

Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie

Vorstellung und erste Ergebnisse

Franziska Geiser; Sabine Trautmann-Voigt; Peter Hofmann; Bernd Voigt; Reinhard Liedtke

Schlüsselwörter

Psychotherapieforschung, psychodynamische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie, Therapieevaluation

Keywords

Psychotherapy research, psychodynamic therapy, outcome research

Zusammenfassung

Aktuelle Metaanalysen zeigen eine gute Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie. Inzwischen liegen auch Feldstudien zur ambulanten psychodynamischen Psychotherapie im deutschsprachigen Raum vor. Um Effekte zu untermauern, bedarf es aber weiterer Untersuchungen der Wirksamkeit im klinischen Alltag. Die Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie erfasst Veränderungen von Symptom-, Persönlichkeits- und Beziehungsmerkmalen in ambulanten Praxen im prospektiven, kontrollierten Design. Verwendete Fragebögen sind VDS90, VDS30, HEALTH, HAQ, DES sowie IES. Eine erste Zwischenauswertung zeigt trotz noch kleiner Stichprobe ($n=24$) nach 25 Therapiestunden bereits eine signifikante Symptomreduktion mit befriedigenden Effektstärken ($\epsilon = 0,46$). Derzeit wurden schon über 300 Patienten eingeschlossen, sodass innerhalb des nächsten Jahres mit weitergehenden Ergebnissen zu rechnen ist.

Summary

Recent meta-analyses have yielded good effect sizes for short- and long-term psychodynamic psychotherapy. In Germany, psychodynamic psychotherapy is widely applied in outpatient settings. The present study evaluates changes in symptoms, personality and interpersonal relations in outpatient psychodynamic psychotherapy under everyday conditions in a prospective, controlled design. Data are collected mainly by self-report instruments such as VDS90, VDS30, HEALTH, HAQ, DES and IES. Results from a preliminary sample of $n = 24$ patients after 25 therapy sessions show a significant symptom reduction with satisfactory effect sizes ($\epsilon = 0,46$). At the present time, more than 300 patients have been included in the study. Further results will be presented within another year.

The Bonn evaluation study for outpatient psychodynamic psychotherapy – presentation and first results

PDP 2009; 8: 47–53

Es wurde in der Vergangenheit wiederholt festgestellt, dass es einen Nachholbedarf an empirischer Ergebnisforschung im Bereich der psychodynamischen Psychotherapie gibt

(z.B. Leichsenring 2002). Mit dem Begriff "psychodynamisch" werden hier, wie international üblich, die tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Verfahren zusammengefasst.

Deren Vertretern fiel es lange Zeit schwer, ihre auf individuelle Beziehungs- und Strukturphänomene bezogene Interventionen in das Korsett einer auf Vergleichbarkeit und Symptomreduktion fokussierten Forschung zu pressen. Manch ein Therapeut mag auch Zweifel gehegt haben, ob die psychodynamische Therapie wegen ihrer breiteren Zielorientierung und auf längere Dauer angelegten Prozesse beim Kampf um die beste Symptom- und Kosteneffektivität bestehen kann.

Eine aktuelle Literaturanalyse zeigt jedoch, dass diese Sorge unbegründet ist. In den letzten Jahren sind eine ganze Reihe von Einzelstudien wie auch von Metaanalysen randomisiert-kontrollierter Studien (randomized controlled trial, RCT) zur psychodynamischen Psychotherapie publiziert worden, die deren Effektivität eindrucksvoll untermauern. In einem Überblick führt Leichsenring (2005) hierzu 22 RCTs mit positiven Effekten zu neun verschiedenen Störungsbildern auf. Auch Abbass et al. (2006) und Lewis et al. (2008) fanden in Metaanalysen von RCTs einen signifikanten und anhaltenden Effekt von psychodynamischer Kurzzeittherapie. Es gibt gute Belege dafür, dass psychodynamische Kurzzeittherapien ebenso effektiv sind wie andere Kurzzeittherapieformen (z.B. im Vergleich zu lösungsorientierter Therapie [Knekt et al. 2008], kognitiver Therapie [Svartberg et al. 2004], supportiver Therapie [Maina et al. 2005], Pharmakotherapie mit Fluoxetin [Salminen et al. 2008]; Meta-Analysen bei Bond [2006], Leichsenring et al. [2004], Leichsenring [2001], Crits-Christoph [1992]), und dass psychodynamische Kurzzeittherapien zwar schneller Erfolg zeigen als auf Langzeit ausgelegte psychodynamische Behandlungen, letztere aber auf lange Sicht das bessere Ergebnis bringen (Knekt et al. 2008, Leichsenring 2005), insbesondere bei komplexen psychischen Störungen (Leichsenring u. Rabung 2008).

Trotz dieser sehr positiven Entwicklung bleibt das Problem bestehen, dass die in der Forschung zum Maßstab erhobenen Konzepte der „empirisch gestützten Therapien“ bzw. „evidenzbasierten Medizin“ mit ihren sehr strengen methodischen Anforderungen ein Forschungsparadigma stärken, welches die klinische Realität nur

sehr begrenzt abbilden kann. So führt das randomisiert kontrollierte Design mit Konzentration auf möglichst „reine“ Störungsbilder dazu, dass Studienergebnisse nur noch auf einen Bruchteil der sich beim niedergelassenen Psychotherapeuten vorstellenden Patienten anwendbar sind (wobei die gefundenen Effekte um so höher sind, je mehr Ausschlusskriterien eine Studie vorschreibt [Westen und Morrison 2001]). Schon die erforderliche Zustimmung zur Randomisierung kann zu einer selektierten Stichprobe führen. Die vorgeschriebene Manualisierung und feste Stundenzahl verbieten ein individualisiertes Vorgehen, wie es in der Praxis üblich ist. Unterschiede in Ausbildung und Erfahrung der Therapeuten gelten eher als Störfaktor. Einflüsse auf die Therapie durch äußere Bedingungen wie z.B. Zuweisungswege oder das Bewilligungs- und Vergütungssystem, in dem die Therapien stattfinden, werden völlig ausgeklammert. Der strenge Rahmen macht es schwer, hohe Stichprobengrößen zu erreichen. Schließlich werden als Outcome-Kriterien häufig reine Symptomskalen verwendet, die dem Zielanspruch der psychodynamischen Psychotherapie einer umfassend verbesserten psychischen Funktionsfähigkeit nicht gerecht werden (Jakobsen et al. 2007).

Dennoch haben RCTs zweifelsohne den Vorteil, Effekte einer spezifischen Interventionsform mit hoher statistischer Sicherheit und interner Validität nachweisen zu können. Die genannten Studien tragen deshalb entscheidend zur Anerkennung der psychodynamischen Psychotherapie als empirisch begründeter Therapieform bei. Um die Übertragbarkeit in die Praxis zu gewährleisten, sollten sie aber durch Feldstudien ergänzt werden, welche die klinische Realität, in der sie durchgeführt werden, sehr viel wirklichkeitsnäher abbilden. Feldstudien haben für den jeweiligen Behandlungskontext eine höhere externe Validität, die allerdings auf Kosten der Eindeutigkeit geht, mit der ein gefundener Effekt auf die angewendete Therapieform zurückgeführt werden kann. Um gut begründete Aussagen machen zu können, ist deshalb eine Vielzahl solcher Studien unter ähnlichen Bedingungen nötig. Für die ambulante psychodynamische Psychotherapie in

Deutschland konnten in vier aktuellen größeren Feldstudien und einer mit diesen Daten durchgeführten Metaanalyse starke und anhaltende Effekte gefunden werden (Leichsenring et al. 2008, Brockmann et al. 2006, Huber et al. 2005, Grande et al. 2006, Jakobsen et al. 2007, siehe auch die Katamnesestudie von Leuzinger-Bohleber et al. 2001). Diese Studien zeichnen sich durch eine hohe methodische Gründlichkeit aus, was aber wegen des hiermit verbundenen Aufwands und einem besonderen Interesse an Langzeittherapien zu einer Begrenzung der Stichprobengrößen führt. Hartmann und Zepf (2002) befragten hingegen fast 1500 Psychotherapiepatienten und fanden eine der Verhaltenstherapie vergleichbare Effektivität von Psychoanalyse und tiefenpsychologischer Psychotherapie, aus methodischen Gründen konnte die Studie aber keine Effekstärken liefern und ließ Fragen hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe offen. Um diese positiven Ergebnisse für den deutschen Sprachraum zu bestätigen und zu erweitern bedarf es deshalb weiterer Forschung.

Die Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie ist als prospektive kontrollierte Feldstudie in der klinischen Praxis niedergelassener Psychotherapeuten konzipiert. Ziel der Studie ist die Evaluation der Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie im klinischen Alltag und die Frage nach differenziellen Effekten und daraus abgeleitet möglichen differenziellen Indikationen für diese Therapieform in einer großen Stichprobe. Teilnehmende Therapeuten sind sowohl erfahrene Kollegen mit tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Ausbildung, die in mit der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie assoziierten Praxen arbeiten, als auch Teilnehmer in der psychodynamisch ausgerichteten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Neben der Einsicht in die grundsätzliche Notwendigkeit einer empirischen Outcome-Forschung trägt die Möglichkeit, einen Teil der Daten schon während des Therapiegeschehens zu diagnostischen Zwecken oder zur Rückmeldung über den Therapieverlauf zu erhalten, zur Motivation der Teilnehmer bei. Dies kann uns zwar dem Vorwurf der Be-

einflussung des Therapiegeschehens durch die Messung aussetzen, wir glauben jedoch, dass eine Messung ohne Beeinflussung des Gegenstands gerade bei Psychotherapie ohnehin nicht möglich ist, und sehen den Vorteil in einer stärkeren Identifikation der Teilnehmenden und damit geringerem Datenverlust durch organisatorische und menschliche Faktoren. Auch bei der Auswahl der Skalen war ein Kriterium ein möglichst geringer Aufwand und hoher Bezug zum Therapiegegenstand, um die Teilnahmemotivation bei Patienten wie Therapeuten zu stärken. Die Wahl fiel deshalb auf Skalen, die einerseits symptomnah ein diagnostisches Screening ermöglichen, andererseits auch die psychosoziale Funktionsfähigkeit in verschiedenen Lebensbereichen erheben. Die therapeutische Beziehung als wichtiger Wirkfaktor (Leichsenring 2005) wird in die Untersuchung mit einbezogen. Zudem werden wegen eines besonderen Forschungsinteresses zwei spezifische Instrumente zu Traumatisierung und Dissoziation mitgeführt.

Methode

In die Studie werden ambulante Patienten der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie (kbap) und assoziierter Praxen konsekutiv eingeschlossen. Zum Studiendesign liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universitätsklinik Bonn vor. Einschlusskriterien sind schriftliche Zustimmung zur Teilnahme, Alter über 18 Jahre und ausreichende Mächtigkeit der deutschen Sprache. Alle Patienten erhalten eine ambulante tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Therapie als Intervention nach den Richtlinien der DFT. Die Datenerhebungen werden zu fünf verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, d.h. die Patienten füllen die eingesetzten Fragebögen insgesamt maximal fünfmal vollständig aus. Die erste Untersuchung findet zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (T0) statt. Ebenfalls zu T0 werden grundsätzliche soziodemographische Daten erfasst. In den wenigsten Fällen beginnt sofort nach dem Erstgespräch bereits die Therapie, sodass der tatsächliche Therapiebeginn den

zweiten Erhebungszeitpunkt (T1) darstellt. Nach 25 (T2) Therapiestunden erfolgt die erste Therapieevaluation, bei Langzeittherapien werden nach 50 (T3) und nach 80 (T4) Therapiestunden weitere Erhebungen durchgeführt. Daten für eine Wartelistenkontrollgruppe werden aus dem Vergleich der Zeitpunkte T0 und T1 gewonnen.

Als Messinstrumente werden die Fragebögen HEALTH, VDS90, VDS30, DES II und IES zu den verschiedenen Messzeitpunkten verwendet. Als Selbstbeurteilungsinstrument psychosozialer Gesundheit wurde der von Rabung et al. (2007) vorgelegte Fragebogen HEALTH (Hamburger Module zur Erfassung psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis) eingesetzt. Der Fragebogen deckt die Bereiche psychische und somatoforme Beschwerden, interaktionelle Beeinträchtigungen, psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit, Lebensqualität, Aktivität und Teilhabe sowie soziale Unterstützung und soziale Belastung ab. Er dient in diesem Sinne nicht als diagnostisches Instrument, sondern vielmehr der angemessenen Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in Diagnostik und Therapieplanung sowie in Evaluation und Qualitätssicherung.

Die VDS90-Symptomliste ist ein Selbstbeurteilungsinstrument für die ambulante Therapiepraxis, das von Sulz und Grethe (2005) vorgestellt wurde. Sie erfasst einerseits das gegenwärtige Beschwerdebild des Patienten, andererseits sind die Symptomkomplexe so gegliedert, dass sie aufgrund ihrer Nähe zu den diagnostischen ICD-Kriterien zügig zu einer Syndromdiagnostik führen kann. Die VDS90 eignet sich insbesondere zur Kontrolle und Evaluation im Verlauf einer Psychotherapie. Sie deckt 26 Syndrombereiche ab, der Gesamtwert kann als globales Maß für den Grad gestörten Empfindens verstanden werden.

Ebenfalls für die ambulante Psychotherapiepraxis wurden die VDS30-Persönlichkeitsskalen konstruiert (Sulz et al. 1998; Sulz, Theßen 1999; Sulz, Sauer 2003). Sie orientieren sich an den DSM- bzw. ICD-Kriterien für Persönlichkeitsstörungen und erfassen insbesondere die dysfunktionalen bzw. klinischen Aspekte der Persönlichkeit.

Da die Fragebögen DES II und IES spezifisch traumaassoziierte Symptome erheben und somit

nur in bestimmten Diagnosegruppen sinnvoll eine Symptomveränderung belegen können, werden sie zum jetzigen Zeitpunkt nicht näher berücksichtigt.

Das Studiendesign entspricht damit einem multivariaten gemischten zweifaktoriellen Versuchsplan mit den beiden Faktoren Gruppe (Kontrollgruppe versus Experimentalgruppe) und Messzeitpunkt (T0 bis T4). Als abhängige Variablen zu Beurteilung des Therapie-Outcomes werden die Fragebögen VDS90, VDS30 und HEALTH herangezogen. Die grundsätzliche Hypothese besteht darin, dass sich die Symptomatik ambulanter Patienten unter tiefenpsychologisch fundierter oder psychoanalytischer Psychotherapie im Verlauf der Therapie verbessert. Dies ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt die einzige Hypothese, über die dieser erste Zwischenbericht der laufenden Studie Auskunft geben kann, da die Datenbasis für die Prüfung weiterer Hypothesen noch zu gering ist. Zu späteren Berichtszeitpunkten werden Ergebnisse zu detaillierteren Hypothesen veröffentlicht werden.

Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurde die Software SPSS[®] für Microsoft Windows[®] in der Version 14.0 eingesetzt. Die erhobenen Daten wurden im Hinblick auf die Stichprobenbeschreibung deskriptiv (Häufigkeiten, Mittelwerte M und Standardabweichungen SD) ausgewertet. Eine Wartelistenkontrollgruppe ließ sich auf Basis der bisher vorliegenden Daten noch nicht zusammenstellen, sodass Auswertungen bisher ausschließlich für behandelte Patienten vorliegen. Inferenzstatistische Auswertungen erfolgten für die drei Fragebögen HEALTH, VDS30 und VDS90 zu den Zeitpunkten T1 und T2. Für die weiteren Zeitpunkte stehen die Daten noch aus. Da eine detaillierte Analyse der Subskalen jedes Fragebogens zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund der noch geringen Stichprobengröße und der damit verbundenen geringen statistischen Power wenig zweckmäßig erschien, gingen aus jedem Fragebogen nur aggregierte Gesamtwerte in die

Analysen ein. Für den HEALTH handelte es sich dabei um den Wert „Psychische und somatoforme Beschwerden“, für den VDS30 um den Wert „Neurotizismus“ und für den VDS90 um den Gesamtwert. Diese Gesamtwerte wurden zunächst einer multivariaten Varianzanalyse mit dem Messwiederholungsfaktor Messzeitpunkt (Stufen T1 und T2) unterzogen. Anschließend wurde post-hoc für jeden Fragebogen ein t-Test für abhängige Stichproben für die Zeitpunkte T1 und T2 durchgeführt. Das alpha-Niveau wurde entsprechend Bonferroni-korrigiert und auf 1,67% gesenkt. Effektstärken wurden anhand von Mittelwertsdifferenzen und der Standardabweichung zu T1 berechnet.

Ergebnisse

Für die erste Auswertung lagen 24 vollständige Datensätze für die Erhebungszeitpunkte T1 und T2 vor. Die Teilnehmer waren im Mittel $38,7 \pm 11,5$ Jahre alt (range 18 bis 60 Jahre). 29,2% (n = 7) der Teilnehmer waren männlich, 70,8% (n =

17) weiblich. 4,2% (n = 1) der Teilnehmer waren polnischer, 87,4% (n = 21) deutscher Nationalität und 8,4% (n = 2) machten diesbezüglich keine Angaben. Hinsichtlich des Familienstandes waren 29,2% (n = 7) ledig mit Partner, 16,7% (n = 4) verheiratet, 16,7% ledig ohne Partner (n = 4), 12,5% (n = 3) geschieden, 8,3% (n = 2) getrennt lebend, 4,2% (n = 1) verwitwet. 12,5% der Teilnehmer (n = 3) machten keine Angaben. 37,5% (n = 9) der Teilnehmer hatten das Abitur, 33,3% (n = 8) einen Volks- oder Hauptschulabschluss und 20,8% (n = 5) einen Realschulabschluss. Von 8,3% (n = 2) der Teilnehmer fehlte diese Angabe.

Hinsichtlich der Erstdiagnosen wiesen 41,7% (n = 10) der Teilnehmer eine depressive Episode (F32.x und F33.x) auf. Unter Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.x) litten 33,3% (n = 8) der Teilnehmer, jeweils 8,3% (n = 2) unter anderen Angststörungen (F41.x) bzw. unter somatoformen Störungen (F45.x). Für je 4,2% der Teilnehmer (n = 1) wurde eine Dysthymie (F43.1) bzw. eine Alkoholabhängigkeit (F10.2) festgestellt. Nur 20,8% der Teilnehmer (n = 5) wiesen eine Zweitdiagnose hinsichtlich Achse I auf, bei kei-

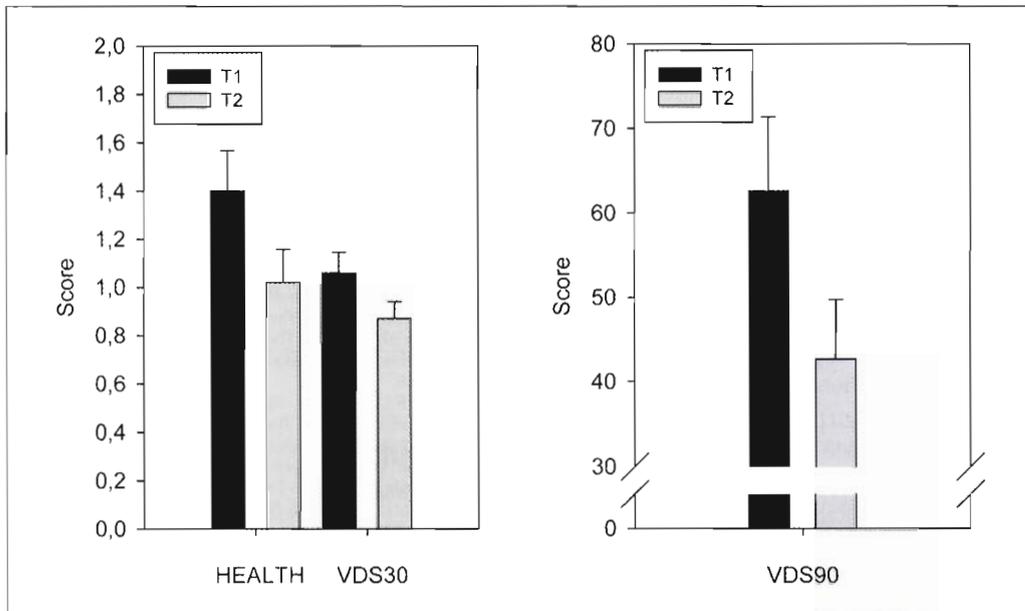


Abb. 1 Prä-Post-Vergleiche für die Fragebögen HEALTH, VDS30 und VDS90 zu den Zeitpunkten T1 (Therapiebeginn) und T2 (nach 25 Therapiestunden).

nem der 24 Teilnehmer wurde klinisch eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert.

Die multivariate einfaktorielles Varianzanalyse der drei Fragebogensummenwerte ergab einen signifikanten Effekt für den Messwiederholungsfaktor Messzeitpunkt ($F(3,21) = 6,68, p < 0,01$, Wilks' $\lambda = 0,512$). Die nachfolgenden Bonferoni-korrigierten t-Tests für abhängige Stichproben ergaben signifikante Unterschiede für jeden der drei Fragebögen. Die psychischen und somatoformen Beschwerden (HEALTH) fielen ($p < 0,0167$) von $M_{T1} = 1,40$ ($SD = 0,82$) auf $M_{T2} = 1,02$ ($SD = 0,67$). Die Effektstärke belief sich somit auf $\epsilon = 0,46$. Der Gesamtwert Neurotizismus (VDS30) fiel ($p < 0,0167$) von $M_{T1} = 1,06$ ($SD = 0,42$) auf $M_{T2} = 0,87$ ($SD = 0,35$). Dies entsprach einer Effektstärke von $\epsilon = 0,45$. Ebenso fiel der Gesamtwert der VDS90 ($p < 0,0167$) von $M_{T1} = 62,63$ ($SD = 42,80$) auf $M_{T2} = 42,67$ ($SD = 34,58$). Die entsprechende Effektstärke lag bei $\epsilon = 0,46$ (Abb. 1).

Diskussion

Bereits in der ersten Zwischenauswertung konnte in unserer Studie in der noch kleinen Stichprobe nach der 25. Therapiestunde anhand der drei aggregierten Skalenwerte, welche die Schwere der Störung im Bereich der Symptomatik wie auch auf der Ebene der Persönlichkeit widerspiegeln, eine signifikante Besserung mit einer mittleren Effektstärke aufgezeigt werden. Dies ist ein ermutigendes Ergebnis, da die bei kleinem N noch geringe Power und größere Standardabweichung dazu führen, dass Effekte statistisch eher unterschätzt werden. Die gefundenen Effektstärken lagen dementsprechend auch etwas niedriger als in früheren Studien zu psychodynamischer Psychotherapie, die Effekte um 1,0 aufzeigten, welche bei längerer Therapiedauer oft noch anstiegen (Leichsenring u. Rabung 2008, Jakobsen et al. 2007, Leichsenring u. Leibing 2003, Leichsenring 2002). Kritisch ist anzumerken, dass noch keine ausreichend große Kontrollgruppe mit untersucht werden konnte, weshalb sich die Wirksamkeit der Therapie empirisch noch nicht sicher

von spontanen Verbesserungen oder statistischen Artefakten abgrenzen lässt.

Inzwischen wurden zu T1 bereits über 300 Patienten eingeschlossen, sodass innerhalb des nächsten Jahres mit einer weiteren Zwischenauswertung in einer Stichprobengröße zu rechnen ist, die auch die Beantwortung differenzierterer Fragestellungen und die Unterscheidung nach Diagnosegruppen erlaubt. Darüber hinaus ist die Studie auch aufgrund ihrer guten Anpassung an den klinischen Alltag auf großes Interesse bei weiteren Ausbildungsinstituten und -praxen gestoßen, weshalb nun eine Ausweitung im Sinne einer Multicenterstudie (mit Unterstützung der DFT) in Planung ist. Institute oder Praxen, die sich für eine Teilnahme interessieren, werden gebeten, sich an das DFT-Institutesekretariat (institutesekretariat@dft-online.de) zu wenden.

Es ist erfreulich festzustellen, dass sich die Datenlage für die empirische Überprüfung der Ergebnisse psychodynamischer Psychotherapie stark verbessert hat. Dennoch ist die Offenheit und das Engagement für eine kontinuierliche weitere Forschung gerade in diesem Bereich notwendig. Die vorliegende Studie kann durch eine praxisnahe Erfassung sehr vieler ambulanter Therapieverläufe hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur

- Abbass A, Hancock JT, Henderson J, Kisely S (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 18, CD004687.
- Bond M (2006). Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 19, 40–43.
- Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2006). Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. *Psychotherapeut* 51, 15–25.
- Crisis-Christoph P (1992). The efficacy of brief psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 149, 151–158.
- Derogatis LR (1992). SCL-90-R – administration, scoring and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Grande T, Dilg R, Jakobsen TH, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 16, 470–485.
- Hartmann S, Zepf S (2002). Effektivität von Psychotherapie. Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. *Forum Psychoanal* 18, 176–196.
- Huber D, Klug G (2005). Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoana-

- lytic psychotherapy – a prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychother Psych Med* 55, 101.
- Jakobsen T, Rudolf G, Brockmann J, Eckert J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H, Leichsenring F (2007). Ergebnisse analytischer Langzeittherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserung in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 87–110.
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C, Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 38, 689–703.
- Leichsenring F (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 21, 401–419.
- Leichsenring F (2002). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. Ein Überblick unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-based Medicine. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 139–162.
- Leichsenring F (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 86, 841–868.
- Leichsenring F, Kreische R, Biskup J, Staats H, Rudolf G, Jakobsen T (2008). Die Göttinger Psychotherapiestudie. Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum der Psychoanalyse* 24, 193–204.
- Leichsenring F, Leibing E (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 160, 1223–1232.
- Leichsenring F, Rabung S (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 300, 1551–1565.
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61, 1208–1216.
- Lewis AJ, Dennerstein M, Gibbs PM (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Aus N Z J Psychiatry* 42, 445–455.
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel ME (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese-studie. *Psyche* 55: 193–276
- Maina G, Forner F, Bogetto F (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychother Psychosom* 74, 43–50.
- Rabung S, Harfst T, Koch U, Wittchen H-U, Schulz H (2007). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 17, 133–140.
- Salminen JK, Karlsson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J, Rasi-Hakala H, Tikka T (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom* 77, 351–357.
- Sulz SKD, Gräff U, Jakob C (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen. *Psychotherapie* 3, 46–56.
- Sulz SKD, Grethe C (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement? *Psychotherapie* 10, 38–48.
- Sulz SKD, Sauer S (2003). Diagnose und Differentialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen durch ein standardisiertes Interview. *Psychotherapie* 8, 45–59.
- Sulz SKD, Theßen L (1999). Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie* 4, 31–44.
- Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 161, 810–817.
- Westen D, Morrison K (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 875–899.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. Franziska Geiser
 Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25
 53105 Bonn
 Tel. 0228 – 2871 6299
 Fax 0228 – 2871 5382
 E-Mail: franziska.geiser@ukb.uni-bonn.de