung	Prä-Post ES	Prä-Follow-Up ES
Ferrero et al. (2007)	34 GAD Post und 3 Monate 33 GAD 9 Monate Kurze adlerianische Psychotherapie (10-15 Sitzungen)	HAM-A $d = 0,57$	HAM-A 3 Monate $d = 1,58$ 9 Monate $d = 1,53$
Wilborg und Dahl (1996)	20 Panik Manuelle Psychodynamische tx basierend auf Davanloo, Malan, Strupp und Binder (15 Sitzungen) PLUS Clomipramin	PAAS $d = 3,23$ HAM-A $d = 2,29$	9 Monate PAAS $d = 2,54$ HAM-A $d = 1,88$
Brom et al. (1989)	29 PTSD Manuell, kurzzeitige (Durchschnitt= 18,8 Sitzungen) Psychodynamische Therapie mit einem Schwerpunkt auf intrapsychischen, aus einem Trauma resultierenden Konflikten	Gen Symp $d = 0,92$	Gen Symp 3 Monate $d = 1,28$
Durham et al. (1999)	11 GAD Post 12 GAD 6 Monate 10 GAD 12 Monate AP (analytische Therapie mit der Untersuchung von Symptomen, laufenden Beziehungen, Entwicklung, Übertragung und Resistenz High-contact Bedingung: 16-20 Sitzungen	STAI-T $d = 0,26$	STAI-T 6 Monate $d = 0,39$ 12 Monate $d = 0,23$
Durham et al. (1999)	13 GAD Post 14 GAD 6 Monate 12 GAD 12 Monate AP: Low-contact: 8-10 Sitzungen	STAI-T $d = 0,49$	STAI-T 6 Monate $d = 0,12$ 12 Monate $d = 0,13$
Klein et al. (1983) ^a	18 phobische PTODI 17 phobische ERODI Unterstützende dynamische Therapie (26 wöchentliche Sitzungen PLUS Imipramin	89% Pt-ODI 76% IR-ODI	
Leichsenring et al. (2009)	28 GAD Manuelle STDP basierend auf Luborsky (bis zu 30 Sitzungen)	STAI-T $d = 1,02$ HAM-A $d = 2,14$	6 Monate STAI-T $d = 0,94$ HAM-A $d = 2,02$
Milrod et al. (2001)	26 Panik Panik-zentrierte Psychodynamische Psychotherapie (zweimal wöchentlich über einen Zeitraum von 12 Wochen)	PSDSS $d = 2,07$	
Pierloot und Vinck [51]	9 erhöhte Werte auf der Taylor Manifest Anxiety Scale Psychodynamische, von Malan beeinflusste Kurzzeit-tx (20 Sitzungen)	STAI-T $d = 0,52$	STAI-T 3 Monate $d = 0,54$
Crits-Christoph et al. (1978)	61 GAD unterstützend-expressive Kurzzeitpsychotherapie (16 wöchentliche Sitzungen + 3 monatliche Auffrischungssitzungen)	BAI $d = 1,25$ HAM-A $d = 1,18$	
Milrod et al. (2001)	21 Panik 16-wöchig 17 Panik 6-monatlich PFPP (2x wöchentlich 24 Sitzungen)	ASI $d = 1,19$ PDSS $d = 2,08$	6-monatlich ASI $d = 1,66$ PDSS $d = 1,81$

Slavin-Mulford et al. (2011)	12 GAD, 1 Panik, 4 PTSD und 4 Angststörung NOS STPP (unterschiedliche Dauer; Durchschnittliche Sitzung = 29)	BSI Anx $d =$ 0,89 GAF $d = 1,44$
---------------------------------	---	---

HAM-A (Hamilton Anxiety Scale) Hamilton Angstskala (Unabhängiger Rater), *PAAS* (Panic and Anxiety Scale) Panikattacke und Angstskala (Patienteneinschätzung), *Gen Symp* (total general symptoms) allgemeine Symptome gesamt (Patienteneinschätzung), *STAI-T* (State-Trait-Anxiety-Inventory) State-Trait-Angstinventar (Patienteneinschätzung), *Pt-ODI* Patienteneinschätzung zum allgemeinen Grad der Verbesserung, *IR-ODI* Unabhängiger Rater zur Einschätzung des allgemeinen Grades der Verbesserung, *PDSS* (Panic Disorder Severity Scale) Panikstörung Härteskala (Unabhängiger Rater), *BAI* (Beck-Anxiety-Inventory) Beck-Angst-Inventar (Patienteneinschätzung), *ASI* (Anxiety Sensitivity Inventory) Angst-Empfindlichkeitsinventar (Patienteneinschätzung), *STPP* (Short-term psychodynamic psychotherapy) Dynamische Kurzzeittherapie, *BSI Anx* (Brief Symptom Inventory Anxiety Subscale) Kurzzeitige Symptom- Inventar Angst-Subskala (Patienteneinschätzung), *GAF* (Global Assessment of Functioning Scale) Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus (unabhängiger Rater)

^a Klein et al. (1983) haben keine Informationen für die Berechnung von Within-Group-Effektgrößen bereitgestellt. Der prozentuale Anteil der von Patienten berichteten Verbesserungen wurde jedoch erstellt.

Die von Crits-Christoph et al. (1996) durchgeführte Studie umfasste 26 erwachsene ambulante Patienten mit GAD. Zu den Ausschlusskriterien zählten akute körperliche Erkrankungen, jegliche aktuelle oder in der gesamten Krankengeschichte auftretende Erkrankung an Schizophrenie, bipolare Störung, sich auf dem Cluster A der Achse II befindende Störungen, sowie Abhängigkeit oder Missbrauch von Betäubungsmitteln, Zwangsstörungen (*obsessive-compulsive disorder* - OCD, Essstörungen, klinische Depression (*major depressive disorder* - MDD) oder Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Drei Patienten erhielten eine manualisierte SE durch Therapeuten, die mehr als 10 Jahre postdoktorale Erfahrung sowie spezielles SE Training für GAD aufweisen konnten. Die Behandlung bestand aus 16 wöchentlichen Sitzungen und 3 monatlichen Auffrischungssitzungen. Sie stützte sich bei der Durchführung auf eine Kombination aus Luborskys (1984) allgemeinem SE-Manual und dem von Crits-Christoph et al. (1995) erstellten, auf GAD spezialisierten SE-Manual. Bei diesem Ansatz liegt ein Schwerpunkt auf dem Verständnis von Angststörungen innerhalb eines Kontextes der interpersonalen/intrapsychischen Konflikte unter Berufung auf das Zentrale Beziehungskonfliktthema (*Core Conflictual Relational Theme* – CCRT), bei dem die zyklischen Beziehungsmuster der Patienten eine zentrale Rolle einnehmen.

Aus den erzielten Resultaten wurde deutlich, dass 79% der Patienten nach Ablauf der 16 Wochen nicht mehr als GAD-Patienten eingestuft werden konnten. Diese erhebliche Reduktion bei der Diagnose der Angststörung wurde von einem starken Abfall der durch die *HAM-A* ($p < 0,01$, $d = 1,41$) und *BAI* ($p < 0,01$, $d = 1,99$) feststellbaren Angstsymptome begleitet. Außerdem konnten erhebliche Verbesserungen bei den durch den Penn-State-Besorgnis-Fragebogen (*Penn State Worry Questionnaire* – PSWQ) ($p < 0,01$, $d = 0,95$) gemessenen Empfindungen von Besorgnis festgestellt werden. Auch die durch das Inventar persönlicher Probleme (*Inventory of Interpersonal Problems* - IIP) ($p < 0,05$, $d = 0,25$) gemessene interpersonale Funktionsfähigkeit und die durch die Hamilton-Depressionsskala (*Hamilton Depression Rating Scale* – HAM-D) ($p < 0,01$, $d = 1,15$) und Beck-

Depressionsinventar (*Beck Depression Inventory* - BDI ($p < 0,01$, $d = 1,09$) beurteilte Depression zeigten Verbesserungen auf.

In einer später durchgeführten Studie (Crits-Christoph et al. 1995) wurden der Stichprobe aus dem Jahre 1996 zusätzliche SE-Patienten hinzugefügt. Diese vergrößerte Stichprobe wurde durch die Tabelle 7.4. erfasst. Die zusätzlichen SE-Patienten setzten sich wie folgt zusammen: 13 Patienten, die ursprünglich aufgrund komorbider MDD ausgeschieden waren, sieben Patienten, die ursprünglich zwar den Kriterien der DSM-IV für GAD entsprochen hatten, deren Empfindungen von Besorgnis aber nur einer einzigen Sphäre zugeordnet werden konnten, sowie 15 Patienten, die im Rahmen einer Pilotstudie, die SE mit unterstützender, nicht-direkten Therapie vergleichen sollte, randomisiert und der SE zugeteilt worden waren. Mithilfe dieser zusammengesetzten Stichprobe konnten Crits-Christoph et al. [62] herausarbeiten, dass die SE Therapie zu statistisch und klinisch wesentlichen Veränderungen auf den HAM-A ($p < 0.01$, $d = 1.18$), BAI ($p < 0.01$, $d = 1.25$) und IIP ($p < 0.01$, $d = 1,07$) Skalen geführt hatte. Diese Werte liegen etwas unter jenen, die in der Studie von 1996 veröffentlicht worden waren. Da allerdings die Studie von 2005 diese Unterschiede nicht überprüfte, bleibt der Grund für die Verringerung unklar. Eine Möglichkeit wären die weniger günstig ausfallenden Resultate der komorbiden MDD-Patienten bei der Behandlung durch die SE-Therapie im Gegensatz zu den nicht-komorbiden Patienten. Doch nur zukünftige Forschung kann ein genaueres Licht auf diese Möglichkeit werfen.

Zum jetzigen Zeitpunkt liegt die wichtigste aus diesen Ergebnissen zu ziehende Erkenntnis darin, dass sich die SE-Therapie auch bei der größeren Stichprobe als höchst effektiv erweisen konnte. Die Effektgrößen lassen sich sogar in ihrem Ausmaß mit den Werten der mit CTB behandelten Patienten vergleichen. Die zitierte Studie brachte Effektgrößen hervor, die sich zwischen 1,18 und 1,25 bei der Reduktion von Angstsymptomen bewegten. Das lässt sich mit den Ergebnissen von Stewart und Chambless (2009) vergleichen: Sie stellten fest, dass sich die durchschnittliche Prä-Post Effektgröße bei 11 Effectiveness-Studien, die den Einfluss von CTB auf GAD untersucht hatten, auf 0,92 für allgemeine Ängstlichkeit belief⁷. Die Forschungsergebnisse legen nahe, dass die psychodynamische Therapie bei der Behandlung von Angststörungen kurzfristige Erfolge verbuchen konnte, was ihre Effektivität betrifft. Allerdings bleibt aufgrund fehlender Follow-Up-Daten ungeklärt, inwieweit diese Zugewinne aufrechterhalten werden konnten.

Die von Milrod et al. (2000, 2001) durchgeführte Studie befasst sich mit der Frage der Aufrechterhaltung positiver Resultate nach Beendigung der Behandlung. Da ihre 2001 veröffentlichte Arbeit eine erweiterte Fassung der 2000 veröffentlichten Studie ist und darüber hinaus zusätzliche Bewertungsmöglichkeiten und eine größere Stichprobe umfasst, werden nur die Resultate der im Jahre 2001 veröffentlichten Studie berücksichtigt. In dieser Studie wurden 21 Patienten mit Panikstörungen rekrutiert, von denen 81% mindestens eine komorbide Achse I-Diagnose aufwiesen. Im Gegensatz zu der von Crits-Christoph et al.

⁷ Die Effektgröße wurde in dieser Studie durch die Methode von Hedges g [59] gewonnen, da das von Cohen verwendete d [60] häufiger bei Metaanalysen verwendet wird. Die beiden Messeinheiten entstanden aus leicht voneinander abweichenden rechnerischen Formeln, allerdings führte die ausgewählte Formel bei großen Stichproben zu begrenzten oder gar keinen Abweichungen bei der Umwandlung von g zu d .

(1996) durchgeführten Studien wurden Patienten mit klinischer Depression nicht ausgeschlossen. 24% der teilnehmenden Patienten litten an komorbider klinischer Depression. Unter den weiteren Axe I-Komorbiditäten fanden sich: Dysthymie (24%), GAD (24%), spezifische Phobien (24%) und soziale Phobie (14%).

Die Behandlung umfasste 24 Sitzungen, die zwei mal wöchentlich durchgeführt wurden und deren Inhalt die Panikzentrierte Psychodynamische Psychotherapie (*Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy* - PFPP) war. Die PFPP ist eine manualisierte Behandlung, deren zentrales Augenmerk auf der den Paniksymptomen zugrundeliegenden emotionalen Bedeutung liegt und bei der zudem eine Verbesserung der aktuellen sozialen und emotionalen Funktionalität durch die Verwendung von freier Assoziierung, der Erkundung von Fantasien, Interpretation von Abwehr und die Beziehung zwischen Patient und Therapeut erzielt wird. Die Ergebnisse der Studie zeigten wesentliche und erhebliche Verbesserungen zum Zeitpunkt der Beendigung, die sich auf der Panikstörung Härteskala (*Panic Disorder Severity Scale* – PDSS) ($d = 2,08, p < 0,001$), der Hamilton-Angstskala (*Hamilton Anxiety Scale* – HAM-A) ($d = 1,72, p < 0,001$), der Hamilton-Depressionsskala (*Hamilton Depression Scale* – HAM-D) ($d = 0,89, p < 0,002$), sowie der Sheehan-Behinderungsskala (*Sheehan Disability Scale* – SDC) ($d = 1,55, p < 0,001$) bemerkbar machten. Darüber hinaus wurden auch anhand des Körperempfindungsfragebogens (*Body Sensations Questionnaire*) ($d = 1,30, p < 0,001$), des Agoraphobie-Wahrnehmungsfragebogens (*Agoraphobic Cognitions Questionnaire*) ($d = 1,27, p = 0,001$), des Marks-und-Mathews-Angstfragebogens 1 (*Marks and Mathews Fear Questionnaire 1*) ($d = 1,12, p = 0,002$), Marks-und-Mathews-Angstfragebogens 2 (*Marks and Mathews Fear Questionnaire 2*) ($d = 1,39, p < 0,001$), sowie des Angsthärte-Index (*Anxiety Severity Index*) ($d = 1,19, p < 0,001$) wesentliche, erhebliche Verbesserungen bei Beendigung der Therapie verbucht. Diese Resultate konnten auch anhand der genannten Messinstrumente bei den nach 6 Monaten durchgeführten Nachuntersuchungen aufrecht erhalten werden. Als die Werte zum Zeitpunkt der Beendigung mit den Werten der Nachuntersuchung verglichen wurden, konnte sogar eine Tendenz auf dem Angstempfindlichkeits-Index (*Anxiety Sensitivity Index*) ($d = 0,31, p = 0,08$) und dem Marks-und-Mathews-Angstfragebogen 1 (*Marks and Mathews Fear Questionnaire 1*) ($d = 0,42, p = 0,10$) erkannt werden, die auf weitere Verbesserungen nach Beendigung der Behandlung hinwies. Das führt zu dem Schluss, dass zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung auch im Vergleich zu den bei der Beendigung ermittelten Werten zusätzliche Zuwächse der Effektgrößen festgestellt werden konnte. Allerdings erreichten die hierbei gemessenen Zufallswahrscheinlichkeiten keine herkömmlichen Signifikanzbereiche.

Bei dem Vergleich der durch Milrod et al. (2001) ermittelten Within-Group Effektgrößen mit den Ergebnissen der Behandlung von Panikstörungen durch CBT schneidet die PFPP gleichwertig, wenn nicht sogar besser ab als die CBT. Die bei Milrod et al. (2001) anhand der Panikstörung-Härteskala (*Panic Disorder Severity Scale*) ermittelten Effektgrößen zum Zeitpunkt der Beendigung liegen bei 2,08. Im Vergleich hierzu erfassten Stewart und Chambless (2009) einen Durchschnittswert von 1,02 bei der Messung von Prä-Post-Effektgrößen bei allgemeinen Angstsymptomen, sowie 1,01 bei Panikattacken und 0,83 bei Vermeidungsverhalten. Diese Ergebnisse gehen aus einer Metaanalyse von 17 Effectiveness-

Studien hervor, die kognitive, verhaltenstherapeutische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Eingriffe bei der Behandlung von Panikstörungen verwendet hatten.⁸ Somit liegt nahe, dass, ähnlich wie bei der Studie von Crits-Christoph et al. (1996), eine hohe Effektivität (*effectivity*) bei der Anwendung von psychodynamischer Therapie bei Angststörungen festgestellt werden konnte und dass diese Within-Group-Veränderungen übereinstimmen mit den Within-Group-Ergebnissen bei Studien zu der Behandlung mit KVT.

Obwohl Crits-Christoph et al. (1996) und Milrod et al. (2001) wichtige Informationen zu den Ergebnissen psychodynamischer Therapie lieferten, lassen sie mögliche Veränderungen im Laufe des Therapieprozesses (z.B. Methoden) außen vor. Die Slavin-Mulford et al. (2011) Studie widmet sich dieser Wissenslücke durch die Untersuchung der erfolgreichsten im Laufe der Therapie angewendeten Methoden im Rahmen einer offenen Studie bei Kurzzeittherapien zur Behandlung von Angststörungen. In dieser naturalistischen Studie wurden 21 Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung (12 GAD, eine Panik, vier PTSD und vier NOS) ungeachtet ihrer Komorbidität zu einer Therapie zugelassen. Die Mehrheit der Patienten wiesen mindestens eine komorbide Axe I-Diagnose (57% affektive Störung; 10% Essstörung; 5% Anpassungsstörung bzw. komorbide Persönlichkeitsstörung (67%) auf.

Diese Patienten erhielten ein- bis zweimal wöchentlich 50-60-minütige Sitzungen im Rahmen einer psychodynamischen Kurzzeittherapie (*Short-term Psychodynamic Psychotherapy* - STPP). Die Häufigkeit der Sitzungen wurde je nach Bedarf von dem Patienten und dem Therapeuten gemeinsam festgelegt.⁹ Die Behandlung wurde durch die methodischen Richtlinien aus vier Behandlungsmanualen (Luborsky 1984; Book 1988; Strupp & Binder 1984; Wachtel 1983) organisiert, unterstützt und informiert (aber nicht verordnet). Zusätzliches einschlägiges methodisches Material [62] wurde aktiv in die STPP-Behandlung integriert. Folgende Hauptmerkmale des STPP-Modells sind: [1] Ein Schwerpunkt auf Affekte und den Ausdruck von Emotionen; [2] Die Identifizierung von Verhaltens-, Gedanken-, Gefühls-, Erfahrungs- und Beziehungsmustern und deren Erörterung mithilfe des Zentralen Konflikthaften Beziehungsthemen (*Core Conflictual Relationship Theme* - CCRT)-Ansatzes (Luborsky & Crits-Christoph 1997). Eine Betonung vergangener Erfahrungen; [4] Ein Schwerpunkt auf interpersonellen Erfahrungen; [5] Ein Augenmerk auf die Verbindung zwischen Patient und Therapeut; [6] Eine Erörterung von Wünschen, Träumen oder Fantasien; sowie [7] Eine Thematisierung der Versuche, bestimmte Themen zu vermeiden oder sich in einer Weise zu verhalten, die dazu führen könnte, dass der Fortschritt der Therapie behindert wird.

⁸ Die Effektgröße wurde in dieser Studie durch die Methode von Hedges g [59] gewonnen, da das von Cohen verwendete d [60] häufiger bei Metaanalysen verwendet wird. Die beiden Messeinheiten entstanden aus leicht voneinander abweichenden rechnerischen Formeln, allerdings führte die ausgewählte Formel bei großen Stichproben zu begrenzten oder gar keinen Abweichungen bei der Umwandlung von g zu d .

⁹ Die durchschnittliche Anzahl der von den 21 Patienten absolvierten Sitzungen lag bei 29 (SD = 15), der Medianwert lag bei 24. Die Höchstanzahl der durch einen einzelnen Patienten absolvierten Sitzungen lag bei 64.

Es konnten erhebliche Veränderungen zum Ende der Therapie hin festgestellt werden bezüglich der Angstsymptome, des allgemeinen Stressempfindens und sozialer/beruflicher Funktionalität.

Insbesondere im Bereich der Angstsymptome konnte eine Reduzierung der Symptome anhand der von den Patienten verfassten Berichten und der Kurzzeitige-Symptome-Inventarskala (*Brief Symptom Inventory Anxiety Scale*) ($p < 0,01$, $d = 0,89$) vermerkt werden. Zugleich konnte ein beachtlicher Rückgang des allgemeinen symptomatischen Stressempfindens gemessen werden, in dem ein Rückgang der Werte auf der durch die Therapeuten verfassten Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (*Global Assessment of Functioning scale*) (GAF, $d = 1,44$) und dem von den Patienten bewerteten globalen Härteindex (*Global Severity Index*) (GSI, $d = 0,92$) beobachtet wurden. Zudem wurden wesentliche Verbesserungen der interpersonalen Funktionalität festgehalten ($p < 0,05$). Hierbei wurden sowohl geringe (*patient-rated Interpersonal Sensitivity subscale of the Brief Symptom Inventory*, $d = 0,33$) als auch erhebliche (*externally rated Global Assessment of Relational Functioning*, $d=1,23$) Veränderungen vermerkt. Außerdem wiesen die Daten aufgrund der von Patienten bewerteten Sozialen Anpassungsskala (*Social Adjustment Scale*) ($d = 0,53$) und der von den Therapeuten bewerteten Sozialen und Beruflichen Funktionalitätsskala (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) ($d = 0,84$) auf wesentliche Veränderungen ($p < 0,05$) mit mittelgroßen bis erheblichen Auswirkungen. Schlussendlich berichtete die Mehrzahl der Patienten (76%), dass ihre Angstsymptome innerhalb von zwei Standarddeviationen des normativen Mittelwertes lagen. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit oder sogar noch vielversprechender als die Befunde zu psychodynamischer Therapie (z.B. (Crits-Christoph et al. 2005; Ferrero et al. 2007; Durham et al. 1999) und KVT (Barlow et al. 2000; Borkovich & Costello 1993; Knijnik et al. 2004) bei der Behandlung von Patienten mit Angststörungen.

Die von Slavin-Mulford et al. (2011) durchgeführte Studie untersuchte außerdem die Beziehung zwischen spezifischen therapeutischen Methoden und sich daraus entwickelnden Veränderungen. Es konnte ein bedeutsamer direkter Zusammenhang zwischen Prozess und Ergebnis bei psychodynamisch-interpersonalen Therapiemethoden und Veränderungen bei Angstsymptomen festgestellt werden ($r = 0,46$, $p = 0,04$). Des Weiteren legten die Ergebnisse nahe, dass mehrere individuelle PI-Methoden auf bedeutsame Weise mit den Ergebnissen der Therapie verbunden waren. Unter anderem waren dies: [1] die Schwerpunktsetzung auf Wünsche, Fantasien, Träume und frühe Erinnerungen; [2] die Verbindung aktueller Gefühle oder Empfindungen mit der Vergangenheit; [3] die Herausarbeitung der typischen Muster der Patienten; sowie [4] Unterstützung der Patienten dabei, ihre Erfahrungen neu zu deuten. Diese Zusammenstellung aus verschiedenen Methoden fügt sich gut in psychodynamische Theorien zu Angst(-störungen) und den daraus entstandenen empirisch untermauerten Behandlungen ein. So legt die Arbeit von Slavin-Mulford et al. (2011) im Einklang mit den weiteren vorgestellten Forschungsergebnissen nahe, dass psychodynamische Behandlungen und Methoden bei der Behandlung von Angststörungen voraussichtlich hilfreich sind. Davon abgesehen gilt es weiterhin, viele noch offene Fragen zu beantworten, etwa welche Patienten (z.B. Achse I- und II-Komorbidität) und Therapeutenvariablen (z.B. Erfahrung) die Ergeb-

nisse psychodynamischer Therapie bei der Behandlung von Angststörungen moderieren. Zukünftige Forschungsvorhaben müssen es sich zur Aufgabe machen, diese Wissenslücken zu füllen. Dieser Bericht wird nun die bisher präsentierten Forschungsergebnisse zusammenfassen und Vorschläge zu den Richtungen, welche die zukünftige Forschung in diesem Bereich einschlagen sollte, präsentieren.

Zusammenfassung und Ausblick

Psychodynamische Therapie wird häufig bei der Behandlung von Angst(-störungen) angewendet (Goisman et al. 1999). Viele Studien haben ihre Wirksamkeit (*efficacy*) und Effektivität (*effectiveness*) untersucht und sind dabei zu vielversprechenden Ergebnissen gekommen. Die wenigen innerhalb eines natürlichen Settings durchgeführten Effectiveness-Studien weisen darauf hin, dass psychodynamische Behandlungen bei Angst(-störungen) zu erheblichen Auswirkungen führen können (Milrod et al. 2001; Slavin-Mulford et al. 2011). Die im Rahmen dieser Studien behandelten Patienten wiesen erhebliche Rückgang bei der Diagnose, sowie einzelnen Angstsymptomen, Depression und allgemeinem Stressempfinden (*global distress*) auf. Außerdem legen randomisierte Kontrollstudien nahe, dass psychodynamische Behandlungen tendenziell wirksamer sind als Kontrollstudien. Des Weiteren weisen die wenigen Studien, die psychodynamische Therapie mit medikamentöser Behandlung verglichen haben, darauf hin, dass die psychodynamische Therapie ebenso wirksam (*efficacious*) wie pharmakologische Eingriffe (z.B. (Ferrero et al. 2007; Wiborg & Dahl 1996) ist. Schlussendlich stellt sich bei der Messung der Wirksamkeit (*efficacy*) psychodynamischer Therapie im Vergleich zu kognitiven und verhaltenstherapeutischen Ansätzen und KVT ein uneinheitliches Bild heraus. Allerdings weist die KVT im Gegensatz zu der psychodynamischen Behandlungsform tendenziell geringe bis mittelgroße Auswirkungen bei Angststörungen auf (z.B. Klein et al. 1983; Leichenring et al. 2009). Jedoch stellten viele der Studien, die KVT mit psychodynamischer Therapie verglichen, bei beiden Behandlungen hohe Effektgrößen fest (z.B. Leichenring et al. 2009).

Trotz dieser ermutigenden Befunde gilt es, noch bestehende Wissenslücken zu schließen. So gab es bisher keine symptom-spezifischen, kontrollierten Studien, welche die Auswirkungen psychodynamischer Therapie auf soziale oder weitere Phobien untersucht haben (Fonagy et al. 2005). Zugleich gab es bisher nur eine randomisiert-kontrollierte Studie die auch die psychodynamische Behandlung bei PTSD untersucht hat (Brom et al. 1989). Anhand des aktuellen Forschungsstandes lässt sich bereits seit einiger Zeit die Notwendigkeit weiterer psychodynamischer Forschung im Hinblick auf GAD (Crits-Christoph et al. 1995) und Panikstörungen (Milrod et al. 2001) ablesen. Zudem treten Angststörungen häufig mit Begleiterkrankungen auf (Andrews et al. 2002), weshalb mehr Studien, die sich mit dem gesamten Spektrum der Angst(-störungen) befassen, dabei helfen würden, ein realistisches Bild der Patienten, die im klinischen Alltag Behandlungen absolvieren, zu zeichnen. Schlussendlich muss sich die zukünftige Forschung mit den moderierenden Effekten von Achse I und II-Komorbidität auf Behandlungsergebnisse befassen.

Crits-Christoph et al. (1996) äußerten bereits Bedenken bezüglich der moderierenden Effekte bei Achse I-Komorbidität; sie hatte herausgefunden, dass die prä-post-Effektgrößen kleiner ausfielen, wenn Patienten mit komorbider klinischer Depression (*Major Depressive Disorder* - MDD) an der Studie teilgenommen hatten. Allerdings wurden auch weitere Patienten der Studie hinzugefügt, weswegen es unklar bleibt, ob die komorbide MDD einen Einfluss auf die verringerten Effektgrößen hatte. Bedauerlicherweise ist es Forschern bis jetzt noch nicht gelungen, die Effekte von Komorbidität aufzuklären, da viele Studien stringente Ausschlussfaktoren, etwa die Aussonderung von Patienten mit komorbider klinischer Depression (z.B. Leichsenring et al. 2009), anwendeten.

Einige Studien haben ebenfalls die potentiellen moderierenden Effekte der Achse II-Komorbidität thematisiert. Es wurde suggeriert, dass die psychodynamische Therapie bei Angststörungen effektiver als KVT oder pharmakologische Ansätze sein kann wenn die Patienten unter einer komorbiden Persönlichkeitsstörung leiden (Milrod et al. 2007; Ferrero et al. 2007). So fanden etwa Ferrero et al. (2007), dass die psychodynamische Therapie bei GAD-Patienten genauso erfolgreich war wie Meditation wenn eine komorbide PD nachgewiesen worden war und dass die psychodynamische Therapie bei der Verbesserung sozialer und beruflicher Funktionalität von GAD-Patienten bei einer Nachuntersuchung 6 Monate nach Beendigung der Therapie sogar erfolgreicher war als medikamentöse Behandlung. Zudem fanden Milrod et al. (2001) heraus, dass Cluster C-Komorbidität die Wirksamkeit (*efficacy*) von PFPP erhöhte während die Wirksamkeit (*efficacy*) von Entspannungstherapie abnahm. Diese Ergebnisse legen nahe, dass zukünftige Forschung untersuchen sollte, welche Achse I und II-Störungen verschiedene Angststörungen moderieren und wie sich diese Auswirkungen äußern.

Es sollte auch weiterhin untersucht werden, wie der Prozess psychodynamischer Therapie bei Angststörungen mit den Ergebnissen der Therapie zusammenhängt. Slavin-Mulford et al. (2011) haben einen Anfang gemacht, indem sie nahelegen, dass spezifische psychodynamische/ interpersonale Methoden bei der psychodynamischen Kurzzeittherapie in Zusammenhang mit einer Reduktion von Angst(-symptomen) gebracht werden können. Allerdings bleiben noch viele Fragen in diesem Themenfeld unbeantwortet. So ist es beispielsweise wichtig, zu untersuchen, welche Interventionsstrategie am besten zu welchen Angststörungspatienten passen (z. B. Vergleich zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung sowie Vergleiche zwischen verschiedenen Störungen wie GAD und Panikstörungen). Durch ein ähnliches, auf die Prozesse von CBT und anderen Behandlungsformen angewandetes Forschungsdesign könnte es leichter werden, die für eine nachhaltige Veränderung bei den unter einer Angststörung leidenden Patienten verantwortlichen Prozessvariablen zu identifizieren. Diese Art der prozess- und ergebnisorientierten Forschung könnte ebenfalls hilfreich sein bei der Frage, welche Behandlungsfaktoren bei der psychodynamischen Therapie dazu führen können, dass sie bei einigen Patienten graduellere, aber auch langfristige Wirkungen erzielt als andere Behandlungsformen (z.B. Brom et al. 1989; Pierloot & Vinck 1978). Außerdem könnte die prozess- und ergebnisorientierte Forschung wichtige Informationen zu den spezifischen Faktoren der psychodynamischen und KVT-Behandlung und deren unterschiedliche Auswirkungen auf die Patienten liefern, je nachdem,

welche Symptome anvisiert werden (Brom et al. 1989; Leichsenring et al. 2009). Während die Forschung also darauf hinweist, dass die psychodynamische Therapie hilfreich bei der Behandlung von Angststörungen ist, muss noch viel getan werden, um diesbezüglich genauere Einblicke zu gewinnen.

Literaturverzeichnis

- Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely S. (2006) Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3 Art. No.: CD004687.
- Andrews, G., Slade, T., Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian national survey of mental health and well-being. *Br J Psychiatry* 181: 306-14.
- Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., Woods, S.W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder. *J Am Med Assoc* 283: 2529-2536.
- Book, H. (1988). How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method. American Psychological Association, Washington, DC.
- Blagys, M.D., Hilsenroth, M.J. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin Psychol Sci Prac* 7: 167-188.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. Routledge, London; (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung*. Dexter Verlag, Heidelberg.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M. (1998). Treatment of non-phobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *J Consult Clin Psychol* 56: 877-884.
- Borkovec, T.D., Ray, W.J., Stober, J. (1998). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Ther Res* 22: 561-578.
- Borkovec, T.D., Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 62: 37-42.
- Borkovec, T.D., Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 61: 611-619.
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L., Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *J Consult Clin Psychol* 70: pp. 288-298.
- Breitholtz, E., Johansson, B., Ost, L.G. (1995). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients: a prospective approach. *Behavior Res Ther* 37: 533-544.

- Brom, D., Kleber, R.J., Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 57: 607-612
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am J Psychiatry* 162: 1179-1187.
- Busch, F., Milrod, B.L., Singer, M.B. (1999). Theory and technique in psychodynamic treatment of panic disorder. *J Psychother Pract Res* 8: 234-242.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum, Hillsdale
- Compton, A. (1972). A study of the psychoanalytic theory of anxiety: I. The development of Freud's theory of anxiety. *J Am Psychoanal Assoc* 20: 3-44.
- Crits-Christoph P. (2009). Personal Communication.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M.B., Azarian, K., Crits-Christoph, K., Shappell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother: Theor Res Pract Training* 33: 418-430.
- Crits-Christoph, P., Crits-Christoph, K., Wolf-Palacio, D., Fichter, M., Rudick, D. (1995). Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In: Barber, JP, Crits-Christoph, P eds. (1995) *Dynamic therapies for psychiatric disorders*. Basic Books, New York, S. 43-83.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Narducci, J., Schamberger, M., Gallop, R. (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychother: Theor Res Pract Training* 42: 211-224.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L.R., Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *Brit J Psychiatry* 165: 315-323.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treliving, L.R., Hau, C.M., Richard, K., Steward, J.B. (1999). Psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behav Cogn Psychother* 27: 19-35.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., MacDonald, R.R., Power, K.G., Major, K. (2003). Does cognitive-behavioral therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med* 33: 499-509.
- Fairbairn, WD (1952) *An object-relations theory of personality*. Basic Books, New York.
- Ferrero, A., Piero, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Abbate Daga, G. (2007). A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment

- in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry* 22: 530-539.
- Fonagy, P., Roth, A., Higgitt, A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin* 69: 1-58.
- Fromm-Reichmann, F. (1955). Psychiatric aspects of anxiety. In: Thompson, CM, Mazer, M, Witenberg, E (Hrsg) (1955) *An outline of psychoanalysis*. Modern Library, New York, S. 113-33.
- Freud, S. (1926d). Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd XIV*, S 111-205.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., Barber, J., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 77: 801-813.
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G., Keller, M.B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991–1996. *Am J Psychiatry* 156: 1819-1821.
- Hedges, L.V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychol Bull* 92: 490-499.
- Joormann, J., Kosfelder, J., Schulte, D. (2005). The impact of comorbidity on the course of anxiety treatments. *Cognitive Ther Res* 29: 569-91.
- Kessler, R.C., Mickelson, K.D., Barber, C., Wang, P. (2001). The association between chronic medical conditions and work impairment. In: Rossi, AS (Hrsg.). (2001) *Caring and doing for others: social responsibility in the domain of the family, work, and community*. University of Chicago Press, Chicago, S. 403-26.
- Klein, D.F., Zitrin, C.M., Woerner, M.G., Ross, D.C. (1983). Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients. *Arch Gen Psychiatry* 40: 139-145.
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude and other works 1946–1963*. Delacorte P/Seymour Lawrence, New York.
- Klein, M. (1975). *Love, guilt, and reparation and other works 1921–1945*. Delacorte P/Seymour Lawrence, New York.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Ouellette, R., Johnson, J., Greenwald, S. (1991). Panic attacks in the community social morbidity and health care utilization.. *J Am Med Assoc* 265: 742-746.
- Knijnik, D.Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margis, R., Eizirik, C.L. (2004). Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. *Rev Bras Psiquiatr* 26: 77-81.

- Leichsenring, F., Salzer, S., Jäger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 166: 875-881.
- Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 61: 1208-1216.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York; dt. (1995). *Einführung in die analytische Psychotherapie*. 2. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1997). *Understanding transference: the core conflictual relational theme method*. APA, Washington, DC.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J. (2000). Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* 157: 1878-1880.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Aronson, A., Roiph, J., Rudden, M. (2001). A pilot trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 10: 239-245.
- Milrod, B., Leon, A.C., Barber, J.P., Markowitz, J.C. (2007a). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. *J Clin Psychiatry* 68: 885-91.
- Milrod, B., Leon, A.C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J. (2007b). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164: 265-272.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull* 131: 785-795.
- Moffitt, T.E., Harrington, H.L., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A.M. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch Gen Psychiatry* 64: 651-60.
- Pierloot, R., Vinck, J. (1978). Differential outcome of short-term dynamic psychotherapy and systematic desensitization in the treatment of anxious out-patients a preliminary report. *Psychol Belg* 18: 87-98.
- Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P., Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 51:100-113.
- Siev, J., Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol* 75: 513-522.

- Swinson, R.P., Cox, B., Woszczyna, C.B. (1991). Use of medical services and treatment for panic disorder with agoraphobia for social phobia. *Can Med Assoc J* 147: 878-883.
- Starcevic, V. (2005). Issues in the pharmacological treatment of anxiety disorders. *Australas Psychiatry* 13: 371-374.
- Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Schottenbauer, M.A., Glass, C.R., Arnkoff, D.B., Tendick, V., Gray, S.H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations.. *Psychiatry: Interpers Biol Process* 71: 134-168.
- Zerbe, K. (1990). Through the storm: psychoanalytic theory in the psychotherapy of the anxiety disorders. *Bull Menninger Clin* 54: 171-183.
- Silove, D. (1986). Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. *Aust N Z J Psychiatry* 20: 365-369.
- Sjodin, I., Svedlund, J., Ottosson, J.O., Dotevall, G. (1986). Controlled study of psychotherapy in chronic peptic ulcer disease. *Psychosomatics* 27: 187-200.
- Slavin-Mulford J., Hilsenroth M., Weinberger J., Gold, J. (2011). Therapeutic interventions related to outcome in psychodynamic psychotherapy for anxiety disorder patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 199: 214–221.
- Stewart, R.E., Chambless, D.L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: a meta-analysis of effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 77: 595-606.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books: dt. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sullivan, H.S. (1953) *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton, New York.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., Seltzer, M.H. (2004). Randomized, control trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster c personality disorders. *Am J Psychiatry* 161: 810-817.
- Vertue, F.M. (2003). From adaptive emotion to dysfunction: pathways to social anxiety disorder. *Rev Pers Soc Psychol* 7: 170-191.
- Wachtel, P. (1983). *Therapeutic communication: principles and effective practice*. Guilford, New York.

- Westen, D., Novotny, C.M., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 130: 631-663.
- Wiborg, I.M., Dahl, A.A. (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 53: 689-694.
- Woods, J.H., Katz, J.L., Winger, G. (1992). Benzodiazepines: use, abuse, and consequences. *Pharmacol Rev* 44: 151-347.