

## **Wirksamkeit der Psychodynamischen Psychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen: eine Aktualisierung der empirischen Evidenzen 2013<sup>1</sup>**

*Falk Leichsenring; Susanne Klein; Simone Salzer*

### Abstrakt.

Der Artikel liefert einen Überblick über die empirischen Nachweise für psychodynamische Therapie für spezifische psychische Störungen bei Erwachsenen. Hierbei wird auf Randomisiert-Kontrollierte Studien (RCTs) fokussiert. Dies soll jedoch nicht bedeuten dass unkritisch RCTs als absoluter Gold-Standard für die Demonstration einer wirksamen Therapie akzeptiert werden. Nach den Resultaten die hier präsentiert werden gibt es Beweise von RCTs, dass psychodynamische Therapie wirksam ist bei gängigen psychischen Störungen, i.e Depressionen, Angst-Störungen, Somatisierungs-Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, komplizierte Trauer, posttraumatische Belastungsstörungen und Substanz induzierte Störungen. Diese Resultate widersprechen eindeutig den wiederholt geäußerten Behauptungen von Vertretern anderer psychotherapeutischen Ansätze, die beanstanden, psychodynamische Psychotherapie sei nicht empirisch belegt.

Weitere Forschung ist dennoch angebracht in Hinsicht auf Ergebnisse und Prozesse der psychodynamischen Psychotherapie. Zum Beispiel sollten RCTs für psychodynamische Psychotherapie bei PTSD durchgeführt werden. Darüber hinaus ist Forschung zu Langzeit-Psychotherapie für spezielle psychische Störungen erforderlich. Es gibt Bedarf an empirischer Ergebnis-Forschung in psychodynamischer und psychoanalytischer Therapie (Gunderson & Gabbard, 1999). In diesem Artikel wird die Evidenz für psychodynamische Psychotherapie bei Erwachsenen besprochen. Das Augenmerk richtet sich auf randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) die als Gold- Standard in der Untersuchung von Therapie-Wirksamkeit in klinischer Psychologie und Medizin gelten.

Schlagworte: Psychodynamische Psychotherapie, empirisch überprüfte Behandlungsformen, Psychotherapeutische Ergebnis Forschung, Evidenzbasierte Medizin

---

<sup>1</sup> Leichsenring, F., Klein, S., & Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 89-130. Übersetzt von K. Bergdoll & H. Kächele (International Psychoanalytic University)

## **Evidenz für Psychodynamische Psychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen**

Das Ziel dieses Übersichtsartikels ist es diejenigen psychischen Störungen zu identifizieren, für welche RCTs Nachweise für die Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie (PDT) erbringen. Hierbei wurden die Kriterien der „Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures of the American Psychological Association“, modifiziert nach Chambless und Hollon (1998) angewandt um wirksame Therapien zu definieren. Es wurden allein die RCTs mit einbezogen, die PDT vergleichen mit a) keine Therapie (Warteliste, minimaler Kontakt), Placebo, „treatment as usual“ (TAU) oder zu b) Pharmakotherapie oder anderen nicht psychodynamischen Therapien.

Die Studien welche eine Kombination von PDT und Medikation untersuchten wurden nicht aufgenommen; eine begleitende Medikation in beiden Vergleichsgruppen wurde erlaubt.

Voran gegangene Übersichtsartikel sind erschienen unter anderem von Fonagy, Roth und Higgit (2005), Leichsenring (2005), Shedler (2010) und Gerber et al. (2011).

Bei der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung werden RCTs als der Gold-Standard angesehen weil sie für die bekannten und nicht bekannten Unterschiede zwischen den Studienteilnehmern kontrollieren können. Für eine kritische Begutachtung von RCTs verweisen wir auf Roth und Parry, 1997; Leichsenring, 2004; Westen, Novotna und Thompson-Brenner, 2004 und Rottweil, 2005. Um Roth und Parry (1997) zu Wort kommen zu lassen : „... deren Resultate sollten als ein nur ein Teil des Forschungs-Zyklus gesehen werden...“ (S. 370; freie Übersetzung).

### **Definition der Psychodynamischen Psychotherapie (PDT)**

PDT operiert in einem interpretativ-unterstützenden Kontinuum (Wallerstein, 1989; Gunderson & Gabbard, 1999). Interventionen interpretativer Art unterstützen die Einsicht des Patienten in die sich wiederholenden Konflikte, die wiederum die Präsenz seiner Problematik aufrechterhalten (Luborsky, 1984; Gabbard, 2004) Unterstützende Interventionen zielen auf die Stärkung der Fähigkeiten (Ich-Funktionen), die durch akuten Stress (z.B. traumatische Erlebnisse) vorübergehend dem Patienten nicht zur Verfügung stehen oder erst gar nicht ausreichend entwickelt werden konnten (z.B. Impulskontrolle bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung). Unter-

stützende Interventionen helfen zur Förderung oder Entwicklung von Ich-Funktionen (Wallerstein, 1989).

Unterstützende Interventionen beinhalten zum Beispiel die therapeutische Allianz, Zielabsprachen oder die Stärkung von Ich-Funktionen wie Realitätstestung oder Impulskontrolle (Luborsky, 1984). Der Gebrauch von unterstützenden oder eher interpretativen (Einsicht verstärkenden) Interventionen hängt von den Bedürfnissen des Patienten ab. Umso stärker die Störung des Patienten oder umso akuter der Zustand, umso mehr werden unterstützende und weniger interpretative Interventionen eingesetzt und vice versa (Luborsky, 1984; Wallerstein, 1989). Borderline Patienten wie auch gesunde Probanden in einer akuten Krise oder nach einem traumatisierenden Ereignis brauchen eher unterstützende Interventionen (z.B. Stabilisierung, Herstellung einer sicheren und unterstützenden Umgebung). Demnach lassen sich eine Bandbreite von psychiatrischen Problemen und Störungen mit PDT behandeln, von leichten Anpassungsstörungen hin zu schweren Persönlichkeits-Störungen wie die Borderline Persönlichkeitsstörung oder psychotische Symptome.

### **Wirksamkeitsstudien der Psychodynamischen Psychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen**

Vierundvierzig RCTs, die Evidenzen für die Wirksamkeit der PDT bei spezifischen psychologischen Störungen darlegen, wurden identifiziert und in dieser Übersicht berücksichtigt. Die Studien finden sich in Tabelle 1 (s. die Tabellen in der Originalarbeit).

### **Modelle der Psychodynamischen Psychotherapie**

In den identifizierten Studien wurden verschiedene Formen der PDT angewandt (Tabelle 1). Die Modelle, die von Luborsky (1984), Shapiro und Firth (1985) oder Malan (1976) entwickelt wurden, wurden am häufigsten angewandt.

## **Wirksamkeitsnachweise für die Psychodynamischen Psychotherapie in spezifischen Psychischen Störungen**

Die berücksichtigten Studien der PDT werden für die jeweils verschiedenen psychischen Störungen vorgestellt. Dabei ist zu beachten dass, von einer psychodynamischen Perspektive aus, die Resultate einer Therapie für eine spezifische Störung (z.B. Depression, Agoraphobie) von den zugrunde liegenden psychodynamischen Komponenten (z.B Konflikten, Abwehr, Persönlichkeitsorganisation) beeinflusst werden, die innerhalb einer psychiatrisch definierten Kategorie stark schwanken (Kernberg, 1996). Diese psychodynamischen Faktoren beeinflussen den Ausgang einer Therapie und können einen größeren Einfluss auf die Resultate haben als die phänomenologischen DSM Kategorien (Piper, McCallum, Joyce, Rosie & Ogrodniczuk, 2001).

### *Depressive Störungen*

Kognitive Verhaltenstherapeuten bestärken den Patienten aktiver zu werden und die depressiven Kognitionen durcharbeiten. Psychodynamische Psychotherapeuten fokussieren auf die Konflikte oder Ich-Funktionen, die mit depressiven Symptomen assoziiert sind. Aktuell gibt es verschiedene RCTs, die die Wirksamkeit von PDT im Vergleich zu kognitiver Verhaltens Therapie (KVT) bei der schweren depressiven Störung belegen (Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987; Gallager-Thompson & Steffen, 1994; Shapiro et al, 1994; Barkham et al, 1996). Verschiedene Modelle der PDT wurden angewandt (Tabelle 1). Für diese Studien fand eine Meta-Analyse (Leichsenring, 2001) PDT und KVT gleichwertig wirksam in Hinsicht auf depressive Symptome, generelle psychiatrische Symptome und soziale Fähigkeiten. In dieser Meta-Analyse erreicht die PDT starke Prä-Post Effektstärken bei depressiven Symptomen, generellen psychiatrischen Symptomen und sozialen Fähigkeiten. Diese Ergebnisse zeigten sich auch in Folgestudien stabil (Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson & Thompson, 1990; Shapiro et al, 1995). Die Resultate sind konsistent mit den Ergebnissen der Meta-Analyse von Wampold, Minami, Baskin und Tierney (2002), die keine signifikanten Unterschiede zwischen KVT und „anderen Therapieformen“ bei der Behandlung von Depression finden konnten.

In einer RCT von Salinen et al. (2008) war PDT gleichwertig Wirksam wie Fluoxetine in der Reduktion von depressiven Symptomen und der Verbesserung der funktionalen Fähigkeiten. Bei Untersuchungsgrößen von  $n_1=26$  und  $n_2= 25$  ist allerdings anzunehmen dass die statistische Power nicht ausreicht, um mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen zu detektieren. In einem kleinen RCT untersuchten Maina, Former und Bogetto (2005) die Wirksamkeit von PDT und kurzzeitig unterstützenden Therapie bei der Behandlung von leichteren depressiven Störungen (Dysthymie, depressiver Verstimmung, oder Anpassungsstörung mit depressiver Ver-

stimmung). Zum Ende der Therapie zeigten sich beide Behandlungsformen der Warteliste Vergleichsgruppe überlegen. Eine Anschlussstudie sechs Monate später befand PDT gegenüber der kurzzeitig unterstützenden Therapie als überlegen.

Eine Meta-Analyse aus jüngster Vergangenheit, die die Effekte von VT, PDT, interpersonaler Therapie und anderen Formen von Psychotherapie bei der Depression von Erwachsenen untersuchte, fand keine Therapie signifikant überlegen, mit der Ausnahme von interpersonaler Therapie (Cuijpers, van Starten, Andersson & van Oppen, 2008).

Eine andere jüngere Meta-Analyse untersuchte die Effekte von PDT bei Depressionen (Driessen et al, 2010). Die Autoren befanden PDT signifikant überlegen zur Kontrollgruppe. Im Falle einer Berücksichtigung von Gruppentherapie war zu Ende der Therapie PDT weniger wirksam als die anderen Therapien (Abbas & Driessen, 2010). In einer drei Monate und neun Monate Anschlussstudie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen PDT und anderen Therapien gefunden werden. In letzter Zeit fand eine Studie von Barber, Barrett, Gallop, Rinn und Nickels (2012) PDT und Pharmakotherapie als gleichwertig effektiv in der Behandlung von Depression. Allerdings waren weder Pharmakotherapie noch PDT signifikant höherwertig zu der Placebo Gruppe.

Mittlerweile sind auch psychodynamisch-psychotherapeutische online Programme zur Selbsthilfe verfügbar. Johansen et al (2012) befanden in einer RCT die internet-basierten Selbsthilfe Programme als signifikant wirksamer als strukturierte Betreuungsinterventionen (Psychoedukation und wöchentliche Kontakttermine online) bei Patienten mit *MDD*. Die Therapie Effekte zeigten sich stabil bei einer 10 Monate Anschlussstudie. Psychodynamisch orientierte Selbsthilfe gründete sich auf dem Konzept von Silverberg (2005). Silverbergs internet-geleitete Selbsthilfe auf Grundlage der PDT scheint ein vielversprechender Ansatz zu sein für Patienten, die keine Psychotherapie erhalten. Weiter Studien sind erforderlich.

Zusammenfassend fanden verschiedene RCTs Evidenzen für die Wirksamkeit von PDT für depressive Störungen. Nichts desto Trotz sind weitere Studien angebracht, um die Basis der empirischen Nachweise zu erweitern. Die Durchführung von Langzeitstudien ist besonders empfohlen.

### *Pathologische Trauer*

In zwei RCTs von McCallum und Piper (1990) und Piper et al. (2001) wurde die Behandlung von anhaltender oder komplizierter Trauer durch Kurzzeit-Psychodynamische Gruppentherapie untersucht. In der ersten Studie war diese signifikant höherwertig zur Warteliste Kontrollgruppe

(McCallum & Piper, 1990). In der zweiten Studie wurde eine signifikante Interaktion gefunden: während die Patienten mit guten Objektbeziehungen stärkere Verbesserung in Hinsicht auf Trauer Symptome durch stärker interpretierende Interventionen zeigten, verbesserten sich die Symptome bei Patienten mit schwächeren Objektbeziehungen stärker durch unterstützende Therapie. In Hinsicht auf generelle Symptome befürwortet die klinische Signifikanz die deutenden über die unterstützenden Therapien (Piper et al, 2001).

### *Angststörungen*

Für Angststörungen stehen zur Zeit mehrere RCTs zur Verfügung (Tabelle 1). In Hinsicht auf die Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie), zeigte sich in einer RCT von Milrod et al (2007), dass die PDT erfolgreicher war als angewandte Entspannungstechniken. Für Soziale Phobie und PDT existieren zwei RCT Studien. In der ersten zeigte sich die Überlegenheit der Kurzzeit psychodynamischen Gruppen Therapie für generalisierte soziale Phobie gegenüber einer Placebo Bedingung (Knijnik, Kapczinski, Chachomovich, Maggis & Eizirik, 2004)

In einer Studie von Bögels, Wirts, Oort und Sallerts (2014) zeigte sich PDT gleichwertig effektiv wie VT in der Behandlung von generalisierter sozialer Phobie.

Eine gross angelegte Multicenter RCT von Leichsenring et al. (2013) analysierte die Wirksamkeit von PDT und kognitiver Therapie (KT) als Behandlung bei sozialer Phobie. In einem ambulanten Setting wurden 495 Patienten mit einer Diagnose soziale Phobie randomisiert verteilt auf eine Vt-Gruppe, PDT Gruppe oder Warteliste Gruppe. Die Behandlung wurde nach Manualen ausgeführt und es wurde genau auf Behandlungs- Folgsamkeit kontrolliert. Beide Behandlungen waren signifikant höherwertig als die Wartebedingung. Diese Untersuchung substantiiert die Evidenz für Effektivität von PDT als Behandlung von sozialer Phobie gemäß den Kriterien von Chambless und Hollon (1998). Es wurden keine Unterschiede zwischen PDT und KT gefunden in Hinsicht auf die Ansprech-Rate (52% vs. 60%) und Reduktion der Depression. Es gab allerdings signifikante Unterschiede, zugunsten der KT in Hinsicht der Remissionsraten (36% vs. 26%), Selbstauskunft über sozial phobische Symptome und Reduzierung von interpersonellen Problemen. Die Effekt Stärken zwischen den Gruppen unterschieden sich jedoch nur minimal (Leichsenring et al. 2013)

In einer randomisiert kontrollierten Machbarkeitsstudie über die generalisierte Angst-Störung zeigte sich die PDT gleichwertig effektiv wie eine unterstützende Therapie in Hinblick auf Maße der Angst, aber signifikant höherwertig in Hinblick auf die Remissionsrate der Symptome (Crits-Christoph, Conolly Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallup, 2005). Allerdings war die

Stichprobe relativ klein (n=15 vs. n=16) und die Effektstärke reichte nicht aus, um andere mögliche Differenzen zwischen den Behandlungsgruppen zu erfassen. In einer anderen RCT wurde PDT mit KVT verglichen (Leichsenring et al. 2009). In Hinblick auf die Maße der primären Ergebnismessungen gleichwertig effektiv. Allerdings zeigte sich die KVT höherwertig bei einigen sekundären Ergebnis Maßen, bei der Beendigung der Therapie und der Nachfolge-Studie nach sechs Monaten. Andere mögliche Unterschiede konnten durch die geringe Stichprobe (n=29 vs. n=28) und Effektstärke nicht erfasst werden. Nach einem Jahr zeigten sich diese Resultate stabil (Salzer, Winkelbach, Leweke, Leibniz & Leichsenring, 2011). Im Gegensatz zu der Kurzzeit-PDT war ein Kernelement der angewandte Form der KVT eine Modifizierung der Sorgen. Dieser spezifische Unterschied zwischen den Behandlungen könnte die Höherwertigkeit der KVT Gruppe im Penn State Worry Questionnaire und auch teilweise im State-Trait-Anxiety Inventory (letztere beinhaltet auch Items, die Sorgen abfragen) erklären. Von einer PDT Perspektive aus wird übermäßiges sich sorgen als ein Abwehrmechanismus konzeptualisiert, das das Subjekt vor Phantasien oder Gefühlen bewahrt, die noch bedrohlicher sind als die Inhalte der ständigen Sorgen (Crits-Christoph, Wolf-Palacio, Ficher & Rudick, 1995).

Gemäß den vorhandenen RCTs ist PDT wirksam bei Angststörungen. Die Unterschiede die gefunden werden konnten zwischen PDT und VT, konnten nur in sekundär abgeleiteten Maßen aufgezeigt werden oder korrespondierten zu minimalen Unterschieden in Effekt Stärke. Diese Ergebnisse sind konsistent mit einer jüngeren Meta-Studie von Baardseth et al. (2013), die keine signifikanten Unterschiede zugunsten der KVT im Vergleich zu Bona Fide Behandlung fanden.

### *Gemischte Stichproben Depression und Angststörungen*

Knekt, Lindfors, Harkanen et al. (2008) und Knekt, Lindfors, Laaksonen et al. (2008) verglichen Kurzeit psychodynamische Psychotherapie (KPDT) mit Langzeit Psychodynamischer Psychotherapie (LPDT) und Lösungs-orientierte Therapie (LT) bei Patienten mit Depressiver- oder Angst-Störung. KPDT war im ersten Jahr effektiver als LPDT. Während des zweiten Jahres der Folgestudie konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen KPDT und LPDT gefunden werden. Im dritten Jahr zeigte sich LPDT als höherwertig und es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kurzzeit-Behandlungsformen. Im Hinblick auf spezifischen psychische Störungen stellte sich für die Angststörung heraus, dass die Gesundung drei Jahre später signifikant höher war bei LPDT (90%) als bei KPDT (67%) und LT (65%). Für depressive Störungen ergab sich kein solcher Unterschied. In einer RCT von Bressi, Porcellana,

Marinaccio, Nocito und Magri (2010) zeigte sich PDT höherwertig im Vergleich zu einer regulären Bedingung (TAU) bei Patienten mit depressiven- oder Angst-Störungen.

### *Post-Traumatisches Belastungs-Syndrom*

Brom, Kleber und Defares (1989) untersuchten in einer RCT die Effekte von PDT, VT und Hypnotherapie bei Patienten mit Posttraumatischem Belastungssyndrom (PTBS). Alle Behandlungsformen zeigten eine gleichwertige Effektivität. Diese Resultate decken sich mit einer jüngeren Meta-Analyse von Benish, Imdl und Wampold (2008), die keine signifikanten Unterschiede zwischen Bona Fide Behandlungen bei der Behandlung von PTBS finden konnten. Als Reaktion auf die Meta-Analyse von Benish et al. (2008) wurde die Studie von Brom et al.(1989) nochmals von Ehlers et al. (2010) kritisch begutachtet. Eine umfassende Diskussion und überzeugende Antwort auf die Kritik von Ehlers et al. (2010) wurde von Wampold (2010) dargelegt. In dem hier vorliegenden Kontext wird auf die Kritik von Ehlers et al. gegen die Studie von Brom et al.(1989) eingegangen. Ehlers et al.(2010) besprach die Studie von Brom et al. (1989) folgender Weise: „ In dieser Studie waren weder Hypnotherapie noch PDT konsistent effektiver als die Wartelisten Kontrollgruppe .. Hinzu kommt dass Brom et al (1989) darauf hinweisen, dass Patienten in PDT eine langsamere Veränderung zeigen als die beiden anderen Behandlungsgruppen und zeigten insgesamt keine Verbesserung der intrusiven Symptomatik...“ (p.273).

Unterschiedliche Resultate liegen zu unterschiedlichen Ergebnismessungen vor. Für die Avoidance Skala und den Gesamtwert der Impact Of Event Scale ist die PDT signifikant höherwertig als die Warteliste Kontrollbedingung, nach Beendigung der Therapie und bei der Nachfolge Messung (Brom et al, 1989, pp.610). Obwohl die Effekt Stärken für PDT geringer bei der Folgebehandlungs-Messung war (avoidance: 0,66, Gesamt: 1.10) erreichte die PDT die größten Effekt Stärken bei der Nachfolge Untersuchung (Avoidance: 0.92, Gesamt: 1.56) im Vergleich zu KVT (0.73, 1.30) und Hypnotherapie (0.88, 1.54).

In Hinsicht auf die Intrusions-Skala der Impact Of Events Scale, der primären Ergebnismessung, ist es richtig dass PDT nicht höherwertig war als die Warteliste, beim Post-Test und der drei Monate Nachfolgemessung. Intrusion ist eine der Hauptsymptome von PTBS. Prä-Post Unterschiede der PDT waren allerdings signifikant und the Prä-Post und Prä-Nachfolge Effektstärken waren groß (0.95 und 1.55). Im Kontrast dazu wäre die Prä-Post Effektstärke für die Warteliste klein (0.34). Für die KVT Variable (Trauma Desensitivierung) waren die Prä-Post und Prä-Nachfolge Effektgrößen 1.66 und 1.43. Demnach erreichte die PDT bei der Nachfolge

Messung höhere Effektgrößen als die KVT. Obwohl der Effekt der KVT tendenziell abnahm bei Nachfolgemessung, war die Tendenz bei der PDT eine Zunahme; wie folgend gezeigt wird, trifft dieses zu bei der avoidance Skala und der Gesamt Messung der Impact Of Event Skala. Auf Grundlage dieser Ergebnisse ist es seltsam, dass die Unterschiede zwischen PDT und der Kontrollbedingung von Brom et al. (1989) als nicht signifikant bei Folgemessung wiedergegeben wurden. Für Intrusion erreichte die PDT das niedrigste Level von allen Bedingungen bei der Nachfolge Untersuchung. Diese Resultate wurden von Ehlers et al (2010) aber nicht berichtet. Die Tabellen die bei Ehlers et al. (2010, p.273) präsentiert werden beinhalten die Pre-Post Effekt Größen, nicht aber die Prä-Nachfolge Effekt Größen, bei der die PDT größere Effekt Größen bewies. In einer kritischen Nachprüfung sollten alle Resultate präsentiert werden und eben nicht nur diejenigen, welche die eigene Meinung untermauern. Darüber hinaus schrieben Brom et al. (1989) dass PDT: „ ..dem Vergleich (mit der Warte Bedienung) am besten standhalten kann“ (p.610). Zusammenfassend scheint es als ob die PDT etwas länger braucht (i.e drei Monate) um effektive Wirkung zu erzielen, diese sind aber mindestens gleichwertig mit der KVT. Abgesehen von dieser Diskussion sind weitere Studien der PDT bei PTBS von Nöten. Nur eine RCT über PDT bei PTBS ist zur Zeit verfügbar.

### *Somatoforme Störungen*

Zur Zeit erfüllen fünf RCTs über PDT bei somatoformen Störungen die Einschluss-Kriterien (Tabelle 1). In der RCT von Guthrie, Creed, Dawson ad Tomenson (1991) wurden Patienten mit Reizdarm Syndrom, die nicht auf die medizinische Standard Therapie der letzten sechs Monate ansprachen, zusätzliche mit PDT behandelt. Die Bedingung wurde zur Standard Therapie ohne PDT verglichen. Den Resultaten nach war die PDT bei Zweidrittel der Patienten effektiv. In einer anderen RCT zeigte sich bei der Behandlung von schwerem Reizdarm-Syndrom die PDT signifikant effektiver als die Routine-Behandlung und genauso effektiv wie die medizinische Behandlung (Paroxetine) (Creed et al., 2003). In der Folgestudie zeigte sich allerdings dass PDT, nicht aber Paroxetine mit einer signifikanten Reduktion der Krankheitskosten - verglichen zur Routinebehandlung, einherging. In einer RCT von Hammilton et al. (2000) wurde PDT mit unterstützender Therapie verglichen bei der Behandlung von Patienten mit chronisch unlösbarer funktioneller Dyspepsie, die nicht auf die konventionelle pharmakologische Behandlung angesprochen hatten. Am Ende der Behandlung zeigte sich PDT als signifikant höherwertig zu der Kontrollbedingung. Die Ergebnisse zeigten sich stabil bei der 12 Wochen Folgestudie. Monsen und Monsen (2000) verglichen PDT mit 33 Sitzungen zu Kontrollbedingungen (keine

Behandlung oder TAU/ wie gehabt) in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen. PDT war signifikant höherwertig als die Kontrollgruppen in den Ergebnismessungen von Schmerz, psychiatrischen Symptomen, zwischenmenschlichen Problemen und Affekt-Bewusstsein. Die Ergebnisse blieben stabil oder verbesserten sich bei 12 wöchiger Nachfolge Untersuchung. In einer kürzlich erschienenen Studie verglichen Sattel et al. (2012) PDT mit verbesserter medizinischer Versorgung bei Patienten mit einer Multi-Somatoformen Störung. Bei der Folgestudie zeigte sich PDT höherwertig als verbesserte medizinische Versorgung im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität.

Abbas, Kisely und Kroenke (2009) verfassten eine Rezension und Meta-Analyse über die Effekte von PDT bei somatoformen Störungen. Beide RCTs wurden einbezogen und kontrollierten für Vorher-Nachher Studien. Die Meta-Analyse war möglich für 14 Studien. Es zeigten sich signifikante Effekte für physische Symptome, psychiatrische Symptome und soziale Anpassung, die sich in Langzeit Folgestudien stabil zeigten.

Für die Behandlung von somatoformen Störungen können daher spezifische Formen der PDT empfohlen werden.

### *Bulimia Nervosa*

Für die Behandlung von Bulimia Nervosa sind drei RCTs zu PDT verfügbar (Tabelle 1). Signifikante und stabile Verbesserungen der Bulimia Nervosa nach PDT- Behandlung wurden aufgezeigt in den RCTs von Fairburn, Kirk, O'Connor and Cooper (1989), Garner et al. (1993) und Fairburn et al (1995). In den primären krankheitsspezifischen Ergebnismessungen (bulimische Episoden, selbst-induziertes Erbrechen) zeigte sich PDT gleichwertig effektiv mit KVT (Fairburn et al. 1986, 1995; Garner et al. 1993). Allerdings waren die Studien wieder nicht von ausreichender Belastbarkeit, um mögliche Unterschiede zu entdecken (siehe Tabelle 1 für Stichprobengröße). In einigen spezifischen Messungen der Psychopathologie war KVT höherwertig als PDT (Fairburn et al. 1986). In einer Folgestudie (Fairburn et al. 1995), in der eine längere katamnesticke Periode gewählt wurde, zeigte sich jedoch dass beide Behandlungen gleich effektiv waren und leicht höherwertig als eine rein verhaltensbasierte Behandlungsform. Dementsprechend sollten angemessene Langzeit-Folgestudien bei Bulimie Nervosa gemacht werden, um eine valide Aussage über die Wirksamkeit von PDT zu erhalten. In einer anderen RCT zeigte sich PDT signifikant höherwertig als eine Ernährungsberatung und KT (Bachar, Latzer, Ereilter & Berry, 1999). Dies galt für eine gemischte Stichprobe von Patienten mit Bulimia nervosa oder Anorexia Nervosa.

### *Anorexia Nervosa*

Für die Behandlung von Anorexia Nervosa sind allerdings kaum Evidenz-basierte Behandlungen verfügbar (Fairburn, 2005). Dies gilt für die PDT wie auch für die KVT. In einer RCT von Gowers, Norton, Halek und Cris (1994) erzielte PDT kombiniert mit vier Sitzungen Ernährungsberatung signifikante Verbesserungen bei Patienten mit Anorexia Nervosa (Tabelle 1). Gewicht und BMI Veränderungen verbesserten sich signifikant stärker als in der Kontrollbedingung (TAU). Dare, Eisler, Russel, Treasure und Dodge (2001) verglichen PDT mit einer durchschnittlichen Umfang von 24.9 Sitzungen mit Kognitiv-Analytischer-Therapie, Familientherapie und Routinebehandlung in der Behandlung von Anorexia Nervosa (Tabelle 1). PDT zeigte signifikante symptomatische Verbesserungen und PDT mit Familientherapie waren signifikant höherwertig als die Routine Behandlung in Hinsicht auf die erwünschte Gewichtszunahme. Allerdings waren die Resultate bescheiden; einige Patienten waren zum Zeitpunkt der Folgestudie unterernährt. Die Behandlung von Anorexia Nervosa bleibt also eine Herausforderung und effektivere Behandlungsmodelle sind von Nöten.

### *Binge Eating / Esssucht*

In einem RCT von Tasca et al (2006) zeigte sich psychodynamische Gruppentherapie als gleichwertig wirksam wie eine KVT und höherwertig als die Wartelisten- Bedingung bei Patienten mit Esssucht (i.e. Tage mit Heisshungeranfällen, zwischenmenschliche Probleme). Für den genauen Vergleich zwischen PDT und KVT stellt sich wieder die Frage nach der Belastbarkeit durch geringe statistische Stärke ( $n_1=48$ ,  $n_2=47$ ,  $n_3=40$ ).

Verschiedene RCTs liefern Nachweise, dass PDT bei Essstörungen wirksam ist. Allerdings ist das Ergebnis, besonders bei der Anorexia Nervosa, nicht zufriedenstellend. Das gilt ebenso für die KVT. Weiter Studien sind daher angebracht.

### *Substanzbezogene Störungen*

Woody et al. (1983) und Woody, Luborsky, McLellan und O'Brian (1990) untersuchten die Effekte von PDT und KVT, die jeweils zusätzlich zu Drogenberatung gegeben wurden, in der

Behandlung von Opiat Abhängigkeit (Tabelle 1) PDT zusammen mit Drogenberatung erzielte signifikante Verbesserungen in Messungen von Drogen bedingten Symptomen und generellen psychiatrischen Symptomen. Bei der sieben monatigen Folgestudie zeigten sich PDT, KVT jeweils inklusive Drogenberatung, gleichwertig effektiv und beide Konditionen waren höherwertig zur Drogenberatung allein. In einer anderen RCT zeigte sich PDT von 26 Sitzungen zusätzlich verabreicht zu einer Drogenberatung, als höherwertig als die Drogenberatung allein in der Behandlung von Opiat Abhängigkeit (Woody, Mclellan, Luborsky & O'Brian, 1995). Bei einer Folgestudie sechs Monate später zeigten sich die meisten Errungenschaften der Patienten die PDT erhalten hatten als stabil. In einer RCT von Crits-Christoph et al. (1999, 2001) wurde in der Behandlung von Kokain Abhängigkeit, PDT mit bis zu 36 individuellen Sitzungen kombiniert mit 24 Sitzungen Gruppen-Drogenberatung. Die kombinierte Behandlung erzielte signifikante Verbesserungen und war gleichwertig effektiv wie KVT, die auch mit Gruppen-Drogenberatung kombiniert wurde. Allerdings zeigten sich weder KVT noch PDT effektiver als die Gruppen Drogenberatung alleine. Darüber hinaus war individuell verabreichte Drogenberatung, in Hinsicht auf Messungen des Drogenmissbrauchs, signifikant höherwertig als die beiden anderen Formen der Behandlung. Betreffend der psychologischen und sozialen Zielvariablen, zeigten sich alle Behandlungsformen gleichwertig effektiv (Crits-Christoph et al, 1999, 2001). In einer RCT von Sandaal, Herlitz, Ahlin und Rönnerberg (1998) wurde PDT mit KVT verglichen in Hinsicht auf deren Wirksamkeit bei der Behandlung von Alkoholismus. PDT erzielte signifikante Verbesserungen in Werten des Alkohol-Missbrauchs, die sich bei der Folgeuntersuchung 15 Monate später als stabil erwiesen. PDT war signifikant höherwertig in der Anzahl der abstinenten tage und der Verbesserung von generellen psychiatrischen Symptomen.

### *Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Zur Zeit sind sieben RCTs über PDT bei Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) verfügbar (Munroe-Blum & Marziali, 1995; Bateman & Fonagy, 1999, 2009; Giessen-Bloo et al. 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; Gregory et al, 2008; Doering et al, 2010). Mehrere dieser Studien zeigten die Höherwertigkeit der PDT zur regulären Behandlung (TAU) (Bateman & Fonagy, 1999; Gregory et al., 2008; Doering et al., 2010;) Bateman & Fonagy, (1999, 2001) untersuchten psychoanalytisch orientierte Tagesklinische Behandlungen für Patienten mit BPS. Der Hauptunterschied der experimentellen Bedingung – im Vergleich zu der Kontrollbedingung -, war das Angebot von individueller und gruppenbasierter Psychotherapie. Die Behandlung dauerte maximal 18 Monate. PDT war signifikant höherwertig zu der gängigen

psychiatrischen Behandlung, sowohl bei Beendigung der Therapie als auch bei der katamnestischen Studie 18 Monate später. In einer jüngeren RCT, wurde die Übertragungsbasierte Psychotherapie (TFP) nach Kernbergs Modell (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999) mit einer von erfahrenen Psychotherapeuten ausgeführten Behandlung bei der ambulanten Behandlung von Borderline-Patienten (Doering et al. 2010) verglichen. TFP zeigte sich höherwertig in Hinsicht auf die Borderline-Psychopathologie, das psychosoziale Funktionsniveau, Persönlichkeitsorganisation, stationärer Aufnahme und Dropout-Rate. Eine andere RCT verglich eine PDT, „dynamisch-dekonstruktive Psychotherapie“ mit üblicher Behandlung (TAU) bei der Behandlung von Borderline-Patienten mit komorbider Alkohol Sucht (Gregory et al, 2008). In dieser Studie erreichte PDT, nicht aber TAU, signifikante Verbesserungen in den Zielmessungen von Parasuizid, Alkoholmissbrauch, und Heimunterbringung (Gregory et al, 2008). Darüber hinaus zeigte sich die PDT höherwertig in Hinblick auf Verbesserungen in der Borderline- Psychopathologie, Depressionen und Sozialunterstützung. Für Dissoziationen wurde kein Unterschied gefunden. Letzteres stimmt obwohl die Teilnehmer der TAU Gruppe eine intensivere Therapie als gängig erhielten. Eine andere RCT befand die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) als höherwertig zum Manual basierten strukturierten klinischen Management, in Hinsicht auf die primären ( Suizidales und selbstschädigende Verhalten, Hospitalisierung) und sekundären Messziele (Depressionen, genereller Symptom-Stress und zwischenmenschlichen Fähigkeiten (Bateman & Fonagy, 2009)).

Teil 2 folgt