

Kapitel 1

Kommentar: Erforschung der psychoanalytischen Kurz- und Langzeitbehandlung - Aktueller Stand der Forschung

Jeremy D. Safran und Alexandra G. Shaker

Es ist eine große Freude, die Möglichkeit zu haben, die Kapitel dieses Abschnitts zu lesen und zu kommentieren. Einige der Kapitel bieten ausgezeichnete Zusammenfassungen und Übersichten aktueller innovativer psychoanalytischer Forschungsprogramme. Andere Kapitel bieten umfassende Überblicke zur Forschung hinsichtlich psychoanalytischer Behandlungen spezifischer Störungen. Insgesamt stellen die Kapitel eine ungemein zufriedenstellende Zusammenfassung der aktuellen Forschungsergebnisse des psychoanalytischen Prozesses und der Ergebnisse dar.

Der erste Abschnitt beginnt mit einem Artikel des *American Psychologist* von Jonathan Shelder, der die Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie unter Idealbedingungen (efficacy) betrachtet und bereits als Klassiker gilt (Kap. 2). Dieses souverän geschriebene Kapitel fasst die Ergebnisse von acht metaanalytischen Arbeiten zur Erforschung der Wirksamkeit (efficacy) psychodynamischer Therapien zusammen. Daraus folgernd sind die Effektstärken von psychodynamischen Behandlungen genauso groß, wie die anderer Therapieformen, einschließlich der kognitiv-behavioralen Therapie, die als empirisch gestützt gefördert werden. Der Artikel kommt zu dem Schluss, Beweise würden zeigen, dass Patienten den Nutzen der therapeutischen Maßnahmen verinnerlichen können. Außerdem weisen zusätzliche Ergebnisse darauf hin, dass die Zugewinne durch die Therapie weiter ansteigen, nachdem die Behandlung beendet wurde. Shelder stellt zudem eine Übersicht der vielversprechenden Forschung hinsichtlich der Wirkung (efficacy) von psychoanalytisch orientierten Behandlungen für Borderline-Persönlichkeiten dar (eine detaillierte Übersicht dieser Forschung kann Kapitel acht entnommen werden).

Obwohl die in diesem Kapitel besprochene Forschung nicht neu ist, hat Shelder einen ungemein wichtigen Beitrag zu diesem Forschungsfeld geleistet, indem die er die Untersuchungen hierzu kompakt zusammengefasst hat. Außerdem hat er die nötige Fähigkeit und Ausdauer bewiesen, seinen Weg durch einen Review Prozess zu steuern, der, wie wir wissen, hart und mühsam ist. Geleitet wurde er wahrscheinlich durch das Wissen, dass seine Schlussfolgerungen die akzeptierten und anerkannten Sichtweisen in Frage stellen werden. Die überzeugend aufgebauten Schilderungen Shelders, in der Kombination mit dem bekannten und viel gelesenen *American Psychologist*, haben große Aufmerksamkeit geweckt und bedeutende Kontroversen geschürt.

Shelders Kapitel folgt das Kapitel von Rabung und Leichsenring (Kap. 3), welches einen Bericht einer im *Journal of American Medical Association (JAMA)* oft zitierten Metaanalyse von Studien zur psychodynamischen Langzeittherapie („long-term psychodynamic psychotherapy“, LTPP) [Leichsenring und Rabung 2008] beinhaltet. Es schließt sich ein Bericht über diverse Kritiken ihrer Metaanalyse an, publiziert in Form von Briefen und Antworten auf die Kritiken, die an JAMA übermittelt wurden. Die ursprüngliche Metaanalyse beinhaltet elf randomisiert kontrollierte und zwölf quasi-experimentelle Studien. Alle Patienten in diesen Studien waren mit einer Persönlichkeitsstörung oder chronisch und/oder multiplen mentalen Störungen diagnostiziert. Lediglich Studien mit Patienten, die diese Kriterien erfüllen, einzuschließen, wurde damit begründet, dass wahrscheinlich gerade bei dieser speziellen Personengruppe psychodynamische Langzeittherapie angebracht ist (im Gegensatz zu weniger schwierigen und chronischen Fällen, die von Kurzzeitbehandlungen profitieren können). Sie folgerten, dass die Studien, die in ihrem Bericht beinhaltet sind, große und signifikante Effektstärken über ein weites Spektrum von Ergebnisfeldern zeigen

und dass LTPP im Gegensatz zu weniger intensiven oder Kurzzeittherapien für die Patientenpopulation wirksamer und sinnvoller sind.

Erstmalig sind die Kritiken der ursprünglichen JAMA Metaanalyse und die Antworten der Autoren gesammelt in einem Werk zu finden. Das so entstandene Kapitel vereinnahmt den Leser. Da beide Seiten der Kontroverse in dem Kapitel von Rabung und Leichsenring detailliert geschildert werden, überlassen wir es dem Leser, das Kapitel sorgfältig durchzusehen und sich eine eigene Meinung zu bilden. Wir möchten das Kapitel allerdings für die sorgfältige Abwägung hinsichtlich der Kritiken und die eingehenden und gut durchdachten Antworten auf diese lobend erwähnen.

In einer Zeit, in der die vorherrschende Meinung zu der Behauptung tendiert, Kurzzeitbehandlungen seien unter allen Umständen besser geeignet und Langzeitbehandlungen wären weder notwendig, noch kosteneffektiv, sind die in dem Kapitel von Rabung und Leichsenring beschriebenen Ergebnisse überzeugend und die Antworten auf die Kritiken besonders zeitgemäß. Es ist trotzdem wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass die dazugehörigen Studien, verglichen mit dem Großteil von randomisierten klinischen Studien nur relativ gesehen als „Langzeit“ bezeichnet werden können. Behandlungen mit einer Dauer und Intensität, wie sie in dieser Metaanalyse aufgeführt werden, entsprechen tendenziell viel eher der Norm vieler in der Realität stattfindender Behandlungen (siehe Westen et al. [2004]), als die Art von Kurzzeit-Therapien die typischerweise in randomisierten klinischen Studien untersucht werden. Welche Position wird bezüglich intensiver psychoanalytischer Langzeitbehandlung eingenommen? Wegen der logistischen und methodischen Probleme, die mit dieser Form von Studie assoziiert werden, ist es schwierig, Studien zu finden, die nicht in natürlicher, unkontrollierter Umgebung stattfinden oder die verlässliche Messungen mit kontrollierter Aufnahme, Beendigung und Follow-Up-Intervallen vorzeigen können. Die nächsten beiden Kapitel fassen wichtige Versuche zusammen, um diese Nische zu füllen.

Das Kapitel von Huber et al. (Kap. 4) leistet einen einzigartigen Beitrag und einen der überzeugendsten Belege dafür, dass Langzeit-Psychoanalyse gegenüber anderen Behandlungsformen besondere Vorteile bietet. Auch wenn Selingmans [1995] Effektivitätsstudie und Howard et al.'s [1986] Studie über die Dosis Wirkungszusammenhänge einige Belege dafür liefern, dass Langzeitbehandlungen Vorteile gegenüber Kurzzeitbehandlungen ermöglichen, sind die methodischen Schwierigkeiten, die mit der Ermittlung der relativen Wirkung von intensiven Langzeitbehandlungen gegenüber Kurzzeitbehandlungen und weniger intensiven Behandlungen (entweder psychodynamisch oder kognitiv-behavioral) verbunden sind, extrem schwierig zu überwinden. Die praktischen Schwierigkeiten, die in diesem Kontext mit randomisierten klinischen Studien assoziiert werden, sind nahezu unüberbrückbar. Da allerdings ein quasiexperimentelles Design genutzt wird, welches internale und externale Validität ausgleichend berücksichtigt, haben Huber et al. die Möglichkeit, zuverlässige Beweise zu liefern, dass nicht nur längerfristige, intensive psychoanalytische Behandlung gegenüber kurzfristiger, weniger intensiver Behandlung (psychodynamisch und kognitiv-behavioral), sondern auch psychodynamische Behandlung gegenüber kognitiver-behavioraler Behandlung mit äquivalenter Intensität und Dauer Vorteile bietet. Die Daten des dritten Follow-Up-Intervalls konnten noch nicht berücksichtigt werden, weil die Münchener Psychotherapiestudie noch in Arbeit ist. Zukünftige Studien dieser Art werden auch Sorgen von Kritikern berücksichtigen müssen (Fehlen strenger Schätzungen, Fragen darüber, was aus dem quasi-experimentellen Design gefolgert werden kann). Nichtsdestotrotz sehen wir die Münchener Psychotherapiestudie als einen wichtigen und innovativen Schritt. Unseres Wissens führen Huber et al. derzeit Prozessmessungen durch, um Grenzen und Wirkmechanismen von Behandlungen zu bestimmen. Wenn diese Messungen abgeschlossen sind, bieten sie die Möglichkeit, die Genauigkeit und die Implikationen hinsichtlich der Forschung weiter zu fördern.

Knekt et al. **Jahreszahl???** (Kap. 5) berichten von Ergebnissen einer anspruchsvollen, methodisch komplexen randomisierten klinischen Studie, die noch in Arbeit ist. Es werden drei Behandlungsmodalitäten kombiniert; Lösungsorientierte Therapie („solution-focused therapy“, SFT), psychodynamische Kurzzeittherapie („short-term psychodynamic psychotherapy“, STPP) und psychodynamische Langzeittherapie („long-term psychodynamic psychotherapy“, LTPP). Zudem berücksichtigt die Studie zusätzlich eine Gruppe von Patienten, welche sich eigens für eine Langzeit-Psychoanalyse mit offenem Ende entschieden haben. Die Komplexität der Methodik geht über den nicht randomisierten, zugewiesenen psychoanalytischen Teil hinaus. Zusätzlich gibt es Unterschiede in der Intensität und Länge der SFT (eine alle zwei Wochen für zwölf Sitzungen), STPP (ein Mal die Woche für 20 Sitzungen), LTPP (zwei bis drei Mal die Woche für ungefähr drei Jahre) und PA (vier Sitzungen pro Woche für ungefähr fünf Jahre). Es ist geplant, die Patienten über ein Zehn-Jahres Intervall zu beobachten, wobei es bereits Daten eines Fünf-Jahres Follow-Ups gibt.

Wegen zahlreicher methodischer Störvariablen im Zusammenhang mit der Studie, sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Berücksichtigt man diese Anweisung, bietet dieses Kapitel einige interessante, jedoch vorläufige Ergebnisse. Im ersten Jahr des Follow-Ups zeigten Patienten der STPP Gruppe signifikantere Verbesserungen ihrer psychiatrischen Symptome als die der LTPP Gruppe. Patienten der SFT Gruppe hatten signifikantere Verbesserungen von Depressionssymptomen als Personen in der LTPP Gruppe.

Betrachtet man die Drei-Jahres Follow-Ups, sind die Ergebnisse gegensätzlich. Die Personen in der LTPP Gruppe zeigten stärkere Behandlungseffekte bezüglich Depression und Angst als die Personen der beiden Kurzzeitbedingungen. Auf der einen Seite können diese Ergebnisse als Beweis dafür gesehen werden, dass LTPP Vorteile gegenüber STPP und SFT bieten. Wenn man auf der anderen Seite die Störvariablen, wie die Dauer und Intensität der Behandlung, berücksichtigt und dass die Patienten unter LTPP Bedingungen die Behandlung ungefähr zur Zeit des Drei-Jahres Follow-Ups gerade beendeten (im Gegensatz zu den Patienten unter den anderen Bedingungen, die ihre Behandlungen vor über zwei Jahren beendet haben), ist es schwierig zu beurteilen, wie die Ergebnisse interpretiert werden sollen.

Knekt et al. berichten außerdem am Ende des Fünf-Jahres Follow-Up-Intervalls, dass das Symptomlevel in der Psychoanalysegruppe niedriger gewesen sei als in der Langzeitpsychotherapie-Gruppe. Die bereits erwähnten verschiedenen Störvariablen machen allerdings eine Interpretation schwierig. Zum Zeitpunkt des Zehn-Jahres Follow-Up-Intervalls, wird es allerdings etwas leichter werden, die Bedeutung der entstandenen Unterschiede zwischen den Behandlungsmodalitäten zu beurteilen.

Ungeachtet der vielen methodischen Störvariablen der Studie sammeln Knekt et al. ein reichhaltiges Datenset, das wahrscheinlich eine Vielzahl von anregenden Ergebnissen ergeben wird. Diese könnten zur Beantwortung von Problemen führen, beispielsweise zur Thematik Kosten-Nutzen, Menge und Qualität von Behandlungen (bspw., ob die Behandlung den Bedürfnissen von Patienten gerecht wird oder ob es einer zusätzlichen Behandlung mit Medikamenten bedarf, etc.), zur Eignung von Patienten bezüglich unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten und der Durchführbarkeit und dem Wert bestimmter Varianten der quasi-kontrollierten Forschungsmethoden in realen Settings.

Taylor (Kap.6) betrachtet verschiedene Studien und Metaanalysen (ein paar werden auch in anderen Kapiteln dieses Buchs besprochen), welche die Wirksamkeit unter Realbedingungen (effectiveness) von psychodynamischem Kurzzeit- oder Langzeitbehandlungen von Depressionen bewerten. Auf der Basis der berücksichtigten Literatur, fasst Taylor zusammen, dass die Effektstärken psychodynamischer Kurzzeitbehandlungen bezüglich Depressionen ähnlich groß sind, wie bei anderen Formen der Psychotherapie. Er folgert außerdem, dass die Effekte von kognitiv-behavioraler Behandlung schneller ersichtlich sind, als bei psychodynamischen Behandlungen und dass bei

Patienten die eine psychodynamische Langzeitbehandlung erhalten, qualitativ andere Veränderungen erzielt werden. Diese qualitativ unterschiedlichen Veränderungen (vermutlich die Art struktureller Veränderung, wie sie im neunten Kapitel untersucht wurde) spielen eventuell eine wichtige Rolle bezüglich der Rückfallprävention.

Das Kapitel von Taylor erwähnt Limitationen einiger Annahmen und Eigenschaften, welche das vorherrschende Forschungsparadigma dominieren (bspw., unnatürliche diagnostische Kategorien; das man sich darauf verlässt, randomisierte Klinische Studien seien der „Goldstandard“ für die Forschung (Taylor bezeichnet sie als den „Wächter der Wahrheit“)). Darüber hinaus bemängelt er, Outcome Research so zu gebrauchen, dass subtilere und bedeutungsvollere Veränderungsdimensionen festgestellt werden, als diese tatsächlich vorhanden sind. Außerdem kritisiert er den Fehler, chronische und immer wiederkehrende Depressionen zu berücksichtigen und die Tendenz, Kurzzeitbehandlungen als geeigneter zu betrachten als sie für einige Probleme tatsächlich sind.

Slavin-Mulford und Hilsenroth (Kap. 7) berichten in ihrem Kapitel über einige wichtige Studien, die die Eignung psychodynamischer Behandlungen im Hinblick auf Angststörungen betrachten. Unseres Wissens ist das der erste Überblick psychodynamischer Behandlungen im Zusammenhang mit Angststörungen, der publiziert wurde. Sie betrachten Untersuchungen, welche die Wirkung unter Ideal- und Realbedingungen Psychodynamischer Therapie für Angststörungen prüfen.

Auf Grundlage der Ergebnisse von Pierloot und Vinck [1978] und Brom et al. [1989], argumentieren Slavin-Mulford und Hilsenroth, einer der Unterschiede zwischen behavioraler und psychodynamischer Behandlung im Bezug auf Angststörungen sei, dass nach Beendigung der Therapie, Personen welche psychodynamische Behandlungen erhielten, weiterhin therapeutische Fortschritte machen. Dahingegen können Personen, welche kognitive und behaviorale Therapien erhielten, rasche Symptomreduktionen während des Behandlungsprozesses vorweisen, jedoch nehmen diese durch die Therapie entstandenen Fortschritte nach der Therapie ab.

Slavin-Mulford and Hilsenroth erörtern die Bedeutung von Wirksamkeitsstudien (effectiveness und efficacy) und Effektivitätsstudien, um interne und externe Validität im Bereich der Erforschung unterschiedlicher Behandlungsmodalitäten zu erreichen. Ihre Rezension, der von Crits-Cristoph und Kollegen verfassten Studien von 1996 und 2005 [Crits Cristoph et al. 1996, 2005] und der Studien von Milrod und Kollegen 2000 und 2001 [Milrod et al. 2000,2001], zeigen sehr überzeugende Beweise bezüglich der Wirksamkeit unter Realbedingungen psychodynamischer Behandlungen bei Angststörungen.

Slavin-Mulford and Hilsenroth machen in diesem Kapitel außerdem darauf aufmerksam, dass alle Forschungsmethoden Grenzen haben und dass es notwendig ist, die Ansätze für Therapiestudien zu variieren. Während die in diesem Kapitel präsentierte Forschung sich auf unterschiedliche Ergebnisse bezüglich psychodynamischer Behandlung von Angststörung bezieht, stellen die Autoren auch einige Studien vor, die in unterschiedlichen Settings durchgeführt wurden, um Beiträge hervorzuheben, die durch verschiedene Forschungsmethoden ermöglicht werden könnten.

Levy et al. (Kap. 8) bieten einen ausgezeichneten Überblick hinsichtlich der Erforschung psychoanalytisch orientierter Behandlungen für Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Studien in diesem Bereich sind zwar noch selten, aber sehr vielversprechend. Jahrelang galt die Meinung, die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) sei die einzige Form der Behandlung für BPS, die eine empirische Stützung vorweisen kann. Wegen der besonderen Schwere dieser Störung, den Schwierigkeiten und Ängsten welche Kliniker erleben, wenn sie BPS Patienten behandeln und den Kosten für das Gesundheitssystem, ist DBT weit verbreitet und in diesem Bereich sehr beliebt. In diesem Kapitel geben Levy et al. einen Überblick über ihre bahnbrechende Forschung bezüglich Kernbergs Übertragungsfokussierter Therapie (TFP) [Clarkin et al. 1999, 2006] und

Batemans und Fonagys [2004] sehr vielversprechender Studie zu Wirkung (effectiveness) von Mentalisierungsbasierter Therapie und dem Wandel, der durch die hier ermöglichte Langzeitstabilität erzielt werden konnte.

Sie üben zudem stichhaltige Kritik an der Studie von Giesen-Bloo et al. [2006], welche die Überlegenheit der Schemafokussierten Therapie über die TFP demonstriert. Besprochen wird außerdem die gerade publizierte randomisierte kontrollierte Studie von Doering et al. [2010], welche eine unabhängige Bestätigung der Wirkung (efficacy) von TFP für BPS liefert. Schließlich diskutieren sie die kürzlich erschienene randomisierte klinische Studie von McMain et al. [2009], die DBT mit Vorgaben der Allgemeinen Psychiatrie vergleicht, basierend auf den Amerikanischen Behandlungsrichtlinien für Psychiatrie. Hierbei wird individuelle psychodynamische Psychotherapie (beruhend auf Gundersons [2006] Modell der Behandlung) mit Pharmakotherapie und dem Fallmanagement kombiniert. Diese Studie hat keinen signifikanten Unterschied bezüglich eines weiten Spektrums von Dimensionen zwischen den beiden Behandlungsbedingungen gefunden. Die Ergebnisse der therapeutischen Gleichstellung in der Studie von McMain et al. [2009] ist besonders erwähnenswert, da McMain ein DBT Befürworter ist (insbesondere, wenn man bedenkt, wie wichtig die Auswirkungen sind, welche die Loyalität zu bestimmten Behandlungsrichtungen auf die Ergebnisse hat) [Luborsky und Barrett 2006]. Ein bemerkenswertes Ergebnis der Studie von Levy et al. [2006], welches in dem Kapitel betrachtet wird, beschreibt, dass zum Ende der Therapien Patienten der DBT oder TFP gleiche Veränderungen erreichen, aber lediglich Patienten die eine TFP erhielten, Veränderungen der reflektiven Funktionen und der Bindungsbeziehung (wie sie im Erwachsenen-Bindungs-Interview erhoben wird) vorweisen können. Beide Messungen können als Hinweise für Veränderungen der inneren Repräsentationen oder der inneren Struktur verstanden werden. Wichtig ist es, in folgenden Studien zu untersuchen, ob die Veränderungen der Bindungsbeziehung und die reflektiven Funktionen Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit von Behandlungseffekten haben werden.

Das abschließende Kapitel von Grande et al. (Kap. 9), fasst ihr innovatives Bemühen zusammen, Auswirkungen auf strukturelle Veränderungen durch psychoanalytische Behandlung zu untersuchen. Während Psychoanalytiker lange argumentiert haben, eines der wichtigsten Ziele der Behandlung sei eine Veränderung der psychischen Struktur, gibt es wenig bis gar keine empirischen Beweise für diese Behauptung. Einige Hindernisse haben die Forschung diesbezüglich erschwert. Zum Einen das Fehlen einer Vereinbarung, was mit psychischer Struktur gemeint ist und zum Anderen die Schwierigkeit dieses Konstrukt zu operationalisieren. Zudem ist es schwer, den Nutzen von strukturellen Veränderungen zu belegen. In Anbetracht der wiederholten Bestätigung der „therapeutischen Äquivalenz“ bei der Erforschung der Wirksamkeit der Psychotherapie ist es besonders wichtig, nicht nur zu belegen, dass strukturelle Veränderungen stattfinden, sondern auch, dass diese Veränderungen bedeutungsvoll sind.

Die Entwicklung der Heidelberger Skala für strukturelle Veränderungen (HSCS) bietet eine innovative Methode, die strukturelle Veränderungen misst und für eine Reihe unterschiedlicher psychoanalytischer Perspektiven bedeutungsvoll ist. Grande et al.'s Ergebnis zeigt, dass strukturelle Veränderungen zum Ende der Therapie einen Vorhersagewert bezüglich der retrospektiven Bewertung der Behandlungszufriedenheit haben (die Befragung fand nach 3 Jahren statt), während die Symptomveränderungen diesen Vorhersagewert bezüglich Zufriedenheit nicht vorweisen können. Dies ist ein überzeugender Beweis dafür, wie bedeutungsvoll das Konstrukt der psychischen Veränderung ist. Es zeigt auch, dass strukturelle Veränderungen ein erstrebenswertes Ziel sind. Das bedeutet, dass sich Therapeuten mit unterschiedlichem theoretischen Hintergrund dieses Wissens bewusst sein sollten. Wohl wissend, dass die retrospektive Bewertung von Veränderungen ihre Grenzen hat (nach drei Jahren), zeigen die Autoren in diesem Kontext, wie wertvoll retrospektive Bewertungen sein können. Wichtig für zukünftige Forschung wird es sein, [Leichsenring und

Rabung 2008] Veränderungen retrospektiv durch Follow-Up Erhebungen einzuschätzen. Hierzu können Pre- und Post- Testungen [Westen et al. 2004] genutzt werden, um zu beurteilen, ob verschiedene Behandlungsmodalitäten diesbezüglich unterschiedliche Auswirkungen haben.

Ingesamt stellen die Kapitel dieses Abschnittes einen wichtigen Überblick der Wirksamkeit (effectiveness) von psychoanalytisch orientierten Kurzzeit- und Langzeitbehandlungen bezüglich verschiedener Störungen bereit. Sie fassen vielversprechende Beweise im Hinblick auf die Wirksamkeit dieser Behandlungsmodalitäten zusammen und heben die Grenzen der Forschung dieses Bereichs hervor. Es werden außerdem methodische Probleme verdeutlicht, welche die Forschung erschweren und die es schwierig machen, psychoanalytische Langzeitbehandlungen zu untersuchen. Sie bieten zudem einen flüchtigen Blick auf innovative Ansätze, die versuchen, mit einigen dieser Probleme zurechtzukommen und einen Ausblick auf vielversprechende zukünftige Forschungswege. Ein sehr vielversprechendes Ergebnis, welches in einigen Kapiteln besprochen wird, sind Beweise, die zeigen, dass der Nutzen nach dem Ende von psychoanalytisch orientierten Behandlungen weiter ansteigt. Ergebnisse dieser Art stimmen mit der Hypothese überein, dass eine hilfreiche psychoanalytisch orientierte Behandlung zu grundlegenden strukturellen Veränderungen führt, welche eine präventive Funktion für Rückfälle bieten und sogar andauernde Veränderungen nach der Behandlung ermöglichen. Diese Hypothese wurde durch neuartige Forschung direkt getestet, worüber in den Kapiteln von Levy et al. und Grand et al. berichtet wird (Kap. 8 und 9).

Ein weiteres wiederkehrendes Thema (welches beginnt immer wieder aufzutauchen) ist die Beobachtung, dass Patienten in kognitiv-behavioralen Behandlungen wahrscheinlich eine frühere Symptomreduktion während des Behandlungsprozesses erfahren als in psychoanalytisch orientierten Behandlungen, aber das dieser Effekt wahrscheinlich verschwindet und sich in einigen Fällen sogar zugunsten der psychoanalytisch orientierten Behandlung wendet. Während die methodischen Schwierigkeiten bei der Erforschung intensiver psychoanalytischer Langzeitbehandlungen bestätigt werden, bieten einige dieser Kapitel die zurzeit vielversprechendsten Beweise für den einzigartigen Wert dieser Behandlungsform. Wir möchten damit abschließen, alle Mitwirkenden für ihre wichtigen Beiträge und J. Stuart Ablon, Ray Levy und Horst Kächele für das Zusammenstellen dieser wichtigen Beiträge zu würdigen und schätzen es sehr, dass wir gebeten wurden, diesen Kommentar zu schreiben.

Literaturverzeichnis

- Bateman AW, Fonagy P. (2004) Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 18(1): 36–51
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB. (1989) Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 57(5): 607–12
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. (1999) *Psychotherapy for borderline personality*. Wiley, New York
- Clarkin JF, Yeomans F, Kernberg OF. (2006) *Psychotherapy of borderline personality*. Wiley, New York
- Crits-Cristoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Cristoph K, Shappell S. (1996) An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychother-Theory Res* 33(3): 418–30

Crits-Cristoph P, Connolly Gibbons MB, Narducci J, Schamberger M, Gallop R. (2005) Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychother-Theory Res* 42: 211–23

Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P. (2010) Transference-Focused psychotherapy vs. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 196: 389–95

Giesen-Bloo JH, Arntz A, van Dyck R, Spinhoven P, Van Tilburg W, Dirksen C, Van A, et al. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial of schema focused therapy versus transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63: 649–58

Gunderson JG. (2006) *Borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric, Washington, DC

Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41: 159–64

Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. (2006) Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 74: 1027–40

Leichsenring F, Rabung S. (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Am Med Assoc* 300(13): 1551–65

Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OF. (2006) Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 74: 1027–40

McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, Streiner DL. (2009) A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 166: 1365–74

Milrod B, Busch F, Leon AC, Aronson A, Roiphe J, Rudden M, et al. (2001) A pilot trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 10: 239–45

Milrod B, Busch F, Leon AC, Shapiro T, Aronson A, Roiphe J, et al. (2000) Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* 157(11): 1878–80

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(1): 87–98

Seligman MEP. (1995) The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *Am Psychol* 50: 965–74

Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 130: 631–63