

# Evidenz der Psychodynamischen Psychotherapie

Prof. Dr. Cord Benecke

Institut für Psychologie, Universität Kassel

# Psychodynamische Psychotherapie bzw. Psychoanalytisch begründete Therapien

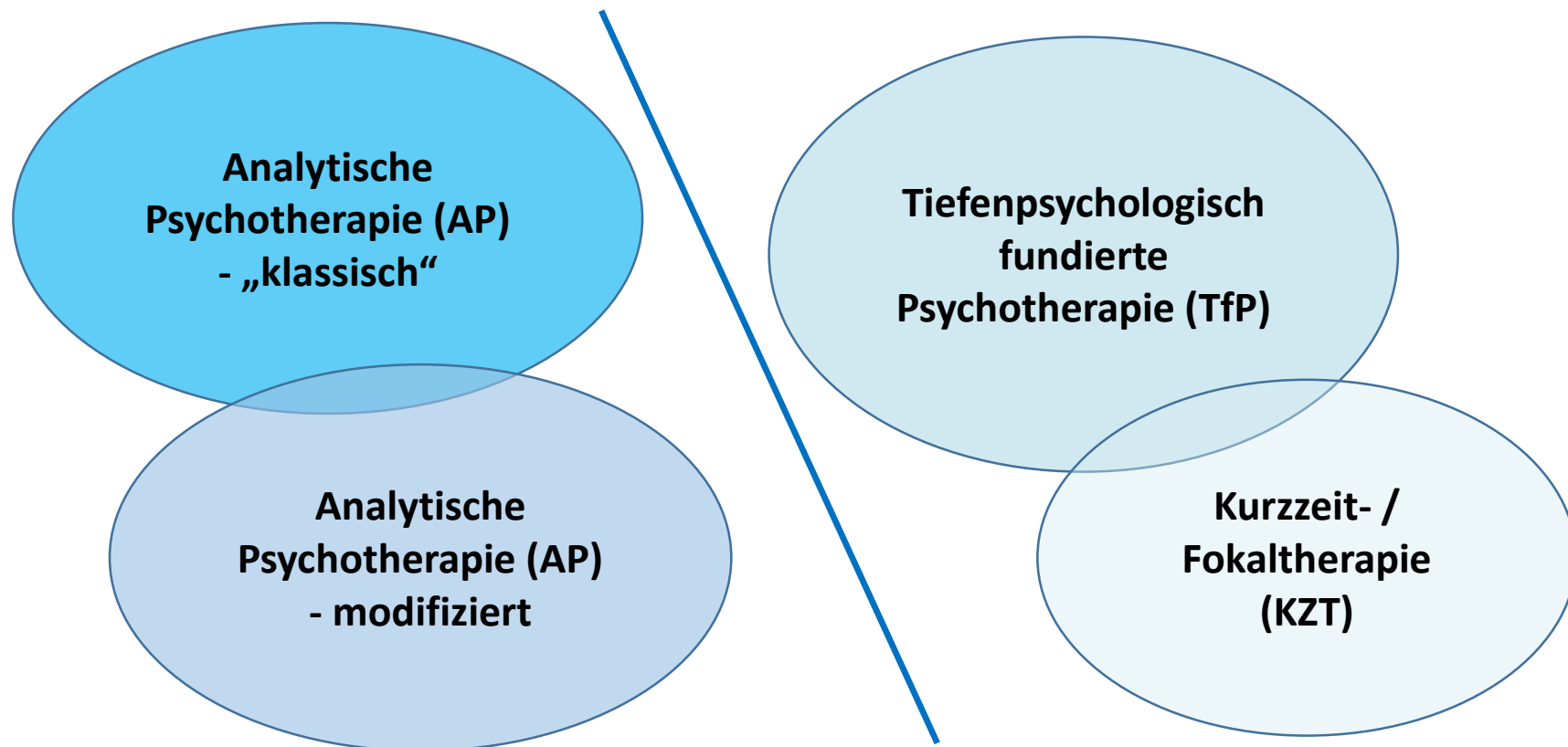
in den PT-Richtlinien;

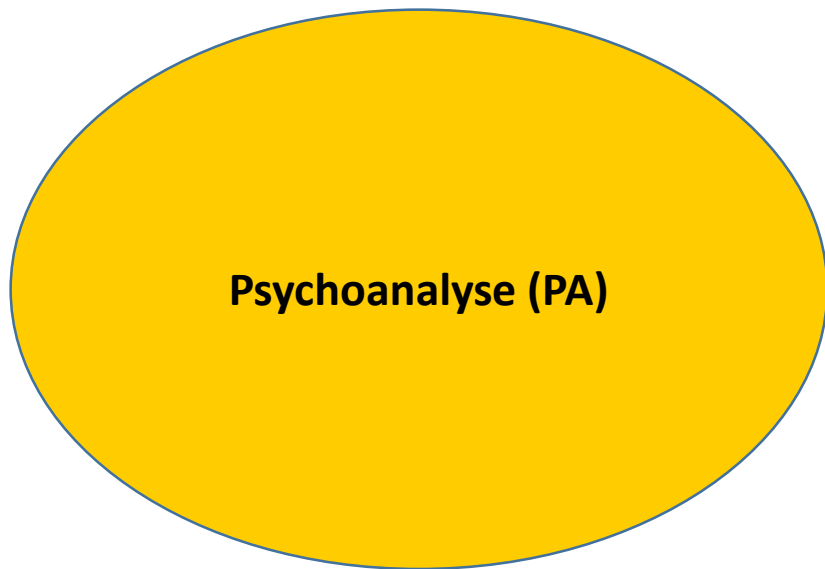
differenziert entlang Settings

- Die **Analytische Psychotherapie** im **Couchsetting (APC)** ist eine Langzeittherapie mit in der Regel 160-300 Stunden. Diese finden 2-3 Mal, manchmal auch 4 Mal pro Woche, im liegenden Setting statt.
- Die **Analytische Psychotherapie** im **face-to-face-Setting (APF)** ist eine Langzeittherapie mit ca. 160-300 Stunden. Diese finden eher 2 Mal pro Woche im Gegenübersitzen statt.
- Die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TfP)** hat 25-100 Stunden. Sie findet 1-2 Mal in der Woche im sitzenden Setting statt.
- Die **psychodynamische Kurzzeittherapie (KZT)** beschreibt eine Therapieform mit bis zu 24 Stunden, welche 1 bis höchstens 2 Mal pro Woche im Gegenübersitzen stattfindet.

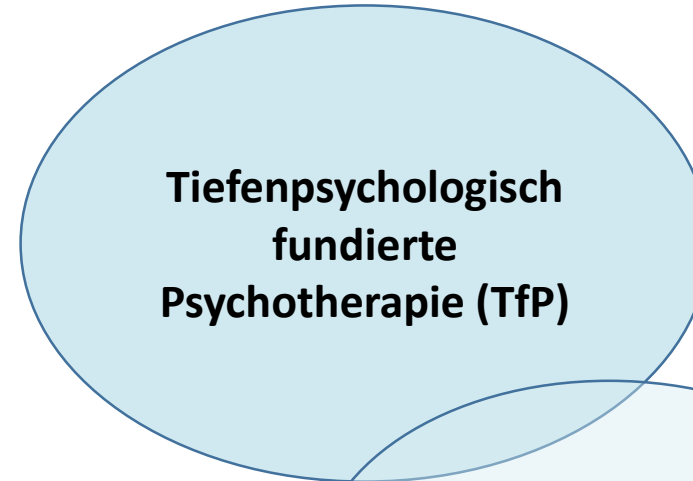
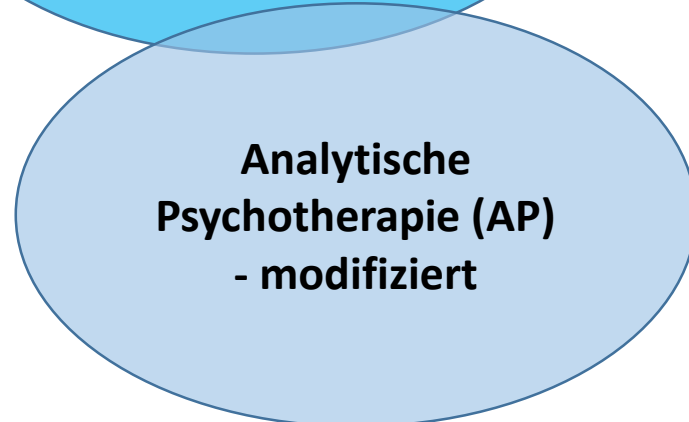
Formen sind nach Setting und Technik unterschieden, nicht nach unterschiedlichen Störungstheorien.

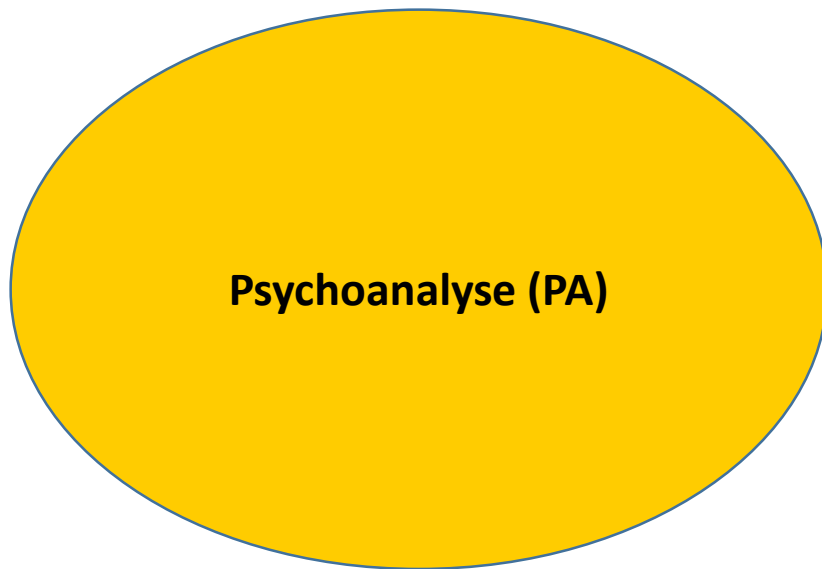
Alle beziehen sich auf unbewusste Konflikte, Abwehr, Struktur etc.



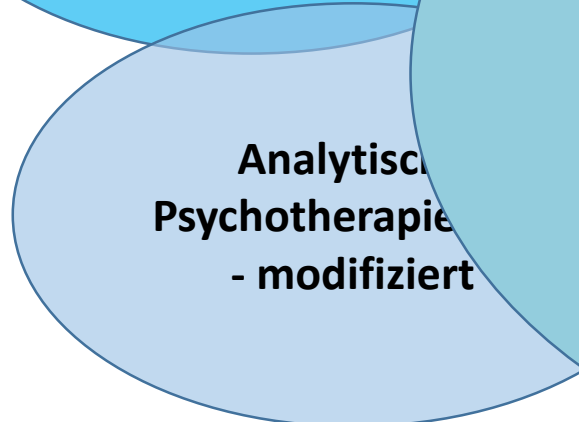


Die **AP** scheint „in der Öffentlichkeit sowie in offiziellen Deklarationen nunmehr **an die Stelle der ‚klassischen‘ Psychoanalyse** zu rücken“ (Mertens 2020, S. 75)





Die **AP** scheint „in der Öffentlichkeit sowie in offiziellen Deklarationen nunmehr **an die Stelle der ‚klassischen‘ Psychoanalyse** zu rücken“ (Mertens 2020, S. 75)

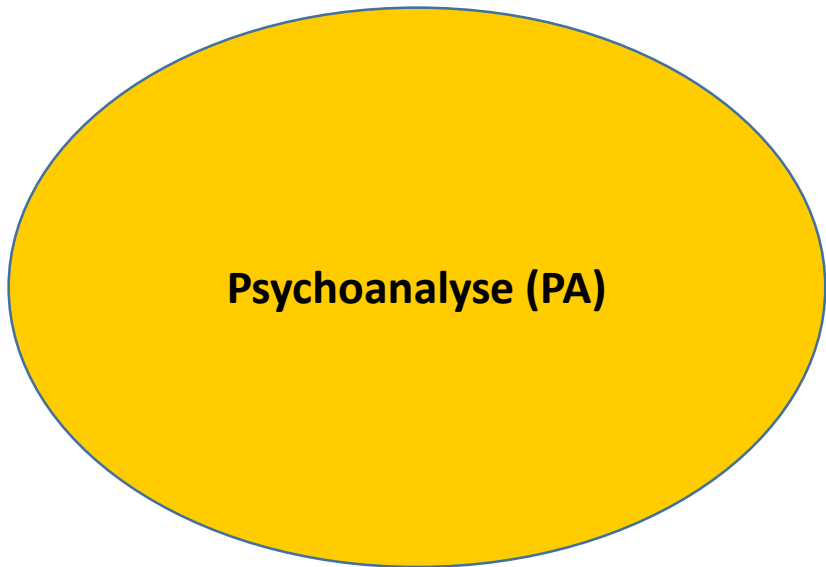


**Psychoanalyse (PA)**



**Psychodynamische Psychotherapie**

long-term ----- short-term



### Ausführlicher in:

Benecke, C. (2022): "Tiefenpsychologisch", "psychodynamisch", "analytisch", "psychoanalytisch" - welche Unterscheidungen ergeben heute eigentlich noch Sinn? In: Schäfer, G., Martin, R., Moeslein-Teising, I. (Hg.): Zeitdiagnosen!?, S. 417–431. Gießen: Psychosozial Verlag.



## Psychodynamische Psychotherapie

long-term ----- short-term

## Zwei zentrale Fragen in der Psychotherapieforschung

„Nach wie vor gibt es letztlich zwei zentrale Fragen, die im Vordergrund der Forschung stehen, nämlich die **Frage nach der Effektivität** von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren sowie die **Frage nach den Wirkprinzipien** von Psychotherapie.“

(Strauß 2008, 341)



## „Junktin zwischen Heilen und Forschen“

"In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktin zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben. ... Nur wenn wir analytische Seelsorge betreiben, vertiefen wir unsere eben aufdämmernde Einsicht in das menschliche Seelenleben.

Diese Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit."

(Freud 1927)

# Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychoanalyse

Cord Benecke

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**Zusammenfassung** Es soll ein Blick auf unter Psychoanalytikern verbreitete Vorbehalte gegen empirische Forschung, insbesondere gegen *empirische Wirksamkeitsforschung*, geworfen werden. Diese forschungskritische Haltung bekommt seit Kurzem scheinbar einen theoretischen Rückhalt durch das Konzept der „Wissenskulturen“. Die aus der *psychoanalytischen Wissenskultur* abgeleiteten Schlussfolgerungen in Bezug auf eine grundsätzliche Nichtpassung zwischen empirischer Wirksamkeitsforschung und Psychoanalyse ist nach Ansicht des Autors nicht haltbar, da unterschiedliche Forschungsfragen unterschiedliche Forschungsmethoden erfordern. Das Freud'sche Junktum hat nach wie vor seine Gültigkeit, ist aber nicht geeignet, wenn es um die Frage der Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen geht. Mit der Zuordnung von unterschiedlichen Forschungsstrategien zu unterschiedlichen Fragestellungen wird die Hoffnung verbunden, etliche scheinbar grundlegende Widersprüche zwischen empirischer Forschung und Psychoanalyse auflösen zu können.

# Aussagen von PsychoanalytikerInnen zu empirischer Wirksamkeitsforschung

- „Das Unbewußte ist doch nicht meßbar!“ (AA)
- „Jeder Patient ist einzigartig – das kann man nicht in Skalen pressen.“ (AA)
- „Die wirklichen Veränderungen finden im Unbewußten statt. Die sind nur in der analytischen Situation erlebbar.“ (AA)
- „Der analytische Prozess ist eine Begegnung im Unbewußten – das kann man empirisch weder erfassen noch über einen Kamm scheren.“ (AA)
- Der psychoanalytische Prozess wird durch die Beforschung „zerstört“. (AA)
- „Bei manchen Patienten ändert sich auf der Symptomebene ja nicht viel, aber die profitieren trotzdem von der Analyse.“ (AA)
- „Symptomveränderungen sind doch uninteressant.“ (AA)
- „Was machen Sie denn, wenn sich herausstellt, dass Kurztherapien genauso gut wirken, wie lange Psychoanalysen?“ (AA)

## Freud zu vergleichender Wirksamkeitsforschung:

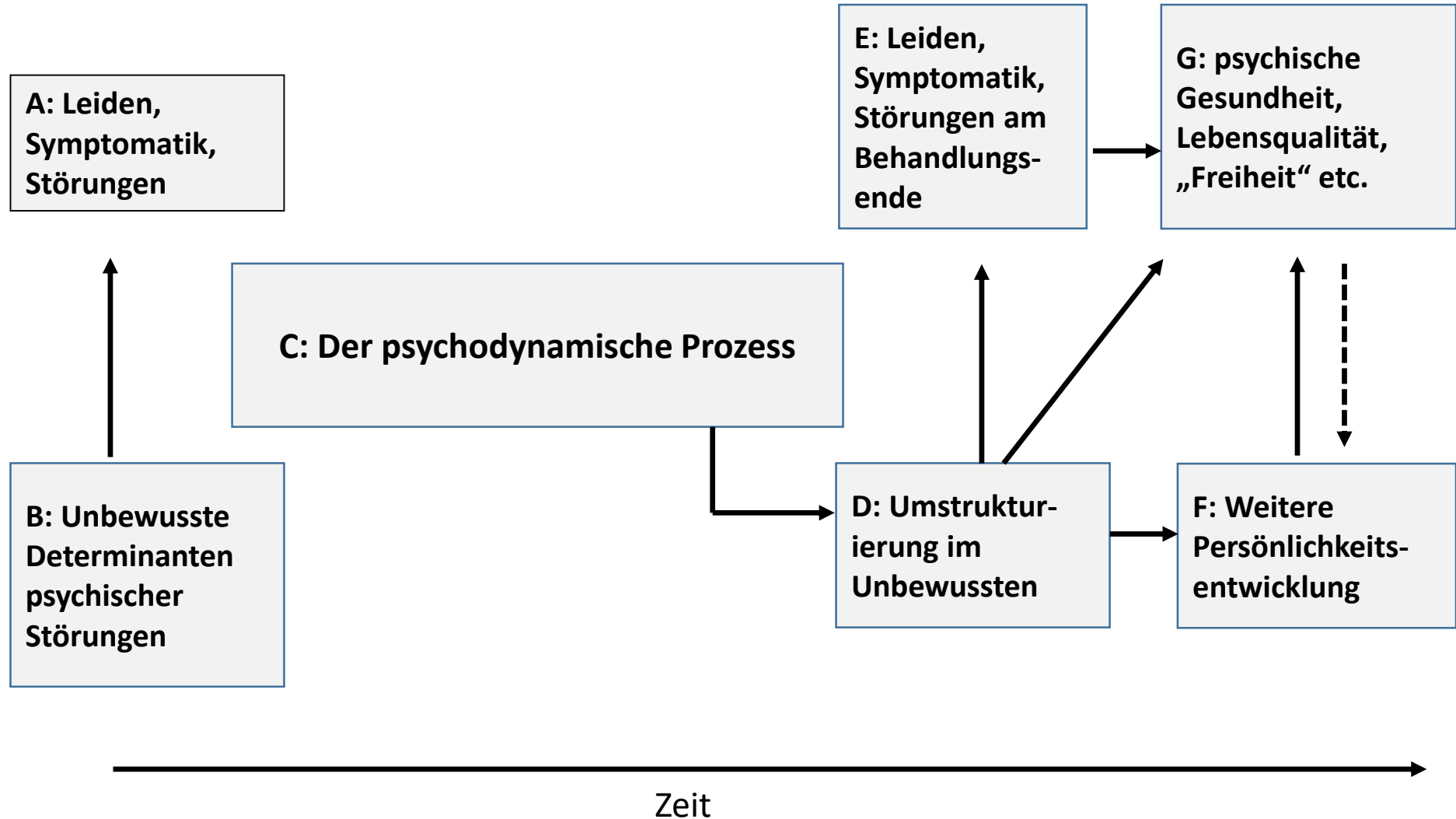
Wenn es darum geht, „wieviel sie leistet ... so haben wir die psychoanalytische Therapie mit den anderen Methoden der Psychotherapie zusammenzustellen“.

Denn: „Die Psychoanalyse ist wirklich eine Therapie wie andere auch“ (Freud 1933).

# Störung

# Prozess

# Ergebnis



Wirksamkeit

Psychodynamischer Psychotherapien

# Frühe Vorher-Nachher-Studien

- Fenichel (1930)
- Jones (1936)
- Alexander (1937)
- Knight (1941)

→ Besserungsrate: 83 %  
(„geheilt“, „sehr gebessert“, „gebessert“, „leicht gebessert“)

# Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930\*

Von  
**Otto Fenichel**

Die therapeutische Tätigkeit unseres Institutes kann nicht auf überwältigende absolute Zahlen hinweisen. Ihm standen und stehen nicht die Mittel und Möglichkeiten von Universitätskliniken zur Verfügung. Von Anfang an war der Andrang hilfesuchender unbemittelter Patienten weit größer als die im Rahmen des Institutes mögliche Analysenzahl. Zwar wuchs diese Zahl ständig und hat gerade gegenwärtig mit 117 gleichzeitig laufenden Analysen ihren bisherigen Höhepunkt erreicht, aber die Zahl der Analysebedürftigen ist eben doch noch ein Vielfaches davon. Die Folge ist die vergleichsweise geringe Anzahl der überhaupt in diesen zehn Jahren Behandelten; um so stolzer können wir auf die hohen relativen Erfolgswahlen hinweisen.

TABELLE VIII  
zwischen Diagnose, Behandlungsdauer und Ergebnis

(ohne die am 1. Januar 1930 noch in Behandlung befindlichen Fälle)

| Diagnose                      | Zahl aller Behandlungen | Behandlungsdauer |           |            |           |           |           |           |          |          |          | Ergebnis  |           |                  |            |             |            |            |          |    |
|-------------------------------|-------------------------|------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|------------------|------------|-------------|------------|------------|----------|----|
|                               |                         | bis              |           |            |           |           |           |           |          |          |          | ungeheilt | gebessert | wesentl. gebess. | geheilt    | abgebrochen |            |            |          |    |
|                               |                         | 6                | 12        | 18         | 24        | 30        | 36        | 42        | 48       | 54       | 60       |           |           |                  |            |             | Monate     |            |          |    |
| Angsthysterie                 | 57                      | 25               | 11        | 4          | 7         | 5         | 3         | 2         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | 2           | 10         | 6          | 14       | 25 |
| Asthma bronchiale             | 2                       | 1                | —         | 1          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | 1          | —          | —        | 1  |
| Charakterstörungen            | 37                      | 7                | 7         | 6          | 11        | 4         | 1         | —         | 1        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | 4           | 12         | 8          | 6        | 7  |
| Neurotische Depression        | 37                      | 13               | 4         | 8          | 2         | 5         | 1         | —         | 1        | 1        | 2        | —         | —         | —                | 2          | 10          | 5          | 7          | 13       |    |
| Enuresis                      | 5                       | 3                | —         | 2          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | 2          | 3        |    |
| Epilepsie                     | 6                       | 5                | —         | 1          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
| Homosexualität                | 8                       | 4                | —         | 4          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | —           | —          | —          | —        |    |
| Hypochondrie                  | 4                       | 4                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | 2           | —          | 1          | 4        |    |
| Hysterie                      | 4                       | 4                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
| Infantilismus                 | 105                     | 31               | 19        | 22         | 18        | 7         | 2         | 3         | 1        | 1        | —        | 1         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | 4        |    |
| Innersekretorische Erkrankung | 12                      | 5                | —         | 3          | 1         | —         | 1         | —         | 2        | —        | —        | —         | —         | —                | 6          | 22          | 21         | 25         | 31       |    |
| Manisch-Depressive Störungen  | 3                       | 3                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | 5           | —          | 1          | 5        |    |
| Neurasthenie und Angstneurose | 14                      | 5                | 1         | 3          | 1         | 2         | 1         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | 3        |    |
| Neurotische Hemmungen         | 10                      | 7                | —         | 1          | 2         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 2          | 4           | 2          | 1          | 5        |    |
| Organische Nervenerkrankung   | 80                      | 24               | 6         | 17         | 16        | 7         | 5         | 3         | 1        | —        | —        | 1         | —         | —                | 5          | 15          | 15         | 11         | 24       |    |
| Organneurose                  | 3                       | 3                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
| Paranoia                      | 3                       | 1                | 1         | —          | —         | 1         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | 1          | 1          | 1        |    |
| Perversion                    | 2                       | 1                | —         | 1          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
| Psychopathie                  | 8                       | 3                | 1         | 3          | —         | —         | 1         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | 1           | —          | —          | 1        |    |
| Schizophrenie und Schizoid    | 23                      | 18               | —         | 3          | —         | —         | 1         | 1         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | 1           | 1          | 2          | 3        |    |
| Stottern                      | 45                      | 26               | 4         | 7          | 4         | 2         | 1         | 1         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 4          | —           | —          | 1          | 18       |    |
| Süchtigkeit                   | 13                      | 3                | 2         | 3          | —         | 3         | 2         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 8          | 8           | 2          | 1          | 26       |    |
| Traumatische Neurose          | 5                       | 3                | 1         | —          | 1         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 3          | 3           | 1          | 3          | 3        |    |
| Tic                           | 3                       | —                | 2         | 1          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | —           | —          | 1          | 3        |    |
| Zwangneurose                  | 4                       | 2                | —         | 1          | 1         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | 1          | 1           | —          | —          | —        |    |
| Ohne Befund                   | 106                     | 35               | 11        | 17         | 11        | 15        | 10        | 4         | 1        | —        | 1        | 1         | —         | —                | 6          | 18          | 26         | 21         | 35       |    |
| Ohne präzise Diagnose         | 2                       | 2                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
|                               | 7                       | 7                | —         | —          | —         | —         | —         | —         | —        | —        | —        | —         | —         | —                | —          | —           | —          | —          | —        |    |
| <b>Gesamt</b>                 | <b>604</b>              | <b>241</b>       | <b>70</b> | <b>108</b> | <b>74</b> | <b>51</b> | <b>29</b> | <b>15</b> | <b>7</b> | <b>3</b> | <b>3</b> | <b>3</b>  | <b>3</b>  | <b>47</b>        | <b>116</b> | <b>89</b>   | <b>111</b> | <b>241</b> | <b>7</b> |    |

**Zehn Jahre**  
**Berliner Psychoanalytisches Institut**

Mit einem Vorwort  
von Sigm. Freud

und  
einem Vorwort zur Neuauflage  
von Anna Freud



## Dührssen (1972, S. 414)

| Gruppe   | Anzahl der Patienten | Mittelwerte der Krankenhausaufenthalte | Streuung |
|--|----------------------|--|----------|
| Neurotiker im Jahrfünft vor der Psa (Ia)                   | 125                  | <b>26,09</b>                           | 26,87    |
| Neurotiker im Jahrfünft nach der Psa (Ib)                  | 125                  | <b>5,9</b>                             | 14,16    |
| Neurotiker vor der Anamnese im Jahrfünft vor 1958 (IIa)    | 100                  | 25,55                                  | 30, 40   |
| Neurotiker auf der Warteliste im Jahrfünft nach 1958 (IIb) | 100                  | 23,91                                  | 28,65    |
| AOK-Versicherte im Jahrfünft vor 1958 (IIIa)               | 100                  | <b>10, 04</b>                          | 18, 20   |
| AOK-Versicherte im Jahrfünft nach 1958 (IIIb)              | 100                  | <b>11,7</b>                            | 19, 45   |

Signifikanzen: Ia / IIa: keine; Ia / IIIa:  $p < 1\%$ ; Ia / Ib:  $p < 1\%$ ; Ib / IIb:  $p < 1\%$ ; IIb / IIIb:  $p < 1\%$ ; Ib / IIIb: keine

# Wirksamkeit Psychodynamischer Psychotherapien (insgesamt)

- Fehlende Tradition empirischer Wirksamkeitsforschung (i.e.S.)
- Vernachlässigung der Veränderung von störungsspezifischer Symptomatik (aufgrund der Fokussierung auf zugrundeliegende psychische Dimensionen wie unbewusste Konflikte, Struktur)
- Lange Zeit kaum störungsspezifische Untersuchungen
- Bis vor einigen Jahren kaum manualisierte RCTs

Aber:

- Qualität der vorliegenden Studien in den letzten Jahren stark angestiegen und insgesamt nicht schlechter als die Qualität von Studien zur CBT (Gerber et al. 2011, Thoma et al. 2011).

# Wirksamkeit psychodynamischer Kurz-Psychotherapien

- Zahlreiche RCTs (efficacy-Studien)
  - für fast alle Störungsbilder (besonders Depression und Persönlichkeitsstörungen incl. BPD);
  - Trend zu größeren ES bei Nachuntersuchungen;
  - einige Metaanalysen zu umschriebenen Störungen (Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen)
- **Evidenzgrad: I wirksam** (für etliche Störungsgruppen)



The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression:  
A meta-analysis update



Ellen Driessen <sup>a,b,\*</sup>, Lisa  
Henricus L. Van <sup>e</sup>, Elise F

Besonderheit:

„These gains are either maintained or further improved at follow-up“



## Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes

Christiane Steinert, Ph.D., Thomas Munder, Ph.D., Sven Rabung, Ph.D., Jürgen Hoyer, Ph.D., Falk Leichsenring, D.Sc.

Wirksamkeit

Psychodynamischer „Langzeittherapien“?

# Psychodynamische „Langzeittherapien“

Metaanalyse von

Leichsenring & Rabung (2011)

BJPsych

The British Journal of Psychiatry (2011)  
199, 15–22. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082776

Review article

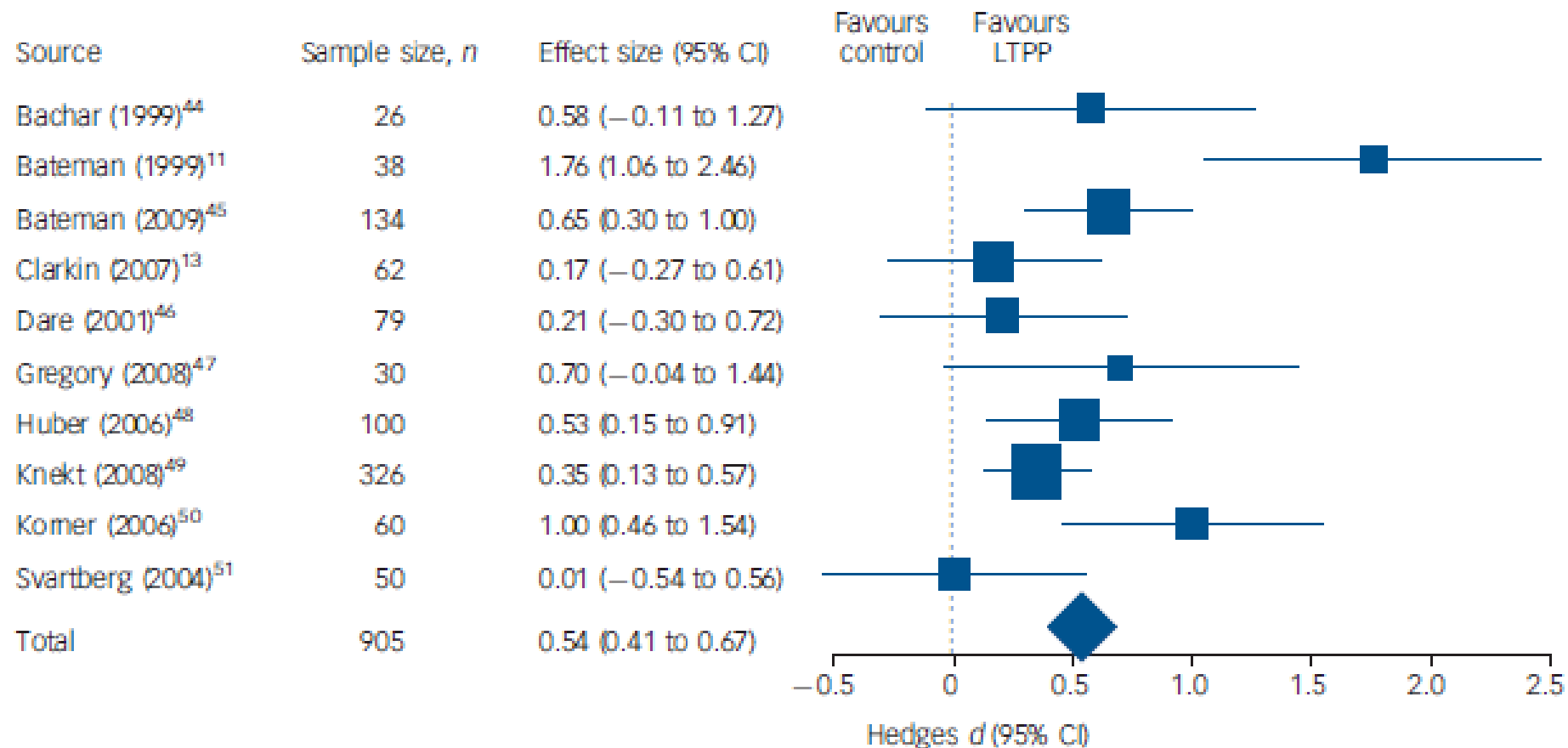
Long-term psychodynamic psychotherapy  
in complex mental disorders:  
update of a meta-analysis

Falk Leichsenring and Sven Rabung

Definition von „Langzeittherapie“:

- länger als 1 Jahr ( $\emptyset$  = 1,5 Jahre) und/oder
- mehr als 50 Sitzungen ( $\emptyset$  = 121 Sitzungen)
  
- „komplexe Störungen“ (Persönlichkeitsstörungen, schwere Depression/Angststörungen)
- Nur RCT-Vergleiche mit aktiven therapeutischen Kontrollbedingungen ( $\emptyset$  = 1,2 Jahre,  $\emptyset$  = 45 Sitzungen)
- Outcome-Maße: Zielsymptome, allgemeine psychische Symptome, Persönlichkeitsfunktionen und soziales Funktionieren

# Metaanalyse (RCTs): Effektstärken Psychodynamischer Langzeittherapie im Vergleich zu anderen Psychotherapien



Zwischengruppeneffekte

**Metaanalyse** von Leichsenring & Rabung (2011):  
 Longterm-Psychodynamic Psychotherapy (LTPP) im  
 Vergleich mit anderen kürzeren Behandlungen.

**Table 2** Spearman correlations of outcome (pre-post treatment effect sizes) with duration of therapy and number of treatment sessions

|                                 | Overall outcome | Target problems | Psychiatric symptoms | Personality functioning | Social functioning |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-------------------------|--------------------|
| <b>All treatment conditions</b> |                 |                 |                      |                         |                    |
| Duration                        | 0.36*           | 0.24            | 0.39*                | 0.19                    | 0.50*              |
| Sessions                        | 0.54**          | 0.33            | 0.37*                | 0.48*                   | 0.63**             |
| <b>LTPP only</b>                |                 |                 |                      |                         |                    |
| Duration                        | 0.59*           | 0.28            | 0.83**               | 0.18                    | 0.57*              |
| Sessions                        | 0.68*           | 0.28            | 0.67*                | 0.31                    | 0.79**             |
| <b>Control conditions only</b>  |                 |                 |                      |                         |                    |
| Duration                        | -0.10           | -0.23           | -0.19                | 0.30                    | 0.37               |
| Sessions                        | 0.02            | -0.05           | -0.19                | - <sup>a</sup>          | 0.20               |

LTPP, long-term psychodynamic psychotherapy.  
 a. Insufficient data to calculate correlations.  
 \*P < 0.05, \*\*P < 0.01 (one-tailed).

- Dauer und Stundenanzahl hängen positiv mit Therapieergebnis zusammen.



Diese Metaanalyse von Leichsenring & Rabung (2011), welche im sehr renommierten *Journal of the American Medical Association (JAMA)* veröffentlicht wurde, hat teilweise wüste Reaktionen hervorgerufen.

Smit et al. (2012) führten eine Art „**Gegen-Metaanalyse**“ durch und kommen bei veränderten Einschlusskriterien und Outcome-Maßen zu anderen Ergebnissen (ein wiederum kritischer Kommentar zu dieser Metaanalyse findet sich in Leichsenring & Rabung 2013).

→ Leichsenring, F.; Rabung, S. (2013): Zur Kontroverse um die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 59, S. 13–32.

Eine **unabhängige Re-Analyse** von **Woll & Schönbrodt (2019)** bestätigt höhere **Effekte Psychodynamischer Langzeittherapien** gegenüber kürzeren Behandlungen:



# A Series of Meta-Analytic Tests of the Efficacy of Long-Term Psychoanalytic Psychotherapy

Christian Franz Josef Woll<sup>1</sup> and Felix D. Schönbrodt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Clinical Psychology of Children and Adolescents and Psychology of Interventions, Ludwig-Maximilians-Universität Munich, Germany

<sup>2</sup>Department of Psychology, Psychological Methods and Assessment, Ludwig-Maximilians-Universität Munich, Germany

Abstract: „ ...

In conclusion, **LTPP might be superior to other forms of psychotherapy in the treatment of complex mental disorders.**

Notably, our **effect sizes represent the additional gain of LTPP vs. other forms of primarily long-term psychotherapy.**

In this case, large differences in effect sizes are not to be expected”.

# Die Münchner Psychotherapiestudie (MPS)

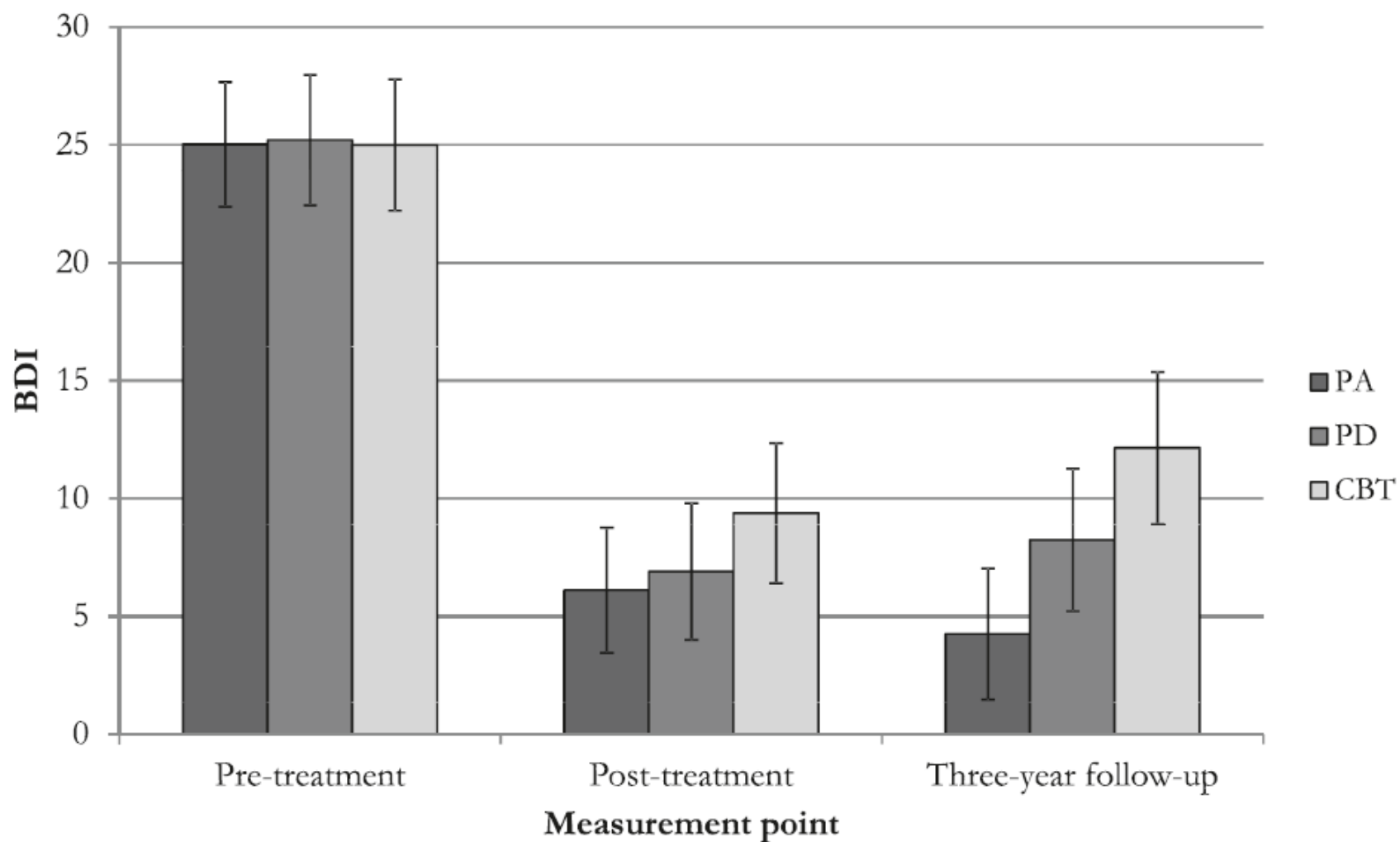
AP, TP, VT bei Depressionen (Huber et al. 2012)

Vergleich von

- Analytischer Psychotherapie (Ø 234 Sitzungen, 39 Monate, n=43) mit
- Tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (Ø 88 Sitzungen, 34 Monate, n=35) und
- Kognitive Verhaltenstherapie (Ø 45 Sitzungen, 26 Monate, n=41)

bei depressiven Patienten.

- Analytische Psychotherapie zeigt ein Jahr nach Ende der Behandlungen in einer Vielzahl von Störungsmaßen signifikant höhere Effekte.
- Zur 3-Jahreskatamnese vergrößern sich die Unterschiede zwischen den drei Therapieverfahren noch deutlich.



*Figure 2: Estimated means and 95%-confidence intervals of BDI summary score across treatment groups and measurement points*

# Die Münchner Psychotherapiestudie (MPS)

AP, TP, VT bei Depressionen (Huber et al. 2012)

## Remissions-Raten in der MPS?

“**No depressive episode**” gemäß ICD-10/ DSM-IV checklist

am **Behandlungsende**:

- Kognitive Verhaltenstherapie (Ø 45 h): 53 %;
- Tiefenpsychologische Psychotherapie (Ø 88 h): 81%;
- Analytische Psychotherapie (Ø 234 h): 91 %.

Bei der **1-Jahreskatamnese**:

- Kognitive Verhaltenstherapie: 42 %;
- Tiefenpsychologische Psychotherapie: 76 %;
- Analytische Psychotherapie: 91 %.

“These differences were significant” (p. 62).



## Evidenzbasierung der psychodynamischen Psychotherapie anhand anerkannter Kriterien zur Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren

Nils F. Töpfer

Angenommen: 18. März 2023  
© Der/die Autor(en) 2023

**Zusammenfassung** Gemäß dem neuen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist das zukünftige Approbationsstudium Studierende in die Lage versetzen, die Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren anhand anerkannter Merkmale zu beurteilen. In diesem Beitrag werden im vorliegenden Beitrag die national und international anerkannten Kriterien zur Evidenzbewertung vorgestellt und anhand der Kriterien die psychodynamischer Psychotherapie zusammengefasst. In diesem Artikel wird ein Dokument des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer zur wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapieverfahren international einflussreich ist. In diesem Artikel werden die aktuellen Kriterien von Töpfer et al. (2022) zur Evidenzbewertung (unter anderem zur Bewertung von psychodynamischer Langzeittherapie und analytischer Psychotherapie) und die Relevanz der Beteiligung von praktizierenden psychodynamischen Psychotherapeut:innen an Forschungsprojekten erörtert. Für die adäquate Beurteilung der Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie, insbesondere der Langzeittherapien und der analytischen Psychotherapie, ist es wichtig, längere Nachuntersuchungszeiträume einzubeziehen und Veränderungen auch in stärkerem Einklang mit psychodynamischen Annahmen zu therapeutischen Veränderungsprozessen zu erfassen.



## A comprehensive overview of randomised controlled trials of psychodynamically informed psychotherapies

<sup>a</sup>Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, Sweden; <sup>b</sup>Department of Health, Behavior and Society, Uppsala University, Uppsala, Sweden; <sup>c</sup>Department of Health, Behavior and Society, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Received 15 January 2023; accepted 23 March 2023

**Fazit: Psychodynamische Psychotherapie ist evidenzbasiert.**

Randomised Controlled Trials (RCTs) are currently considered ‘gold standard’ for evaluating psychosocial interventions, including psychodynamically informed psychotherapies (PDTs). The aim of this review is to summarize all available RCTs involving PDTs. A thorough search yielded 298 studies published between 1967 and 2022. The number of studies has increased over time with 123 (41.2%) published in the last 10 years. Most studies have been conducted in western countries, evaluating PDTs of brief duration (<40 sessions) for adults with mood ( $k=67$ , 22.5%), psychosomatic ( $k=38$ , 12.8%), anxiety ( $k=35$ , 11.7%), or personality disorders ( $k=29$ , 9.7%). The studies have utilized comparative ( $k=233$ , 78.2%), additive ( $k=33$ , 11.1%), parametric ( $k=30$ , 10.1%) and dismantling designs ( $k=2$ , 0.7%) and includes a total of 374 comparisons. Categorization of outcomes suggests that PDTs typically outperforms inactive controls, while comparisons with active treatments, including Cognitive-Behavior Therapy (CBT), typically indicate no statistical difference. While the evidence-base for PDTs is growing, there are still major limitations and many research questions yet to be addressed. There is a pressing need for disseminating the existing research for PDTs to policy makers and the general public, as well as integrating findings in psychodynamic training curriculums.

# Wirksamkeit Psychodynamischer Techniken

# Techniken

Erfassung psychoanalytischer / psychodynamischer Techniken:

- **PQS** = Psychotherapy Q-Sort (Ablon & Jones 1998, 2002)
- **CPPS / COPPS-AS** = The Comparative Outcomes in Psychotherapy and Psychoanalysis Study Adherence Scale (Caligor et al. 2012)
- **APP- Skala** = Adherence of Psychoanalytic and Psychodynamic Therapy Scale (Ratzek, Huber, Klug 2019)
- **PTQ** = Psychoanalytic Technique Questionnaire (Henkel et al. 2018)



# PTQ = Psychoanalytic Technique Questionnaire (Henkel et al. 2018)



AMERICAN  
PSYCHOLOGICAL  
ASSOCIATION



SOCIETY FOR PSYCHOANALYSIS AND  
PSYCHOANALYTIC PSYCHOLOGY  
DIVISION 39  
AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Psychoanalytic Psychology

© 2019 American Psychological Association  
ISSN: 0736-9735

2020, Vol. 37, No. 2, 128–135  
<http://dx.doi.org/10.1037/pap0000279>

## Psychoanalytic Techniques in Different Psychoanalytically Oriented Psychotherapies – An Analysis of Therapists’ Self-Reports

Miriam Henkel<sup>1</sup>, Johannes Zimmermann<sup>2</sup>, Cord Benecke<sup>1</sup>

### Summary

**Objectives:** Psychotherapy approaches based on psychoanalytic thinking which also modify standard technique are on the rise. Despite various theoretical considerations, empirical research seldom inspected concepts of practicing therapists concerning technique in different psychoanalytically oriented approaches.

**Methods:** In an online survey, 124 German psychoanalysts and psychodynamic therapists described their technique on a Psychoanalytic Technique Questionnaire in 295 therapy phases, subjectively assessed as good, of four therapy approaches varying in setting and duration.

**Results:** Factor analysis extracted three therapeutic strategies: a classic, a clarifying, and a supportive technique. Linear mixed model analyses showed that, in therapies with a lower frequency of sessions and face-to-face setting as well as in shorter therapies, classic technique was less often and supportive technique more often used.

**Conclusions:** Therapists’ concepts of different psychoanalytically oriented approaches mostly agree with theoretical assumptions. Future research could inspect patient characteristics associated with specific techniques and the consequences of technique use for treatment success

*Z Psychosom Med Psychother* 64/2018, 237–24

## Predictors of Psychoanalytic Technique: Results From a Naturalistic Longitudinal Study

Miriam Henkel, MSc,  
and Johannes Zimmermann, PhD  
University of Kassel

Dorothea Huber, MD, PhD  
International Psychoanalytic University Berlin

Hermann Staats, MD, PhD  
Fachhochschule Potsdam University of Applied Sciences

Cord Benecke, PhD  
University of Kassel

Since the development of psychoanalysis as a therapeutic method, psychoanalytic researchers and therapists have suggested modifications in setting and technique, and new approaches based on psychoanalytic thinking have emerged. In this study, we investigated whether the application of three different forms of psychoanalytic technique (classic, clarifying, and supportive techniques) depends on the treatment approach and specific patient characteristics (severity of psychopathology and sociodemographic variables). Our sample consisted of 355 cases from the naturalistic DPG Practice Study (Benecke et al., 2011), which inspects psychoanalytically oriented approaches in Germany. Therapists completed a psychoanalytic technique questionnaire roughly 1 year after the beginning of treatment. As a measure of patients’ severity of psychopathology, we combined self-report measures and ratings of trained interviewers. Therapists reported to use classic techniques most often in a treatment approach with long duration, more sessions per week, and couch setting, whereas they focused on clarifying and supportive techniques in shorter therapies with less sessions per week and face-to-face setting. The severity of psychopathology and being female were significantly associated with applying supportive techniques even after controlling for treatment approach. The results are mainly in concordance with theoretical recommendations. However, therapists evaluated the application of techniques themselves and there was no external evaluation. Future studies should inspect correlations between the application of specific techniques and symptomatic change.

**Keywords:** therapist technique, psychoanalytic technique, psychoanalytically oriented psychotherapy, psychotherapy process

**Supplemental materials:** <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000279.supp>

# Psychodynamic Techniques Questionnaire (PTQ, Henkel et al. 2018)

Mit 3 Skalen

## „Klassisch“ analytische Techniken

- Förderung der Regression
- Arbeit an der Übertragung
- Arbeit in der Übertragung
- Arbeit am Widerstand
- Deuten

## Klärende Techniken

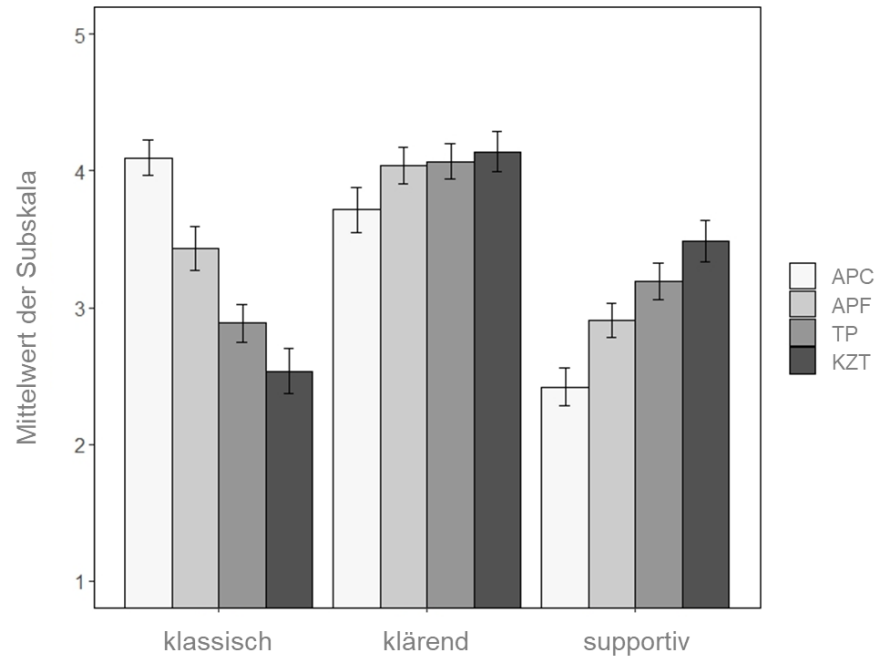
- Konfrontieren
- Klären
- Affektklarifizierung

## Aktiv-supportive Techniken

- Förderung des Arbeitsbündnisses
- Zentrierung auf Fokus
- Als TherapeutIn aktiv
- Arbeit an Außenobjekten
- Selektives Mitteilen der Gegenübertragung
- Ermutigungen
- Ratschläge

*Online-Studie:*

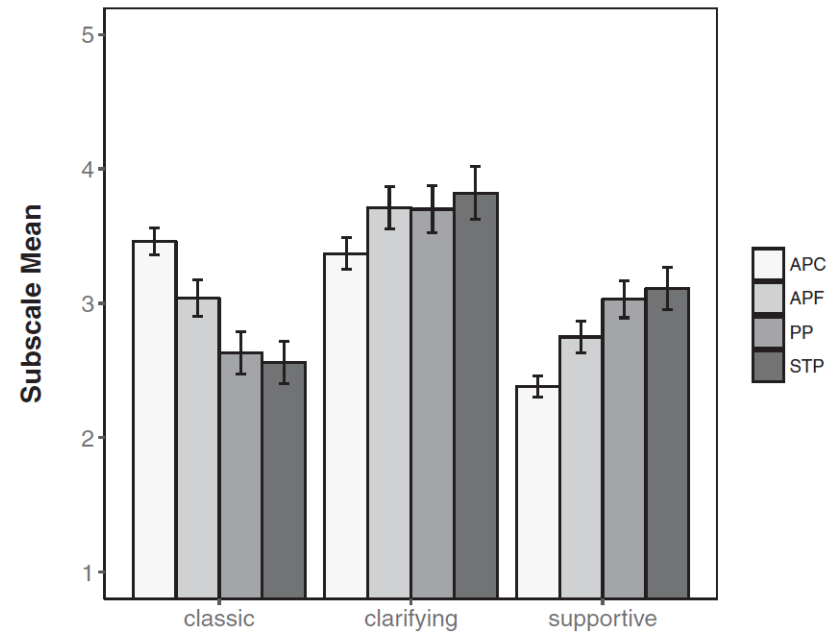
*Technik in „besonders guter Therapiephase“  
einer beliebig ausgewählten Therapie*



*Henkel, Zimmermann, & Benecke (2018)*

*DPG-Praxisstudie:*

*Technik „im letzten Jahr“  
der Studentherapie*



*Henkel et al. (2020)*

APC- Couchsetting  
APF = AP face-to-face  
TP = Tiefenpsychologisch  
KZT = Kurzzeittherapie

Der Einsatz „klassischer“ und „supportiver“ Technik unterscheidet sich je nach Setting.

Der Einsatz von „klärend“ ist überall fast gleich hoch.

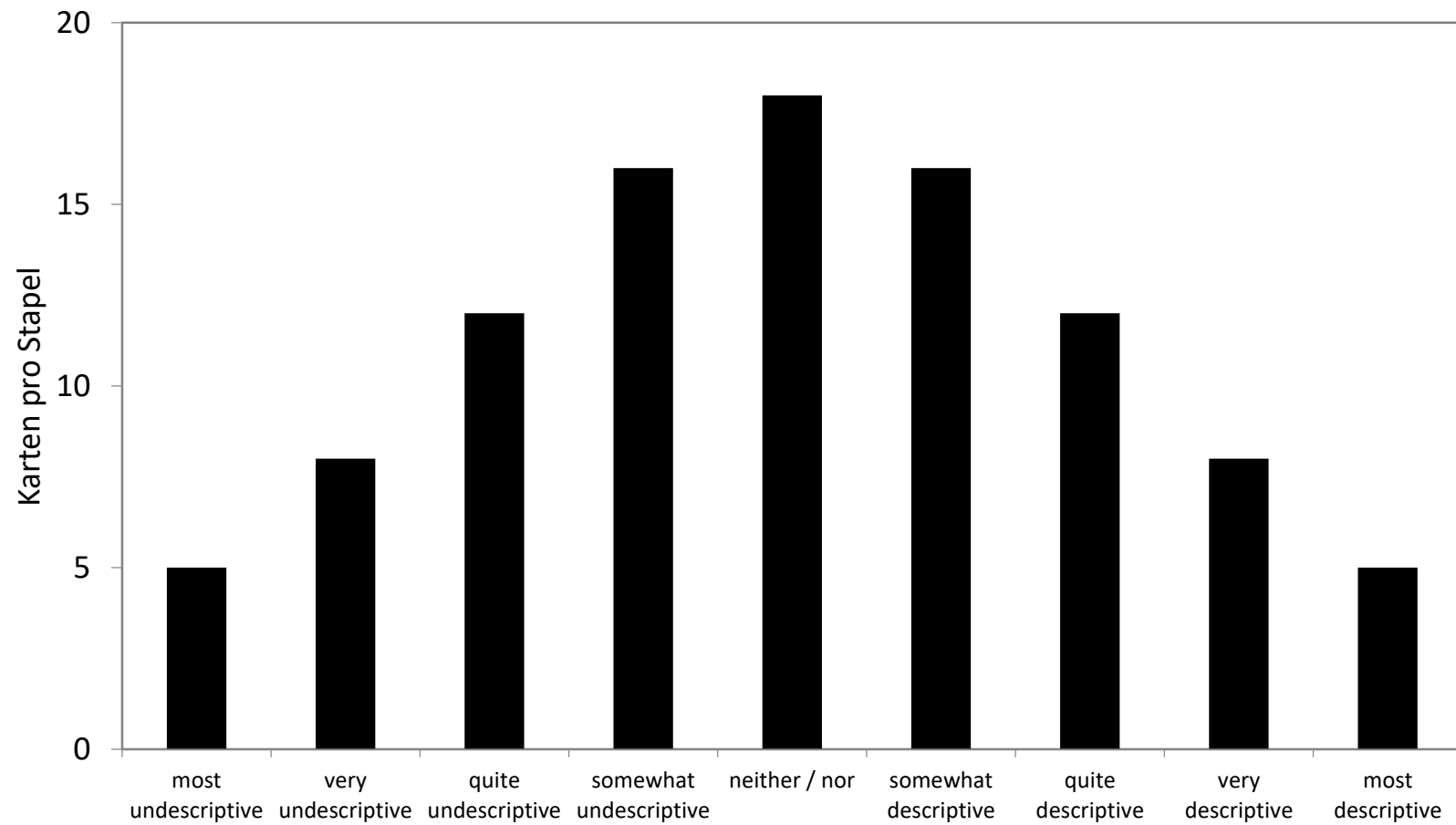
**Klärung** scheint so etwas wie eine psychoanalytisch-psychodynamische **Kern-Technik** zu sein.

# Psychotherapie Prozess Q-Sort (PQS)

(Jones et al., 1988; Albani et al., 2000)

- Instrument zur Beschreibung des Verhaltens von Therapeut und Patient in einer Therapiesitzung
- 100 Items (z.B. „Der Therapeut verhält sich herablassend“, „Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält“, „Der Patient ist ängstlich oder angespannt“)
- Sortierung hinsichtlich eines bipolaren Kontinuums von „most descriptive“ bis „most undescriptive“
- Fixierte, quasi-normale Verteilung in neun Stapel

# Fixierte Verteilung des PQS



# PQS-Interventions-Prototypen

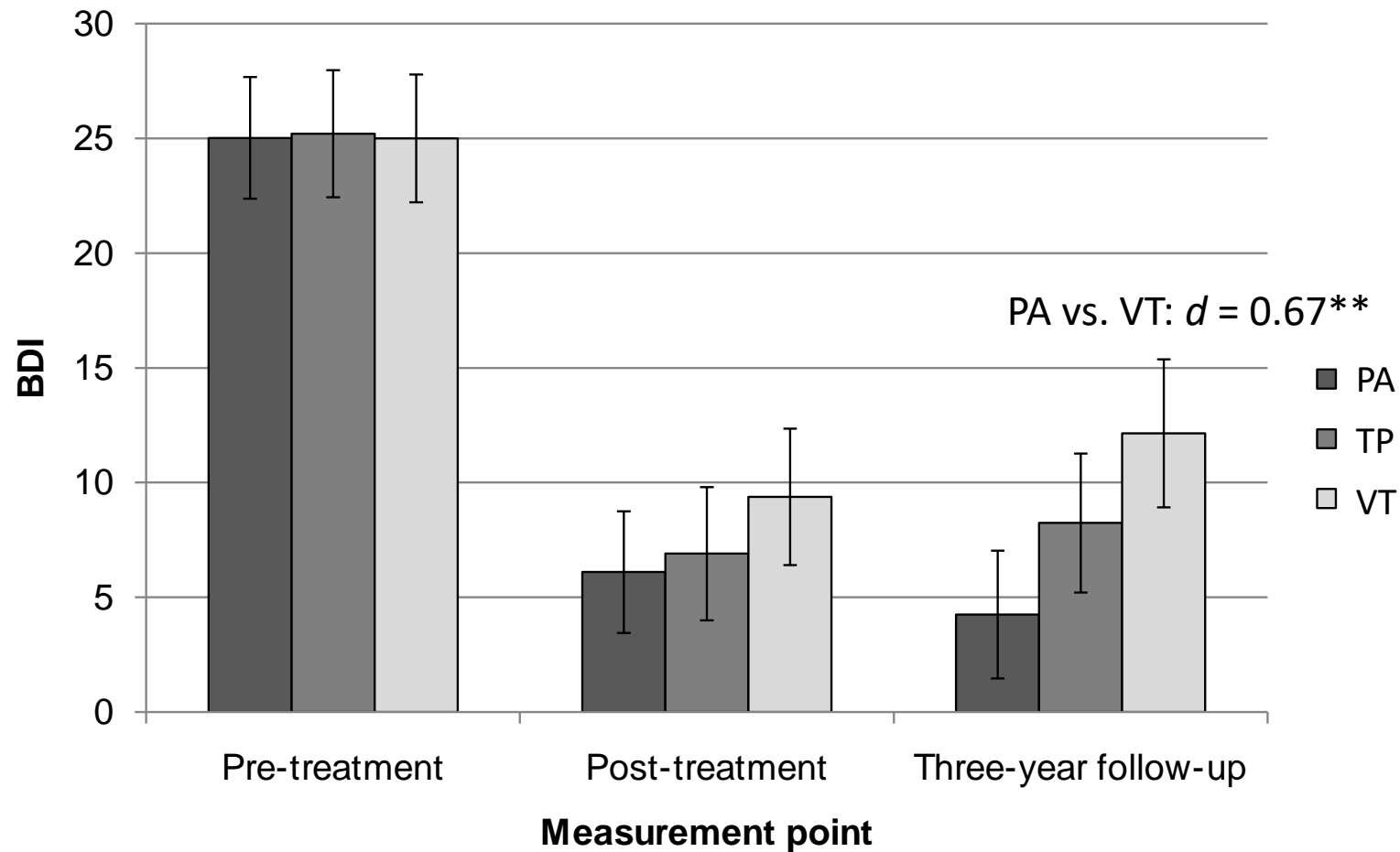
- Ablon & Jones (1993) baten international angesehene Experten in **kognitiver Verhaltenstherapie** (N=10) und in **psychodynamischer Psychotherapie** (N=11)
- anhand der 100 Items des Psycho-therapy Process Q-Sort (PQS, Jones 2000) die „**ideale**“ Behandlung zu beschreiben,
- und konstruierten auf der Basis dieser Experten-beschreibung mittels Q-Faktorenanalyse **Prototypen idealer kognitiver** respektive **idealer psychodynamischer Psychotherapie** (Ablon & Jones, 1998)

# PQS = Psychotherapy Q-Sort (Ablon & Jones 1998, 2002)

## Psychodynamischer Prototyp (PD)

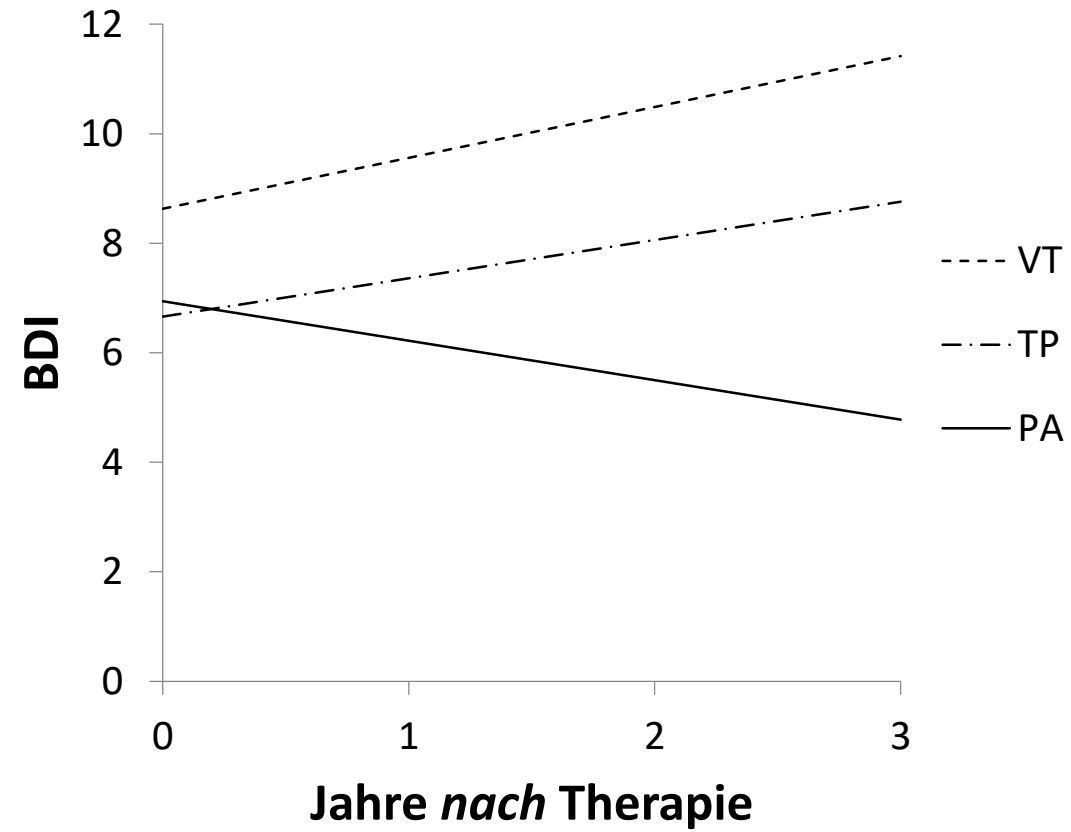
| Nr. | Item   | Factor-Score |
|-----|--|--------------|
| 90  | Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.   | 1,71085      |
| 93  | Der Therapeut ist neutral.   | 1,57069      |
| 36  | Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.                  | 1,53398      |
| 100 | Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.        | 1,47087      |
| 6   | Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.   | 1,46369      |
| 67  | Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.                                | 1,42678      |
| 18  | Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.  | 1,38037      |
| 32  | Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.   | 1,31983      |
| 98  | Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.  | 1,27785      |
| 46  | Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.  | 1,23934      |
| 50  | Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung). | 1,16726      |
| 11  | Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.  | 1,12287      |

# Prozess-Analysen in der Münchener Psychotherapiestudie (MPS)





# Veränderung nach Therapie

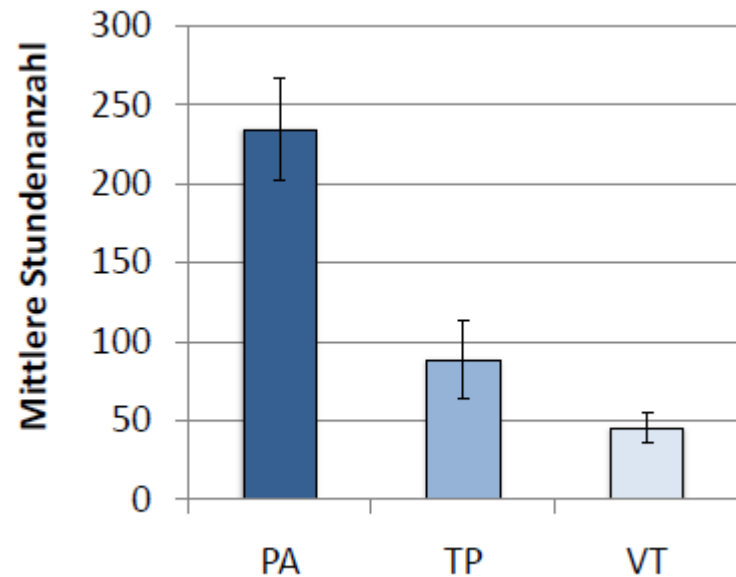


# Wie kommt dieser Effekt zustande?

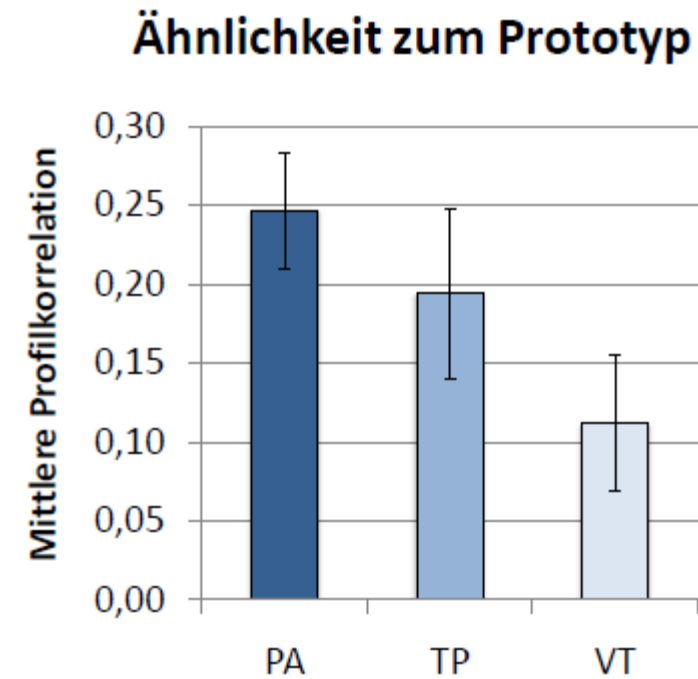
Zwei alternative Hypothesen:

Höhere Dosis?

Mehr psychodynamische „Technik“?



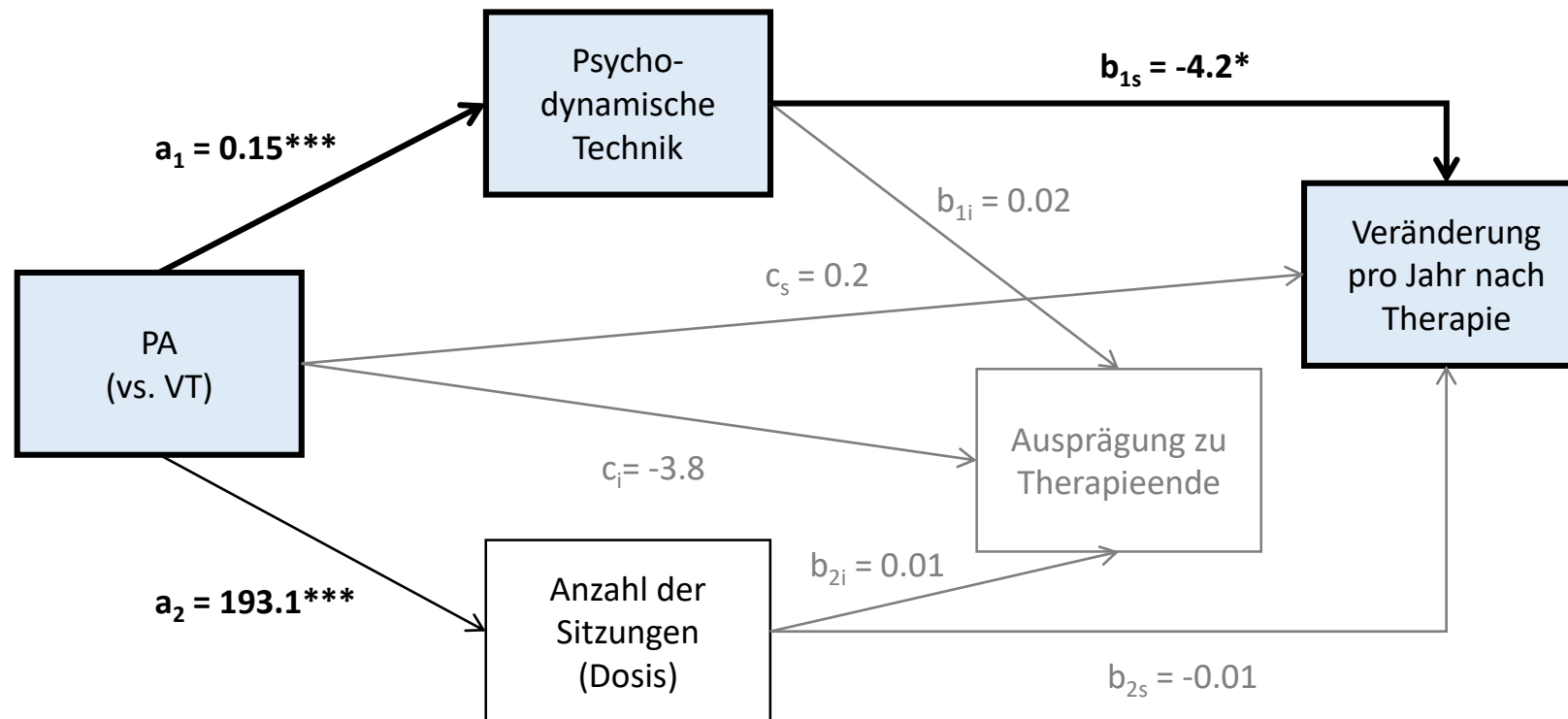
Anzahl der Sitzungen in der MPS



Analytische Technik gemäß PQS

# Multiple Mehr-Ebenen-Mediator-Analysen

- Modell zu depressiven Symptomen (BDI)



d.h.:

- **Analytische Psychotherapie** bei Depression ist langfristig effektiver, **weil psychodynamische Techniken** eingesetzt werden (und nicht aufgrund höherer Dosis).
- Besonders vorteilhaft: Fokus auf **Kindheit, Phantasien** und **Sexualität**.



## Deutungen: eine qualitative Studie unmittelbarer Patientenreaktionen

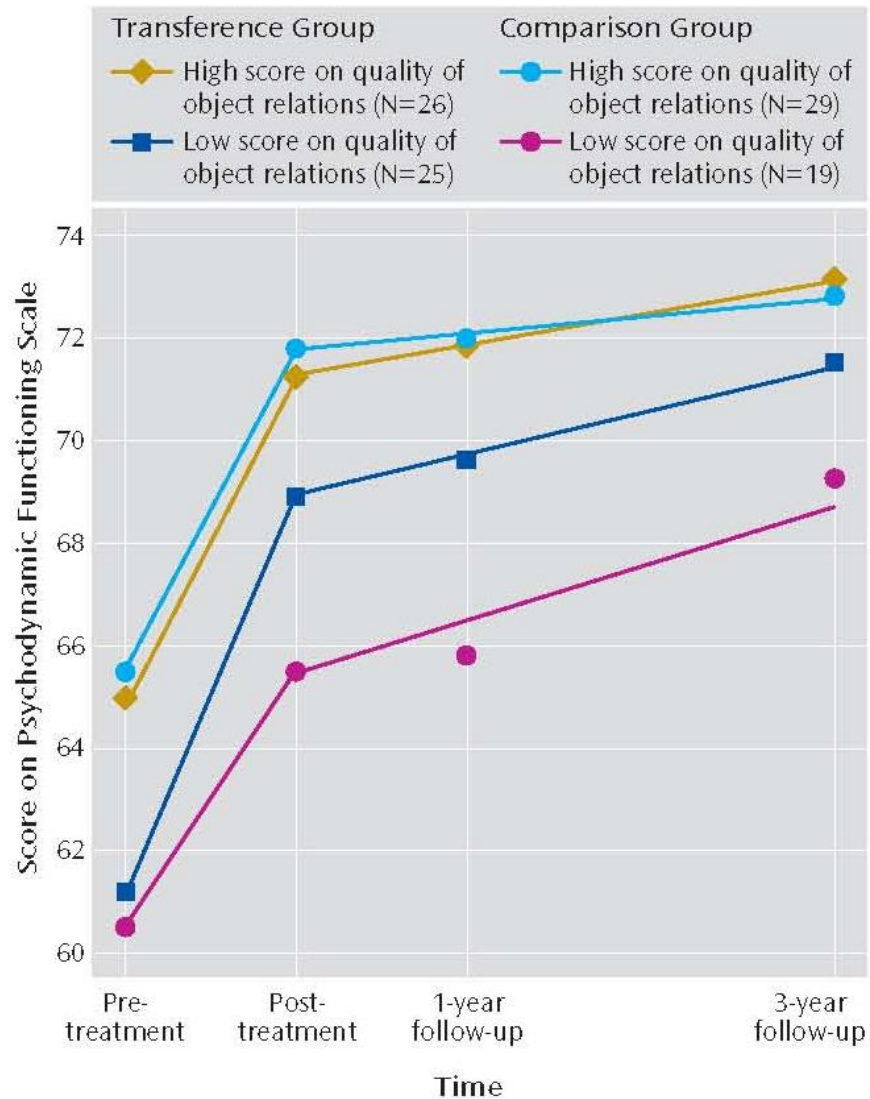
Dennis Firmansyah · Kai Mergel · Cord Benecke · Dorothea Huber ·  
Imke Grimm · Günther Klug · Miriam Henkel

### „Deutungen

benennen eine Ursache für Erleben oder Verhalten (1),  
sind im Inhalt klar und unmissverständlich formuliert (2) und  
beziehen sich auf etwas, das den Patientinnen und Patienten nicht schon bewusst ist (3).“

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| 4 | Emotionale Resonanz  | Affektbelebung (Patientinnen und Patienten reagieren belebt, vitalisiert), Affektmutation (Affekte verändern sich), emotionales Erleben, neue Affekte, Affektentstehung |
| 5 | Kognitive Erkenntnis | Patientinnen und Patienten beginnen, unbewusste Konflikte zu erkennen, oder verstehen ihr Ausmaß besser   |

**FIGURE 2. Descriptive Mean Trajectories of the Psychodynamic Functioning Scales for the Transference Group and Comparison Group Within the Subsamples of Patients With High (N=55) and Low (N=44) Scores on the Quality of Object Relations Scale (Lifelong Pattern)**



Bei high-score-OR-Patienten ist es egal, ob mit oder ohne Übertragungsdeutung

Bei low-score-OR-Patienten ist Therapie mit Übertragungsdeutung deutlich besser

Høglend et al. (2008)

# Technique matters!

The relationship between therapeutic technique and outcome: A systematic review and metaanalysis. (in Vorbereitung)

Christin Grevenhaus, Lea Theimer, Christoph Flückiger & Cord Benecke

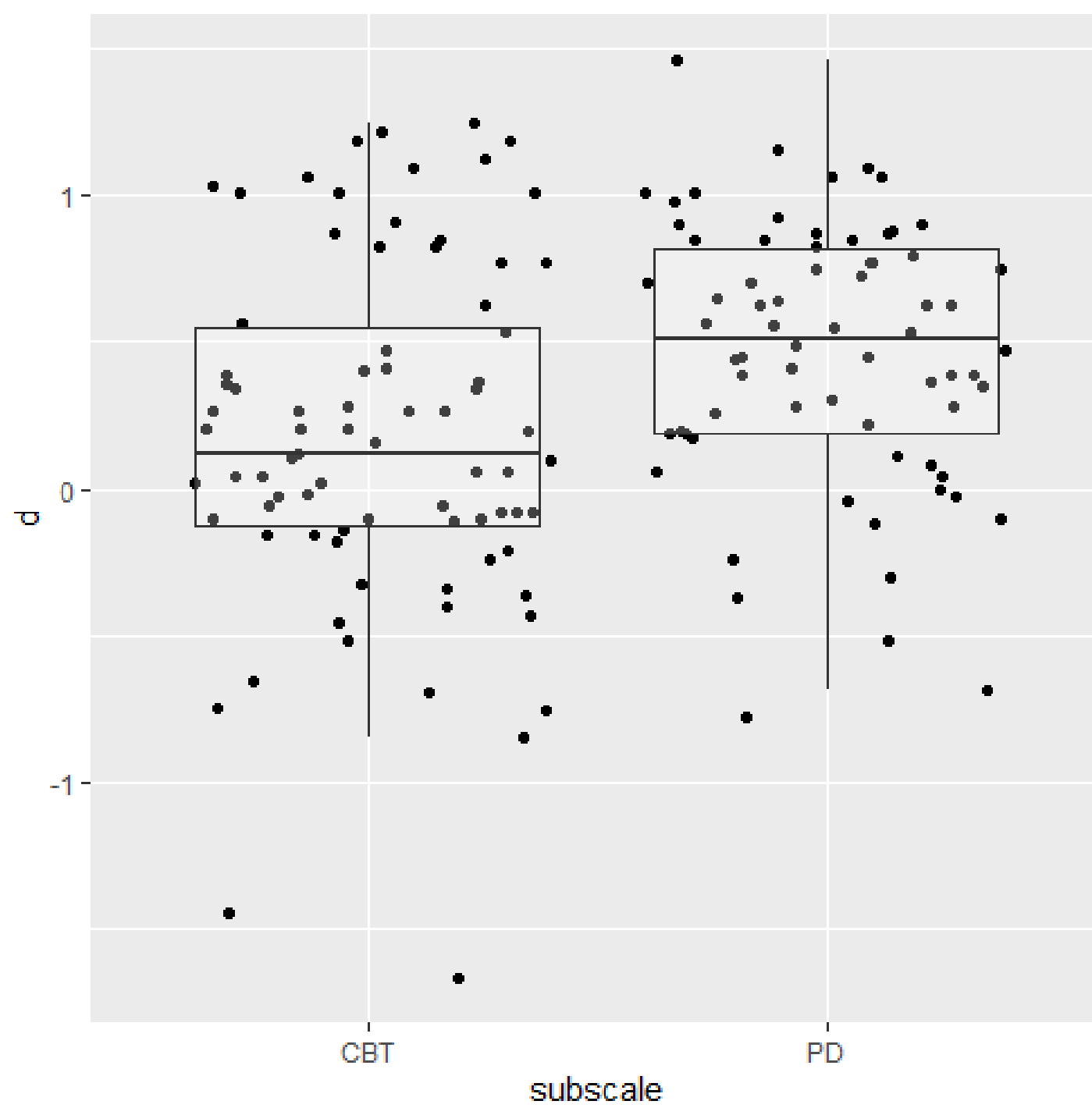
Systematische Recherche: 52 Studien mit 3239 Patienten;

Für die Metaanalyse: 177 Effektgrößen in 13 Primärstudien.

The multi-level model showed a significant effect size:  $d = 0.39$  (95% CI [0.34; 0.77],  $p < .01$ ) für Technik (allgemein, noch nicht nach Verfahren differenziert).

➤ mittlere Effekt der **KVT-Techniken**:  $d = 0,18$ ,  $t(163)$

➤ mittlere Effekt der **PDT-Techniken**:  $d = 0,59$ ,  $t(163)$






RESEARCH ARTICLE

**Towards a taxonomy of mechanisms of change? Findings from an expert survey on the association between common factors and specific techniques in psychotherapy**

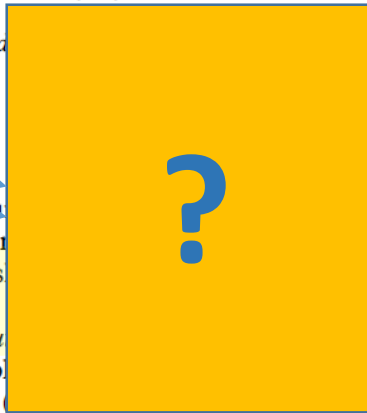
**Techniken:**

- Exposure
- Cognitive restructuring
- Role play
- Positive reinforcement
- Psychoeducation
- Free association
- Interpretation
- Catathymic image experience
- Empathic understanding
- Chair dialogue
- Focusing
- Systemic constellations
- Circular questioning
- Paradoxical intervention

...PFENNIG<sup>1</sup>, BRIAN SCHWARTZ<sup>2</sup>, & JULIAN RUBEL <sup>3</sup>

...logy, Hochschule Döpfer (HSD), Cologne, Germany; <sup>2</sup>Department of Psychology, University of Giessen, Giessen, Germany

...; revised 18 April 2023; accepted



**Common factors:**

- **Recoursenaktivierung**
- **Motivationale Klärung,**
- **Selbst-/Emotionsregulation,**
- **Sozialkompetenz,**
- **Ther. Beziehung**

...ent study, we used surveys to investigate the complex relationship between common factors, i.e., mechanisms of change, and specific therapeutic techniques. The results of 14 techniques commonly used by psychotherapy experts were analyzed to identify five different common factors: *recourse activation*, *motivational clarification*, *self-regulation*, *social competence*, and *therapeutic relationship*. Data were analyzed using structural equation modeling (SEM). Indicators were selected if they showed a significant relationship with the common factors. The goodness of model fit was assessed using the chi-square test, the root mean square multiple (RMR), the normed fit index (NFI), and the comparative fit index (CFI). All factor loadings were theoretically sound and significant, suggesting that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques. The findings suggest that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques. The findings suggest that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques.

...d model revealed adequate fit. All factor loadings were theoretically sound and significant, suggesting that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques. The findings suggest that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques. The findings suggest that psychotherapy experts discriminate between common factors and specific techniques.

...equation modeling (SEM); common factors; specific factors; taxonomy; mechanisms of change

Exposure

### ***Deuten & Durcharbeiten***

Gemeinsam mit dem Therapeuten werden relevante Erfahrungen des Patienten, aus denen Wünsche, Ziele und Motive entstanden sind, gedeutet und "durchgearbeitet".

Interpretation

Catathymic image experience

Empathic understanding

### ***Verbalisieren von Erlebnisinhalten***

Durch Gesprächstechniken (u.a. aktives Zuhören, Paraphrasieren und Spiegeln) hilft der Therapeut dem Patienten emotionale Erlebnisinhalte in seinen Äußerungen wahrzunehmen

„Ja, man kann sicher sagen, dass diese Techniken von Experten mit den meisten Wirkfaktoren in Verbindung gebracht werden und was das angeht diese dann die „Top-Techniken“ sind... ;)“

associations with common factors for each therapeutic technique.



# The role of insight exploratory psych psychothera

# Change Mechanisms in Psychotherapy: Both Improved Insight and Improved

# Insight and Outcome in Long-Term Psychotherapies of Depression<sup>1</sup>

## Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis

Simone Jennissen, M.Sc., Julia Huber, M.Sc., Johannes C. Ehrenthal, Ph.D., Henning Schauenburg, M.D.,  
Ulrike Dinger, D.Sc., M.D.

ert<sup>3</sup>, Melanie Ratzek<sup>3</sup>, Imke Grimm<sup>3</sup>, Johannes  
er<sup>3</sup>

approaches, insight is acknowledged as an important part  
cess. We examined whether the level of insight (1) differs  
hodynamic (PD) and cognitive-behavioral therapy (CBT),  
matic outcome.

7 depressed patients from the Munich Psychotherapy Study  
ssed with Beck Depression Inventory (BDI) and Symptom  
re-treatment and three-year follow-up. Insight was assessed  
phase with the Experiencing Scale.

ht was higher in PA as compared to CBT, and associated  
BDI) across all three therapeutic modalities at three-year  
general distress (SCL-90-R). Exploratory analyses suggested  
d higher levels of insight especially in high quality sessions  
whom the extent of insight was positively linked to session  
ive symptoms at three-year follow-up than patients gaining  
w.

n PA and CBT and may be a common change mechanism

**Objective:** An increased understanding of repetitive dys-  
functional patterns and their relationship to an individual's life  
history is regarded as a key mechanism of change in insight-  
oriented therapies. At the same time, empirical research on  
the insight-outcome relationship is rare, and its generaliz-  
ability is restricted by the use of a wide range of definitions and  
methods among studies. The authors conducted a meta-  
analysis to systematically examine the association between  
patient insight and psychotherapy outcome across a range  
of treatment modalities.

**Method:** Insight was defined as patients' understanding of  
associations between past and present experiences, typical  
relationship patterns, and the relation between interper-  
sonal challenges, emotional experience, and psychological  
symptoms. From 13,849 initially identified abstracts, the

authors extracted 23 independent effect sizes. A random-  
effects meta-analysis was performed to assess the magni-  
tude of the insight-outcome relationship. Risk of publication  
bias was assessed with funnel plot inspections, Egger's re-  
gression test, and Duval and Tweedie's trim-and-fill pro-  
cedure as sensitivity analyses.

**Results:** A significant, moderate correlation ( $r=0.31$ ) was ob-  
served between insight and treatment outcome. Sensitivity  
analyses demonstrated the robustness of the results.

**Conclusions:** The findings support the importance of in-  
sight for psychotherapy outcome. Insight may be a relevant  
mechanism of change across different treatment modalities.

*Am J Psychiatry* 2018; 175:961–969; doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847

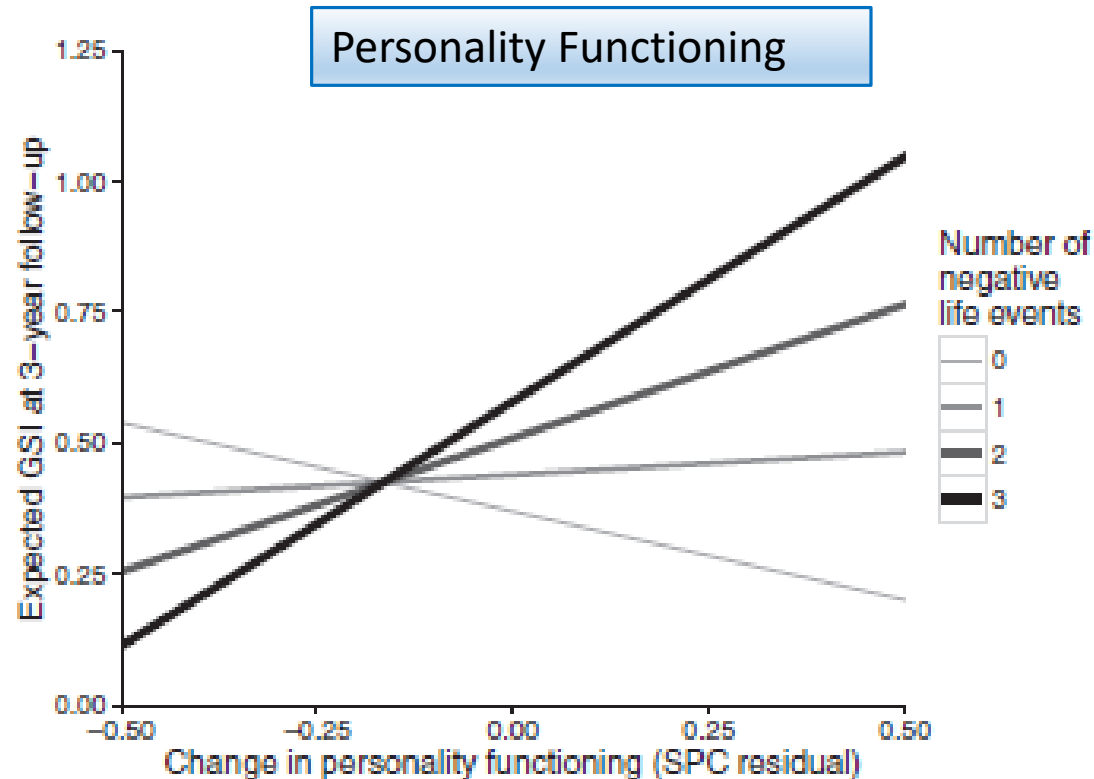
Kann  
Psychotherapie  
Resillienz  
bewirken?

## Change in Personality Functioning During Psychotherapy for Depression Predicts Long-Term Outcome

Dorothea Huber  
Klinikum München, Munich, Germany, and International  
Psychoanalytic University

Johannes Zimmermann  
Psychologische Hochschule Berlin

Günther Klug  
Technische Universität München



*Figure 1.* Change in personality functioning predicted general distress at follow-up only when participants experienced multiple negative life events after treatment.

### Resillienz-Aspekte:

- Emotionsregulation
- Mentalisierung
- Bindung
- ...
- etc

Jede Therapie, die das schafft, wirkt nachhaltig

# Fazit



**Vielen Dank!**

