

## Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg  
 B. Strauß, Jena



# Davanloos Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie

## Wirksamkeit der Therapiemethode und Zusammenhang zwischen Erschließen des Unbewussten und Therapieergebnis

### Einleitung

Psychische Störungen treten häufig auf. Sie bringen Leid für die Betroffenen und ihre Familien und verursachen hohe Kosten für die Gesellschaft (Üstün 1999; Kessler et al. 2007). Diverse psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörungen und eine Vielzahl medizinisch unerklärbarer Symptome hängen vermutlich mit vorausgegangenen „adverse childhood experiences“ (ACE, traumatisierende Erlebnisse in der Kindheit, TEK; Felitti et al. 1998; Edwards et al. 2003; Anda et al., 2006) zusammen. Die Probleme aufgrund solcher TEK werden als Ergebnis unbewältigter Emotionen, gepaart mit Defiziten in der Gefühlsregulation, verstanden (Schore 2001,

2002; Anda et al. 2006). Forschungen deuten darauf hin, dass einige Patienten mit TEK mit hoher Wahrscheinlichkeit behandlungsresistent sind oder häufiger Krankheitsrückfälle erleiden (Chartier et al. 2010). Behandlungsresistenz kann zu chronischen Erkrankungen führen und hohe Kosten für das tragende System verursachen (Nanni et al. 2012). Wichtig sind eine Entwicklung und Evaluation von intensiven und alternativen Therapiemethoden für behandlungsresistente Patienten (Nanni et al. 2012).

Die Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie (IS-TDP; Davanloo, 1990, 2000, 2005; Abbass et al. 2012) ist eine emotionsfokussierte, psychodynamische Psychotherapie, die speziell auf die Behandlung von Patienten ausgerichtet ist, die in ihrer Kindheit traumatischen Erlebnissen ausgesetzt waren und an somatischen, affektiven sowie Angst- und Persönlichkeitsstörungen leiden. Es wird davon ausgegangen, dass die therapeutischen Effekte der IS-TDP von der Mobilisierung emotionaler Prozesse, nämlich einem Anstieg von komplexen Übertragungsgefühlen während der Behandlungen, abhängen. Neben dem Anstieg der Übertragungsgefühle gehören folgende Prozesse dazu: Anstieg des Widerstands und der unbewussten Angst, die Bildung einer therapeutischen Allianz und das bewusste Erleben von Gefühlen (Davanloo 2005). Das Erschließen des Unbewussten

(„unlocking of the unconscious“) ist ein Durchbruch von Gefühlen, zu dem es bei einem hohen Anstieg der komplexen Übertragungsgefühle kommt, wenn der Übertragungswiderstand ausreichend herausgefordert wurde. Während des Durchbruchs ins Unbewusste erlebt der Patient intensive, komplexe Gefühle gegenüber dem Therapeuten oder einer anderen gegenwärtigen Person. Dabei ist die Erfahrung verbunden mit Gefühlen zu Personen der Vergangenheit und zu gefühlsbeladenen Erinnerungen an schmerzliche Gefühle, Situationen und Ereignisse der Vergangenheit, also Ereignisse, die mit den traumatischen Erlebnissen der Kindheit verbunden sind. Dieses Erschließen des Unbewussten ist für die Genesung des Patienten, laut Davanloos Ausführungen zur IS-TDP, von fundamentaler Wichtigkeit. Eine aktuelle Studie mit 89 Patienten, die von einem erfahrenen IS-TDP-Therapeuten behandelt wurden, bestätigte Davanloos Postulat (Town et al. 2013). Darüber hinaus erwies sich die Effektivität der Methode auch als auf eine Reihe anderer Störungsbilder übertragbar (Abbass et al. 2012; Town und Driessen 2013), darunter auch Patienten, bei denen weder medizinische, chirurgische noch psychiatrische Methoden weitergeholfen hatten (Baldoni et al. 1995; Abbass 2006; Abbass et al. 2008a, 2013) sowie bei Patienten, die zuvor häufig Notdienste in Anspruch genommen hatten (Abbass et al. 2009).

Erstmals publiziert in Johansson et al. (2014) PeerJ, DOI 10.7717/peerj.548: <http://medicine.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/faculty/medicine/departments/department-sites/psychiatry/centre-emotions-health/johansson2014unl.pdf>.

Aus dem Englischen übersetzt von Jana Meinel, International Psychoanalytic University, Berlin.

Robert Johansson ist Erbringer und Entwickler der Experimente. Er analysierte die Daten, verfasste den Beitrag und gestaltete die Abbildungen und die Tabellen. Joel M. Town ist Erbringer und Entwickler der Experimente. Er analysierte die Daten, verfasste den Beitrag. Allan Abbass ist Erbringer und Entwickler der Experimente. Er führte die Experimente durch, analysierte die Daten und verfasste den Beitrag.

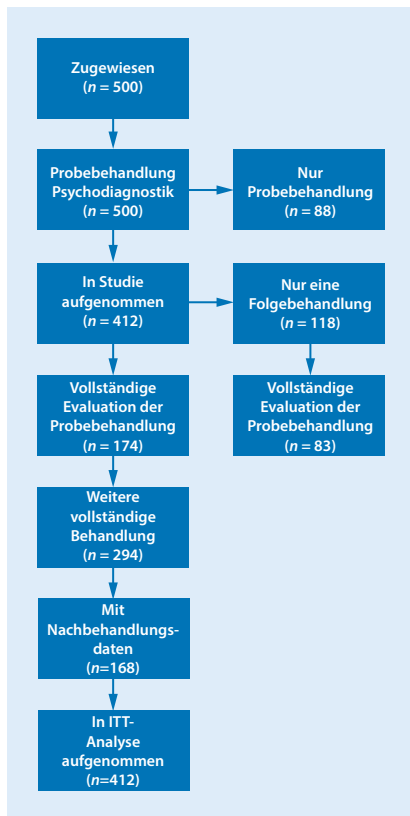


Abb. 1 ▲ CONSORT-Flowchart. ITT „intention to treat“

Die meisten Studien verfügen jedoch bislang über einen unzureichend großen Stichprobenumfang, und die Patienten wurden von in der Therapiemethode sehr erfahrenen Therapeuten behandelt. Somit ist nur eine eingeschränkte Generalisierung der Wirksamkeitseffekte möglich (Abbass et al. 2012).

Das Hauptziel dieser Studie war die Evaluation der Effektivität der IS-TDP in einem klinischen Umfeld, in das sich die Patienten nach fachärztlicher Empfehlung gezielt begaben. Es sollte untersucht werden, ob das Erschließen des Unbewussten mit dem Therapieergebnis korreliert, nachdem zuvor mögliche gemischte Faktoren wie z. B. Widerstand, überprüft worden waren. Diese Studie unterscheidet sich aufgrund der großen, klinisch repräsentativen Stichprobe und der unterschiedlichen Erfahrung der Therapeuten von bisherigen Studien über IS-TDP. Neuartig ist auch die Verwendung der Mehrebenenmodellanalyse zur längsschnittlichen Darstellung der Symptomveränderung.

## Methode

Diese Studie wurde gemäß dem CONSORT *Statement For Clinical Trials* (Schulz et al. 2010) verfasst. Sie enthält eine Evaluation zur Wirksamkeit einer Therapie, die in einer spezialisierten Klinik einer Hochschule angewandt wird. Die Informationen wurden anonymisiert aus Daten gesammelt, die in der Klinik durch Befunde aus dem System der Regelversorgung ersichtlich waren. Das Vorhaben und die Untersuchung wurden unter Absprache mit dem Capital District Health Authority Research Ethics Board in Halifax, Nova Scotia, genehmigt (Approval Number 2007-050). Die Registrierung erfolgte über ClinicalTrials.gov und ist dort unter der Identifikationsnummer NCT01924715 zu finden.

## Behandlungsrahmen

Alle Patienten wurden im *Centre for Emotions and Health* in Halifax, Nova Scotia, Kanada, behandelt. Das *Centre* ist eine psychotherapeutische Universitätsklinik, angegliedert an die *Dalhousie University* und befindet sich im *Queen Elizabeth II Health Science Centre* in Halifax. Das *Centre* dient auch als Lehr- und Forschungsinstitut zu Untersuchung und Behandlung der Einwirkung von Emotionen auf medizinisch unerklärbare Symptome, somatoforme, Angst- und Persönlichkeitsstörungen sowie Depressionen. Die angewandte Therapieform ist die IS-TDP.

## Teilnehmer und Verfahren

Die Teilnehmer wurden aus einer großen Stichprobe von Patienten gesammelt, die das *Centre* im Zeitraum zwischen 30. März 1999 und 30. März 2007 zur Behandlung aufsuchten. Ein erheblicher Teil der Patienten wurde lediglich bei der Aufnahme zur Begutachtung gesehen. Es wurden alle Patienten als Teilnehmer der Studie berücksichtigt, die mindestens zu einer zweiten Behandlung im Anschluss an die Probekbehandlung erschienen sind. Da die regelmäßige Erhebung von Patientenauskünften zu deren Befinden erst im Lauf der 8-jährigen Untersuchungs-

zeit systematisch erfasst wurde, konnte nur ein Teil der Gesamtprobe zur Evaluation herangezogen werden. Das Vorliegen einer Selbstausskunft des Patienten über dessen Leidensdruck vor dem Beginn der Untersuchung war eine weitere Grundbedingung der Teilnehmerauswahl (siehe unten). Das im Folgenden beschriebene Verfahren ist im CONSORT-Flowchart in **Abb. 1** dargestellt. Sämtliche Teilnehmer wurden aufgrund professioneller Empfehlungen und aus verschiedensten Bereichen des Gesundheitssystems, darunter Notambulanzen, sowie hausärztliche, chirurgische und psychiatrische Einrichtungen, zugewiesen. Im *Centre* wurden die Patienten in eine Warteliste für eine Probetherapie-sitzung, also eine erste IS-TDP-Sitzung, aufgenommen. Während dieser Probetherapie-sitzung erfolgte eine psychodiagnostische Evaluation des Patienten, in der auch Art und Grad des Widerstands bewertet wurden. Zusätzlich wurden die Patienten um eine Selbsteinstufung ihres sozial- und symptombedingten Leidensdruckes der vergangenen 14 Tage gebeten. Diese Selbstangaben wurden jeweils am Anfang der Probetherapie-sitzung, im Anschluss an die zweite Sitzung und nach Abschluss der letzten Behandlungsstunde erfragt. Die Therapien waren nicht zeitlich begrenzt, sondern wurden unterschiedlich sowie je nach Verlauf und nach Absprache zwischen Patient und Therapeut abgeschlossen.

## Intervention und Therapeut

Die in dieser Studie angewandte Therapiemethode ist die IS-TDP (Davanloo 1990, 2000, 2005; Abbass et al. 2012). Die IS-TDP ist eine Kurzzeitbehandlung, die auf klassischen psychodynamischen Prinzipien basiert. Der Fokus jedoch liegt viel mehr auf dem Mobilisieren von Emotionen und der Behandlung von Widerständen, die während der Behandlung v. a. gegen das Erleben von Gefühlen in der Übertragung auftreten (Übertragungswiderstand). Wichtig ist zu beachten, dass die auftretenden Gefühle unterschiedlichster Art sein können, auch das Erfahren der gefühlten Nähe zum Therapeuten. Im Erstgespräch wird mehr Zeit eingeplant, da zuerst eine genaue Psycho-

R. Johansson · J. M. Town · A. Abbass

## Davanloos Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie. Wirksamkeit der Therapiemethode und Zusammenhang zwischen Erschließen des Unbewussten und Therapieergebnis

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy* (IS-TDP, Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie), entwickelt von Habib Davanloo, ist eine intensive psychodynamische emotionsfokussierte Kurzzeittherapie. Der Behandlungsschwerpunkt liegt im Umgang mit Widerständen, die während einer Therapie auftreten. Eine Grundannahme der IS-TDP ist, dass die Wirkungen der Therapie abhängig sind von komplexen emotionalen Prozessen in der Therapie, die sich im Anstieg der komplexen Übertragungsgefühle zeigen, wenn die Widerstände herausgefordert werden. Neueste Forschungsergebnisse belegen, dass das Erschließen des Unbewussten während einer Sitzung, ausgelöst durch einen hohen Anstieg der komplexen Übertragungsgefühle, die Wirksamkeit der IS-TDP verbessert. Während viele Studien fortlaufend die Wirksamkeit der IS-TDP bestätigen, fehlt bei den vorangegangenen Untersuchungen eine ausreichend große Stichprobenmenge. Auch wurden Patienten ausschließlich von erfahrenen Experten therapiert. Ziel dieser Studie ist daher, die generelle Wirksamkeit der IS-TDP

in einem klinischen Rahmen nachzuweisen sowie zu untersuchen, ob ein Erschließen des Unbewussten während der Therapie zu einer erhöhten Behandlungswirksamkeit führt. **Methode.** Insgesamt 412 Patienten nahmen an der Studie teil. Die durchschnittliche Dauer der Behandlungen betrug 10,2 Sitzungen (SD = 13,3). Um die Wirksamkeit der Behandlungsmethode und den Zusammenhang zwischen Erschließen des Unbewussten und dem Therapieergebnis herauszufinden, wurde die Analyse mit Mehrebenenwachstumsmodellen durchgeführt. Eine Reihe möglicher Vorhersagevariablen, wie die Art des Widerstands, wurde aufgeführt und zum Kontrollvergleich in die Modelle einbezogen. Als Messinstrumente dienten der Brief Symptom Inventory (BSI) und der Inventory of Interpersonal Problems (IIP). Circa die Hälfte der Patienten wurde von Therapeuten in der Ausbildung und der Rest von erfahrenen Psychotherapeuten behandelt. **Ergebnisse.** Es ergaben sich anhand von Wachstumskurvenanalysen der vollständigen „Intention-to-treat“-Population signifikante Zwischengruppeneffekte der IS-TDP, in den

Vergleichen mit dem BSI und dem IIP. Die Effektstärken sind groß (> 0,80). Das Erschließen des Unbewussten während der Therapie wies einen Zusammenhang mit einer signifikanten Zunahme der Behandlungswirksamkeit auf. Letzteres Verhältnis ließ sich zudem nachweislich von der Art des Widerstands beeinflussen.

**Schlussfolgerung.** Diese Studie leistet einen weiteren Beitrag zur Konsolidierung empirischer Wirksamkeit für Davanloos IS-TDP-Methode. Die Ergebnisse bestätigen die Effektivität der IS-TDP-Behandlung, durchgeführt bei einer großen Stichprobe von Therapeuten mit unterschiedlicher Therapieerfahrung. Des Weiteren wurde der emotionale Prozess des Erschließens des Unbewussten als Prozessfaktor hervorgehoben und dessen Beitrag zur Verbesserung des Therapieergebnisses bestätigt.

### Schlüsselwörter

Psychotherapie · Psychodynamische Psychotherapie · Wirksamkeit · Affekt · Emotion

## Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. Effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome

### Abstract

**Background.** Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP), as developed by Habib Davanloo, is an intensive emotion-focused psychodynamic therapy with an explicit focus on handling resistance in treatment. A core assumption in ISTDP is that psychotherapeutic effects are dependent on in-session emotional processing in the form of an increase in complex transference feelings that occur when treatment resistance is challenged. Recent research indicates that an unlocking of the unconscious, a powerful emotional breakthrough achieved by a rise in complex transference feelings, can potentially enhance the effectiveness of ISTDP. While ISTDP has a growing evidence base, most of the research conducted has used small samples and has tested therapy delivered by expert therapists. The aims of this study were to evaluate the overall effectiveness of ISTDP when delivered in a tertiary psychotherapy

service and to investigate whether unlocking the unconscious during therapy promotes enhanced treatment effectiveness. **Methods.** A total of 412 patients were included in the analysis. The average length of treatment was 10.2 sessions (SD 13.3). Multilevel growth curve modeling was used to evaluate treatment effectiveness and the association between unlocking the unconscious and outcome. A number of control predictors including type of treatment resistance were selected and included in the analysis. Outcome was measured with the brief symptom inventory (BSI) and the inventory of interpersonal problems (IIP). Approximately half of the patients in the study were treated by therapists in training and the rest by more experienced therapists. **Results.** Growth curve analyses using the full intention to treat sample revealed significant within-group effects of ISTDP on both the BSI

and the IIP. Effect sizes were large (> 0.80). Unlocking the unconscious during therapy was associated with a significant improvement in treatment outcome. The relationship was further moderated by the type of treatment resistance.

**Conclusion.** This study adds to the empirical base of Davanloo's ISTDP with confirmed treatment effectiveness in a large-scale patient sample when ISTDP was delivered by therapists with a wide range of experience. Furthermore, emotional mobilization in the form of unlocking the unconscious was confirmed as a process factor enhancing the effectiveness of ISTDP.

### Keywords

Psychotherapy · Psychodynamic psychotherapy · Effectiveness · Affect · Emotion

diagnostik unter Einbeziehung der genauen Klärung der zentralen Probleme und des emotionalen Erlebens der Patienten vorgenommen werden muss. Dabei wird versucht klarzustellen, auf welche Weise und in welchem Umfang der Patient Widerstand gegen seine Emotionen aufbringt. Zudem wird beobachtet, wie hoch die Angsttoleranz des Patienten ist (Abbass et al. 2008b). Auch sollten vorhandene Erinnerungen an traumatische Kindheitserlebnisse, sofern möglich, emotional erfahrbar sein. Für einen erheblichen Teil der Patienten bewirkt dies bereits nach der ersten Sitzung eine Milderung der Symptome, sodass von einer zweiten Sitzung abgesehen werden kann (Abbass et al. 2008b).

### IS-TDP und Behandlung

Die IS-TDP wird methodisch an den Patienten angepasst. Es sind verschiedene Patientenkategorien definiert, die sich anhand der Angsttoleranz und der Fähigkeit der Emotionsverarbeitung unterscheiden lassen. Davanloo (2001) hat 2 Gruppen von Patienten definiert, die sich in Ausmaß und Art der Widerstände unterscheiden. *Psychoneurotische* Patienten besitzen eine intakte intrapsychische Struktur und zeigen in den Behandlungen lediglich reifere Abwehrmechanismen. Solche Patienten erleben keine Denkstörungen und weisen keine primitiven Abwehrstrukturen auf, wie die projektive Identifikation. *Fragile* Patienten hingegen haben unbewusste Ängste, die sich durch Denkstörungen bis hin zu Dissoziationen äußern. Sie haben primitive Abwehrmechanismen entweder bei niedrigem, mittelgradigem oder hohem Level einer Gefühlsaktivierung (Davanloo 2001). Solche Muster lassen auf ein niedrig entwickeltes Strukturniveau schließen. Die Vorgehensweise in der IS-TDP ist für psychoneurotische und für fragile Patienten unterschiedlich. Psychoneurotische Patienten werden aktiv mit ihrem Abwehrverhalten konfrontiert, da sie über eine höhere Toleranz Gefühle auszuhalten verfügen. Bei fragilen Patienten müssen diese Fähigkeiten erst allmählich aufgebaut werden (Davanloo 1990; Whittemore 1996; Abbass und Bechard 2007). Letztere Herangehensweise gilt ebenso für Patienten mit schwer de-

pressiver Symptomatik und somatoformen Störungen, wie der Konversionsstörung oder dem Reizdarmsyndrom (Davanloo 2005). Patienten mit psychotischen Störungen können von dem Konzept der IS-TDP, Fähigkeiten zur Gefühlsregulation aufzubauen, ebenso profitieren (Abbass et al. 2014, unveröffentlichte Daten; Abbass 2002). Bei der Arbeit mit psychotischen Patienten ist die Herangehensweise eine unterstützende und verzichtet auf jegliche Herausforderung des Abwehrverhaltens. Die Therapie soll emotionales Lernen aktiv fördern. Hierbei werden die unbewussten Prozesse genau studiert, um den Patienten weiterhin zu stärken, seine Gefühle zu meistern und seine Angsttoleranz zu verbessern. Gelingt dies, können darüber hinaus die neu erlernten Fähigkeiten dazu dienen, unbewältigte Emotionen zu erleben, um Trauer durch Verlust zu erleichtern oder innere Konflikte zu lösen. Auch Verluste durch Krankheit und Gefühle bezüglich Behandlungen oder Hospitalisierung können betrauert werden (Abbass et al. 2014, unveröffentlichte Daten).

### Therapeuten

Die Behandelnden sind approbierte Therapeuten, darunter ein erfahrener Experte, Trainer und Supervisor der IS-TDP-Methode sowie Therapeuten in IS-TDP-Ausbildung. Alle Therapeuten nahmen an wöchentlichen Kleingruppensupervisionen teil, die von dem Experten geleitet wurden. In den Supervisionssitzungen wurden Videoaufnahmen der Einzelgespräche von Patient und Therapeut analysiert (Abbass 2004). Zusätzlich wurden die Therapeuten wöchentlich didaktisch geschult und ihnen wurde Fachliteratur über die IS-TDP zur Verfügung gestellt.

### Messinstrumente

Wirksamkeitseffekte wurden mit dem Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis und Melisaratos 1983) und einer 32-Item-Fassung des Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al. 1988) gemessen. Als Maß der allgemeinen Symptombelastung wurde der Global Severity Index (GSI) verwendet und dessen Erhebungsprozedur nach dem Manual des BSI abgeleitet.

Das Bestimmungsmaß des IIP war der Durchschnitt-Score aller auftretenden Probleme. Hierbei waren die Items von besonderem Interesse, die inhaltlich auf eine gute Bewältigung durch die IS-TDP deuteten, wie beispielsweise Selbstaufopferung oder mangelnde Selbstsicherheit. Alle Messungen wurden vor, zu Beginn und bei Abschluss der Therapie vorgenommen.

### Anstieg von komplexen Übertragungsgefühlen und Widerständen

Im Rahmen der IS-TDP können verschiedene Phasen der Aktivierung unbewusster Prozesse voneinander abgegrenzt werden (Davanloo 1990). Abhängig vom Grad des *Anstiegs der komplexen Übertragungsgefühle* unterscheiden sich Phasen der Mobilisierung von unbewussten emotionalen Prozessen bei gleichzeitigem Anstieg der Widerstände, der unbewussten Angst, des Erlebens der Gefühle und der unbewussten therapeutischen Allianz. Davanloo (2005) berichtet in seinen Fallstudien von einer vielfachen Replizierung der Phasen während seiner Behandlungen. Das Erschließen des Unbewussten setzt einen *hohen Anstieg an komplexen Übertragungsgefühlen* voraus, nachdem die Widerstände systematisch herausgefordert wurden. Mit *Erschließen des Unbewussten* ist gemeint, dass intensive komplexe Gefühle gegenüber dem Therapeuten oder einer gegenwärtigen Person erlebt werden und das Bild einer Person der Vergangenheit auftaucht. In der IS-TDP gilt die Annahme, dass die Passage der komplexen Gefühle gegenüber einer Person der Vergangenheit durch die komplexen Gefühle gegenüber dem Therapeuten in der Sitzung getriggert werden. Das führt zu emotionsgeladenen Erinnerungen an schmerzhafte Gefühle, Situationen und Ereignisse aus der Vergangenheit, wie etwa traumatische Erfahrungen aus der Kindheit. Typischerweise ist der Patient in diesem Zustand frei von Angst und zeigt keine Abwehrmechanismen. Von dem Durchbruch ausgehend, ist es nun möglich, weitere Verbindungen zwischen der Vermeidung von Gefühlen, die in der traumatisierten Kindheit entstan-

den sind, und dem gezeigten Abwehrverhalten während der Therapie aufzulösen (Davanloo 2005; Town et al. 2013).

Um den Anstieg an komplexen Übertragungsgefühlen messen zu können, haben wir in dieser Studie eine quantitative Codierung verwendet. Die Kategorien definieren sich wie folgt: (1) geringer Anstieg komplexer Übertragungsgefühle, (2) hoher Anstieg komplexer Übertragungsgefühle, (3) teilweiser Durchbruch ins Unbewusste, (4) tiefgreifender Durchbruch ins Unbewusste und (5) umfassender Durchbruch ins Unbewusste. Eine detaillierte Ausführung dieser Phasen findet sich in den Veröffentlichungen von Davanloo (2001, 2005). Da eines der Hauptziele der Studie war herauszufinden, ob die Durchbrüche ins Unbewusste der Kategorien 4 und 5 den Therapieerfolg vorhersagten, haben wir zusätzlich die binären Variablen 1 = „P. erlebte einen Durchbruch ins Unbewusste“ und 0 = „P. erlebte keinen Durchbruch ins Unbewusste“, hinzugefügt.

Laut Davanloo (1990, 2001, 2005) hängt ein Anstieg der komplexen Übertragungsgefühle von *Art und Grad des Widerstands* eines Patienten zu jedem Zeitpunkt der Behandlung ab. Der Widerstand ist definiert als jede unbewusste oder vormals unbewusste Abwehr, die in der therapeutischen Beziehung vorkommt.

Aufgrund Daten mehrerer Hundert Patienten definierte Davanloo (2001, 2005) *Patiententypen* und deren Widerstand, unterschieden nach Abwehrformen und dem vom Patienten gezeigten Entladungsmuster der Angst. Es gilt – wie oben beschrieben – laut dieser Kategorisierung ein Patient als fragil, wenn er perzeptive und kognitive Denkstörungen sowie primitive Abwehrmechanismen zeigt. Bleibt diese Feststellung aus, ist der Patient als psychoneurotisch kategorisiert. Aus diesen Annahmen heraus formulierte Davanloo (1990) 2 Arten des Widerstands, deren Ausprägungen jeweils entlang eines Spektrums eingeteilt werden können. Diese Spektren bezeichnete Davanloo (1990) als „Spektrum der Patienten mit fragiler Abwehr“ und „Spektrum der Patienten mit psychoneurotischer Abwehr“. Für die *Art der Widerstände* haben wir in dieser

Untersuchung folgende Codierung verwendet: (1) niedriger Widerstand, (2) moderater Widerstand, (3) hoher Widerstand, (4) fragil und (5) psychotisch. Da wir uns als Ziel dieser Studie gesetzt hatten, die Art des Widerstands einzubeziehen, wurden 2 Variablen mit binärer Codierung hinzugefügt (0: „niedriger bis hoher Widerstand“ und 1: „fragil oder psychotisch“). Die Codierung von *Widerstand* und *Anstieg der komplexen Übertragungsgefühle* wurde in den Supervisionssitzungen durch den Leiter und anhand der Videoaufnahmen vorgenommen.

## Statistische Analysen

Die in dieser Veröffentlichung vorgestellte Untersuchung ist insofern eine offene Studie, als dass sie keinen Kontrollgruppenvergleich bietet. Durchgeführt wurden Analysen zu längsschnittlichen Veränderungen innerhalb der Therapeutengruppen- sowie Hypothesenprüfungen des positiv prädiktiven Effekts des *Erschließens des Unbewussten*, bezogen auf die Effekte der Therapie. Die Wachstumskurvenmodelle wurden mit SPSS Version 21 (SPSS, Inc., Chicago, IL) berechnet und folgten den von Singer und Willet (2003) beschriebenen Verfahren.

Wachstumskurvenmodelle der Entwicklungsverläufe von BSI und IIP wurden ebenfalls errechnet und überprüft.

Eine Reihe von Wachstumsmodellen der Verlaufskurven des BSI und des IIP wurde berechnet und überprüft. Zunächst wurden dabei Wachstumskurvenmodelle beider Variablen ohne Zunahme des Prädiktors geschätzt, um den durchschnittlichen Verlauf der Therapie zu untersuchen.

Die Gleichungen der Wachstumskurven, für die Schätzung des Therapieerfolgs über den zeitlichen Verlauf ohne Prädiktor, ergeben sich wie folgt:

### Level-1-Modell

$$Y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \times \text{Zeit}_{ij} + \epsilon_{ij}$$

### Level-2-Modell

$$\text{Konstante: } \pi_{0i} = \gamma_{00} + \zeta_{0i}$$

$$\text{Steigung: } \pi_{1i} = \gamma_{10} + \zeta_{1i}$$

$$\epsilon_{ij} \sim N(0, \sigma_{\epsilon}^2),$$

$$\zeta_{0i} \sim N(0, \sigma_0^2),$$

$$\zeta_{1i} \sim N(0, \sigma_1^2).$$

Konstante und Steigung durften kovariieren. Fehler, die zeitlich hinweg aufgetreten sind, wurden als unkorreliert angenommen. Der Zeitfaktor wurde wie folgt codiert: 0 für die Zeit vor Behandlungsbeginn, 0,25 für die Folgeuntersuchung und 1 für die Abschlussuntersuchung. Länge und Wartezeit vor Beginn einer Therapie variierten individuell. Daher wurde die Zeitcodierung nach einer Schätzung der durchschnittlichen Wartezeit zwischen der Probesitzung und der Diagnostik nach der letzten Sitzung durchgeführt, die ein Drittel der durchschnittlichen Gesamtbehandlungszeit ausmachte.

In der zweiten Phase wurden bedingte Wachstumsmodelle geschätzt, um zu sehen, inwiefern sich die Merkmalsausprägungen des Therapieergebnisses (BSI und IIP) über die Zeit hinweg unterscheiden, wenn von einem Erschließen des Unbewussten unbewusster Gedankeninhalte ausgegangen wird. Hinzugerechnet wurde der Prädiktor Erschließen des Unbewussten – hierbei als binär codiert und zeitlich invariant. Inhaltlich spiegelt diese Annahme somit wider, dass das Erschließen des Unbewussten, je nachdem, ob es auftritt bzw. nicht auftritt, das Therapieergebnis positiv beeinflusst, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt der Therapie es sich ereignet. Geschlecht, Alter, Art des Behandlungswiderstands, Gesamtzahl an Sitzungen und Therapeutenerfahrung wurden als potenzielle Kontrollvariablen betrachtet. Die Anzahl der Sitzungen wurde in den Modellen  $\log_{10}$ -transformiert, um die Normalität zu verbessern. Um zu bestimmen, ob zu irgendeinem Zeitpunkt Unterschiede in den Werten des BSI oder des IIP auftraten, wenn eine der oben genannten Variablen als Bedingung hinzugerechnet wurde, wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Zeichnete sich ein signifikanter Unterschied ab, wurde der Prädiktor in die Analyse aufgenommen.

Um die Unterschiede in den binären Prädiktorvariablen auf Signifikanz zu prüfen, wurden unabhängige t-Tests benutzt. Für die Prädiktoren, die von

**Tab. 1** Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektgrößen (Cohens *d*) für Brief Symptom Inventory (BSI) und Inventory of Interpersonal Problems (IIP)

	Behandlungsbeginn (SD)	<i>n</i>	Behandlungsende (SD)	<i>n</i>	Durchschnittliche Differenz (SD)	<i>n</i>	Effektgröße (95 %-KI)
BSI	1,60 (0,75)	412	0,92 (0,77)	168	0,67 (0,69)	168	0,87
IIP	1,51 (0,64)	390	0,99 (0,68)	144	0,53 (0,63)	142	0,83

95 %-KI 95 %-Konfidenzintervall, SD Standardabweichung

einer kontinuierlichen Ausprägung in Quartile übersetzt wurden, wurde eine einseitige „analysis of variance“ (ANOVA) durchgeführt.

Unser Verfahren berücksichtigt alle vorhandenen Daten und lässt sich so als „Intention-to-treat“-Analyse bezeichnen. Die „Full-information-maximum-likelihood“-Methode wurde verwendet, da sie eine erwartungstreue Schätzfunktion unter der weniger restriktiven Annahme zulässt, dass die Unvollständigkeit der Daten durch die Messvariablen bzw. Prädiktoren (Little und Rubin 2002) bedingt ist und nicht durch zufälliges Ereignis („missing at random“, MAR; Mallinckrodt et al. 2001). Um weiter auf fehlende Daten einzugehen und Informationen über potenziell zugrunde liegende Einflussfaktoren zu erhalten, wurde zusätzlich nach Mustern in den fehlenden Sätzen gesucht (Little und Wang 1996; Hedeker und Gibbons 1997). Da es keine offiziell gemeldeten Abbrüche gab, haben wir fehlende Daten, die durch ausgebliebene Angaben zur Therapie entstanden, wie Datensätze behandelt, die aus anderen Gründen ausgeblieben waren.

Die Effektstärken innerhalb der Gruppen (Cohens *d*) wurden durch die Differenz der beobachteten Prä-post-Mittelwerte, geteilt durch die gepoolte Standardabweichung, berechnet (Borenstein et al. 2011).

## Ergebnisse

### Baseline-Charakteristiken und Stichprobenumfang

Insgesamt wurden 1010 Klinikpatienten für die Studie vorgeschlagen. Davon hatten 500 eine Probetherapiestunde und gaben zuvor Auskunft über ihr Befinden. Von diesen 500 erhielten 412 Patienten mindestens eine Folgebehandlung und wurden somit in die Evaluation ein-

bezogen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 41,5 Jahre (SD 12,7, mit 34 % fehlenden Altersangaben), und 59,0 % der Teilnehmer waren weiblich. Die am häufigsten gestellten DSM-IV-Diagnosen werden folgender Rangfolge nach aufgeführt: somatoforme Störung (58,7 %), Angststörung (53,4 %), Cluster-B- und Cluster-C-Persönlichkeitsstörung (18,2 % und 36,7 %) sowie Major-Depression (39,3 %). Außerdem handelte es sich zu 45,6 % um Patienten mit chronischem oder wiederkehrendem Kopfschmerz, zu 31,3 % um Schmerzpatienten, zu 23,5 % um Patienten mit Reizdarmsyndrom und zu 14,1 % um Patienten mit Fibromyalgie. Die Patienten bekamen im Durchschnitt 10,2 Sitzungen (SD 13,3, Range 2–100, Median 5). Eine vollständige Beschreibung der Verteilung der Patienten findet sich in [Abb. 1](#).

### Datenverluste

Übrigblieben 118 Patienten mit nur einer Folgebehandlung. Für diese Gruppe war die einmalige Folgebehandlung gleichzeitig die letzte Sitzung. Von den 118 Teilnehmern füllten 83 den BSI und 72 den IIP in ihrer letzten Sitzung aus (fehlende Angaben somit 29,7 % und 39,0 %). Von den 294 Teilnehmern mit mehr als 2 Sitzungen vervollständigten 168 und 142 den BSI bzw. IIP schließlich (bzw. 42,9 % und 51,7 % fehlende Fragebogendaten). Somit resultierte in dieser Studie bei den Schlussbeurteilungen ein Datenverlust von insgesamt 39,1 % für den BSI und 48,1 % für den IIP. Genauere Erläuterungen finden sich in [Abb. 1](#).

### Therapeuten und Training

Es wurden 220 Fälle (53,4 %) von 4 approbierten Psychiatern oder einem Psychologen behandelt. Die durchschnitt-

lichen Ausbildungsbehandlungsstunden dieser Behandler summierten sich auf 1374,6 Stunden (SD 817,6 Stunden, einschließlich didaktischer Schulung und Videogruppensupervisionssitzungen). Von der Gesamtzahl dieser Fälle wurden 115 durch einen Psychiater therapiert, der als Experte mit mehr als 2000 absolvierten IS-TDP-Ausbildungsstunden gilt. Es wurden 192 Fälle (46,6 %) von 43 IS-TDP-Auszubildenden behandelt, die zu dem Zeitpunkt durchschnittlich 229,6 Ausbildungsstunden absolviert hatten (SD 208,9). Die Gruppe der Auszubildenden bestand aus Assistenzärzten der Psychiatrie (*n* = 29) und diversen anderen Studenten in Ausbildung (*n* = 14).

### Widerstand und Erschließen des Unbewussten

Für 408 (99,0 %) der 412 Teilnehmer, die in die Studie aufgenommen wurden, lagen Daten bezüglich der Art und des Ausmaßes der Widerstände vor. Davon erfüllten 289 Patienten (70,8 %) die Kriterien für *psychoneurotische* Patienten, während 119 (29,2 %) in *fragil* (*n* = 86) oder *psychotisch* (*n* = 33) einzustufen waren. Außerdem erlebten 153 der 411 Teilnehmer (37,2 %) mindestens einmal einen Durchbruch ins Unbewusste während der Behandlungszeit (fehlende Daten zu einem Patienten).

### Zeitliche Effekte (Wachstumskurvenmodelle ohne Prädiktor)

#### BSI

Ergebnisse des prädiktorfreien Wachstumsmodells für den BSI lassen auf eine bedeutsame Varianz in der Konstante („intercept“) sowie in der Steigung (zeitliche Abnahmerate des BSI-Score) schließen.

Der durchschnittliche Entwicklungsverlauf des BSI wurde von einem Ausgangspunkt von 1,58 bis zu einer stetigen Abnahme auf 0,70 über die Behandlungsdauer hinweg geschätzt. Die Kovarianz zwischen Konstante und Steigung war  $-0,10$ , was daraufhinweist, dass Teilnehmer mit einem hohen Ausgangswert des BSI auch einen steileren Ent-

wicklungsverlauf erlebt haben. Effektgrößen der beobachtbaren Mittelwerte waren Cohens  $d = 0,87$  (95 %-Konfidenzintervall [95 %-KI] 0,71–1,03), was für einen deutlichen Effekt der Behandlung spricht. Mittelwerte und Standardabweichungen des BSI sind in **Tab. 1** zusammengefasst.

## IIP

Das Wachstumsmodell ohne Prädiktorannahme des IIP deutete signifikante Varianzen beider Regressionsvariablen an. Die Kovarianz zwischen Konstante und Steigung betrug  $-0,07$  ( $p = 0,07$ ). Wie auch zuvor angenommen, ergab ein höherer IIP-Wert als Ausgangslage eine deutlichere Abnahmerate (Steigung) über den Behandlungszeitraum hinweg. Angenommen wurde eine Veränderung von 1,50 zu Anfang hinunter auf einen Wert von 0,59 IIP-Einheiten. Die Effektstärke zeigte mit Cohens  $d = 0,83$  (95 %-KI 0,64–1,02) einen großen Effekt der beobachtbaren Mittelwerte. Diese sind ebenfalls abzulesen in **Tab. 1**.

## Assoziationen zwischen dem Erschließen des Unbewussten und dem Therapieergebnis (bedingtes Wachstumskurvenmodell)

### Kontrollprädiktoren

Art des Widerstands, Therapeutenerfahrung, Geschlecht der Patienten, Alter der Patienten und Anzahl der Sitzungen (in  $\log_{10}$ ) wurden als Prädiktoren im zweiten Schritt der Wachstumskurvenanalyse dem Modell hinzugerechnet. Die Erfahrung der Therapeuten wurde sowohl durch den Vergleich zwischen Auszubildenden und Nichtauszubildenden als auch durch den Vergleich der Expertenergebnisse mit allen übrigen Therapierenden untersucht. Die Datenanalyse der Prädiktoren zu sämtlichen Erhebungszeiträumen zeigte zudem Unterschiede der BSI-Ausgangswerte bei fragilen und psychotischen Patienten mit erheblichen Belastungssymptomen, im Vergleich mit psychoneurotischen Patienten (unabhängiger  $t$ -Test,  $t(406) = 4,3$ ,  $p < 0,001$ ), mit einem ähnlichen Verlauf bei den IIP-Ausgangswerten (unabh.  $t(384) = 1,9$ ,  $p = 0,06$ ) und Endwerten (unabh.  $t(2219) = 1,8$ ,  $p = 0,08$ ).

Zudem war in den Vergleichen beim IIP erkennbar, dass diejenigen Therapeuten, die von unerfahrenen Therapeuten geführt wurden, eher beendet wurden als die von erfahreneren Therapeuten. Dabei erzielten die 43 Auszubildenden schlechtere Resultate als die 6 ausgebildeten Therapeuten (unabh.  $t(142) = 2,3$ ,  $p < 0,05$ ). Der Experte wiederum erzielte bessere Ergebnisse als alle 48 Behandelnden (unabh.  $t(142) = 2,6$ ,  $p < 0,05$ ). Die ANOVA, die für die  $\log_{10}$ -transformierte Anzahl der Sitzungen durchgeführt wurde, zeigte einen Unterschied des IIP-Score bei Behandlungsende ( $F(3, 204) = 3,26$ ,  $p < 0,05$ ). Ein Blick auf die Rohdaten der IIP-Abschlusswerte ergab, dass Patienten, die eine erste und zweite Behandlung bekamen, zu dem gegebenen Zeitpunkt einen geringeren IIP-Wert hatten als Patienten, die die Behandlung fortsetzten. Dieser Unterschied war signifikant (unabh.  $t(222) = 2,46$ ,  $p < 0,05$ ). Es gab keine weiteren Unterschiede hinsichtlich des Vergleichs der Anzahl der Sitzungen bei den BSI- und IIP-Werten (alle  $F < 1,98$ , alle  $p > 0,11$ ). Zu keinem Zeitpunkt gab es geschlechtsspezifische Unterschiede (alle  $t < 1,5$ , alle  $p > 0,14$ ). Altersunterschiede waren ebenfalls nicht gegeben (alle  $F < 1,82$ , alle  $p > 0,14$ ). Aufgrund dieser Befunde entschlossen wir uns letztlich, Behandlungswiderstand, Therapeutenstatus, Erfahrung und Anzahl der Behandlungen ( $\log$ ) als Kontrollprädiktoren zu wählen.

### BSI

In einem Wachstumskurvenanalysemodell ohne Prädiktorkontrolle im ersten Modell wurde die Binärvariable, die das Vorhandensein von *Erschließen des Unbewussten* codiert (hier als *Erschließen* bezeichnet), in der zweiten Stufe der Analyse als zeitlich invarianter Prädiktor hinzugefügt und in der Interaktion mit den Baseline-Werten (Konstante) und Verlaufsduer verglichen. Letztere Gegenüberstellung diente zur Bestimmung, ob sich über die Zeit hinweg ein signifikanter Effekt bei einer Interaktion von *Erschließen* und BSI-Wert zeigt (d. h. die vorhergesagte Symptomveränderung während der Behandlung). In dieser Stufe der Analyse war das *Erschließen* nahe der Signifikanzgrenze ( $p = 0,08$ ).

In der nächsten Stufe wurde überprüft, ob die Annahme über den Zusammenhang zwischen *Erschließen* und BSI-Ausprägung immer noch besteht, wenn man den Einfluss von Behandlungswiderstand, Ausbildungsstatus, Expertise und Anzahl ( $\log$ ) der Behandlungen berücksichtigt (hier als Widerstand, *Azubi*, *Experte* und  $\log(\text{Sitzungen})$  bezeichnet). Dafür diente eine Wachstumskurvenanalyse mit Prädiktor im zweiten Modell; *Widerstand*, *Azubi*, *Experte* und  $\log(\text{Sitzungen})$  wurden als zeitlich invariante Prädiktoren gewählt und die Interaktion mit BSI-Baseline (Konstante) und BSI-Veränderung (Steigung) gesetzt. *Widerstand* und *Experte* zu Konstante und Verlauf waren signifikant und wurden beibehalten. *Azubi* und  $\log(\text{Sitzungen})$  interagierten mit der Konstanten und der Steigung, beide nichtsignifikant. Zu guter Letzt gaben wir Informationen fehlender Daten, vor- und nach den Behandlungsanamnesen, in Interaktion mit Konstante und Verlauf, um festzustellen, ob Lücken in den Daten etwas mit dem Ergebnis zu tun haben (Little und Wang 1996; Hedeker und Gibbons 1997). Keine dieser Interaktionen war signifikant, und Informationsangaben zu fehlenden Daten konnten verworfen werden. Im finalen Modell (Details in **Tab. 2**) war die *Erschließen*-zu-Verlauf-Interaktion signifikant ( $p < 0,05$ ). Die geschätzten Mittelwerte des Modells sind in **Abb. 2** dargestellt. Die Formeln der finalen BSI-Modelle werden wie folgt aufgeführt:

#### Level-1-Model

$$Y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \times \text{Zeit}_{ij} + \epsilon_{ij}$$

#### Level-2-Model

Achsenabschnitt:

$$\pi_{0i} = \gamma_{00} + \gamma_{01} \times \text{Erschließen}_i + \gamma_{02} \times \text{Widerstand}_i + \gamma_{03} \times \text{Experte}_i + \zeta_{0i}$$

Steigung:

$$\pi_{1i} = \gamma_{10} + \gamma_{11} \times \text{Erschließen}_i + \gamma_{12} \times \text{Widerstand}_i + \gamma_{13} \times \text{Experte}_i + \zeta_{1i}$$

**Tab. 2** Wachstumskurvenmodelle mit Verlaufsschätzung für Brief Symptom Inventory (BSI) und Inventory of Interpersonal Problems (IIP) vor Beginn der Therapie (Baseline) bis zum Therapieende

		BSI		IIP			
		Parameter	Wachstumskurvenmodell ohne Prädiktor	Finales Wachstumskurvenmodell	Wachstumskurvenmodell ohne Prädiktor	Finales Wachstumskurvenmodell	
<b>Unabhängige Effekte</b>							
Anfangsstatus, $\pi_{0i}$	Konstante	$\gamma_{00}$	1,58***	1,58***	1,50***	1,45***	
	Erschließen	$\gamma_{01}$				0,03	
	Widerstand	$\gamma_{02}$				0,15*	
	Expertise	$\gamma_{03}$					
Veränderungsrate, $\pi_{1i}$	Konstante	$\gamma_{10}$	-0,70***	-0,70***	-0,59***	-0,50***	
	Freisetzen	$\gamma_{11}$				-0,20*	
	Widerstand	$\gamma_{12}$					
	Expertise	$\gamma_{13}$					
<b>Varianzkomponenten</b>							
Level 1	Within-Person	$\sigma_{\epsilon}^2$	0,16***	0,16***	0,13***	0,13***	
Level 2	In Initialstatus	$\sigma_0^2$	0,42***	0,42***	0,31***	0,31***	
	In Veränderungsrate	$\sigma_1^2$	0,17**	0,17**	0,14**	0,13*	
	Kovarianz		$\sigma_{01}$	-0,10*	-0,10*	-0,07 <sup>tr</sup>	-0,06
<i>tr</i> trend							
* $p < 0,05$							
** $p < 0,01$							
*** $p < 0,001$							

$$\epsilon_{ij} \sim N(0, \sigma_{\epsilon}^2),$$

$$\zeta_{0i} \sim N(0, \sigma_0^2),$$

$$\zeta_{1i} \sim N(0, \sigma_1^2).$$

## IIP

*Erschließen* wurde als Prädiktor hinzugefügt und erreichte in der Interaktion mit Zeit beinahe die Grenze zur Signifikanz ( $p = 0,07$ ). *Widerstand* war in der Interaktion mit dem Achsenabschnitt, nicht jedoch mit dem Anstieg signifikant und wurde aus dem Endmodell herausgenommen. Weder *Auszubildender*, *Experte* oder  $\log(\text{Behandlungen})$  waren signifikant in der Interaktion mit dem Achsenabschnitt oder der Steigung und wurden somit ebenfalls aus der Rechnung entfernt. In dem endgültigen Modell war die *Erschließen-zu-Zeit*-Interaktion signifikant ( $p < 0,05$ ). Wie auch in dem BSI-Modell hatten die fehlenden Datensätze keine signifikante Relevanz und wurden im letzten Modell nicht berücksichtigt. Die Ergebnisse des IIP-Modells sind in **Abb. 2** aufgeführt. Details zum finalen Modell sind in **Abb. 2** und in den folgenden Gleichungen ersichtlich:

### Level-1-Model

$$Y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \times \text{Zeit}_{ij} + \epsilon_{ij}$$

### Level-2-Model

Achsenabschnitt:

$$\pi_{0i} = \gamma_{00} + \gamma_{01} \times \text{Erschließen}_i + \gamma_{02} \times \text{Widerstand}_i + \zeta_{0i}$$

Steigung:

$$\pi_{1i} = \gamma_{10} + \gamma_{11} \times \text{Erschließen}_i + \zeta_{1i}$$

$$\epsilon_{ij} \sim N(0, \sigma_{\epsilon}^2),$$

$$\zeta_{0i} \sim N(0, \sigma_0^2),$$

$$\zeta_{1i} \sim N(0, \sigma_1^2).$$

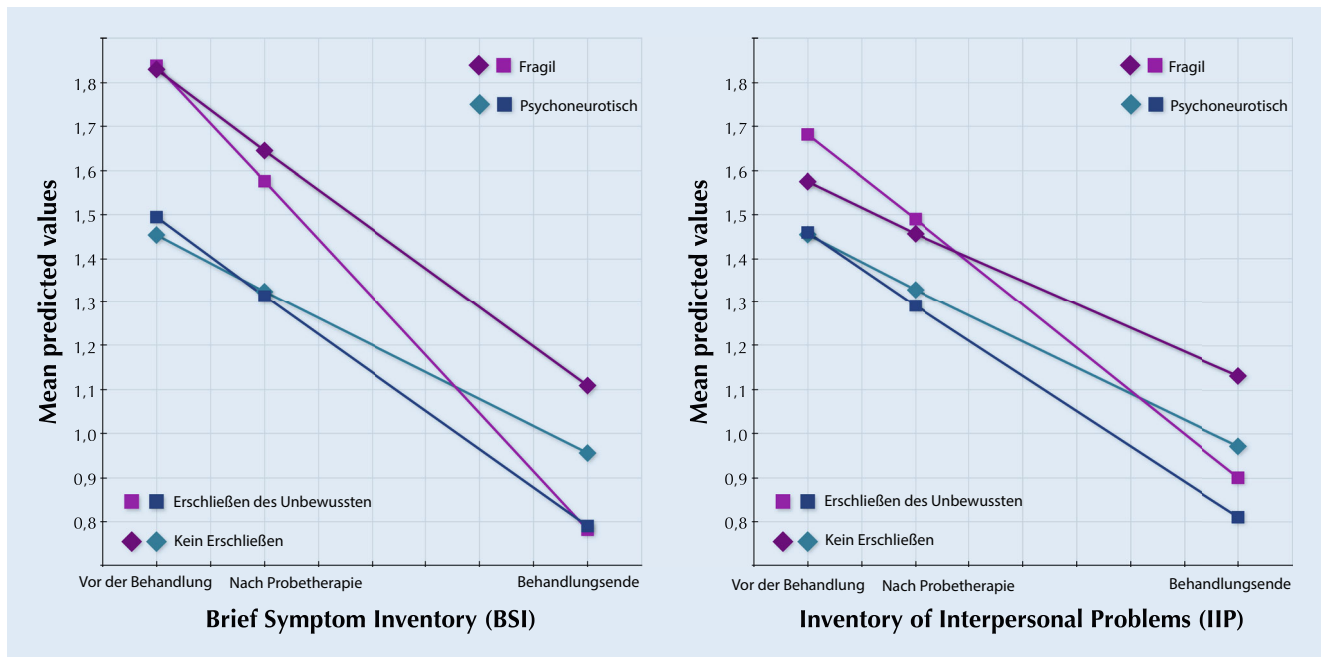
## Diskussion

In diesem Beitrag konnten wir bei einer großen Zahl von Patienten die Wirksamkeit von Davanloos IS-TDP, angewendet von mehreren unterschiedlich erfahrenen Therapeuten, bestätigen. Es ist anzumerken, dass es sich bei dem Untersuchungsort um eine Hochschulklinik han-

delt, in der man von einer Patientengruppe hätte ausgehen können, die eine größere Behandlungsresistenz vorweist, als dies in anderen Kliniken der Fall gewesen wäre. Somit trägt die Studie zur Evidenzbasierung der IS-TDP bei und leistet zudem einen Beitrag zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapieansätze i. Allg. In einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse randomisierter kontrollierter Klinikstudien über die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien (Town et al. 2012a) fand sich eine geschätzte gesamt within-group Effektstärke von Cohens  $d = 1,01$  (95 %-KI 0,86–1,16). Eine weitere Studie, die die generelle Wirksamkeit psychotherapeutischer Depressionsbehandlungen in einer Stichprobe aus 5704 Klinikpatienten in betreuter Unterbringung evaluierte (Minami et al. 2008), ergab eine Schätzung von Cohens  $d = 0,75$  (95 %-KI 0,72–0,77). Die hier präsentierte Studie ist in ihren Ergebnissen (Effektstärken Cohens  $d = 0,87$ , 95 %-KI 0,71–1,03 und  $d = 0,83$ , 95 %-KI 0,64–1,02 für BSI resp. IIP) somit vergleichbar zu anderen Befunden aus randomisierten kontrollierten und klinischen Wirksamkeitsstudien zu psychodynamischen Psychotherapien.

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass ein weitgehendes Erschließen des Unbewussten während einer Behandlung einen besseren Therapieerfolg vorhersagt. Diese Einschätzung unterstützt eine zentrale Annahme der IS-TDP und bietet nach unserem Kenntnisstand als erste Studie eine systematische Überprüfung an einer großen Klinikstichprobe (Town et al. 2013). Auch stimmen die Resultate mit anderen Forschungsergebnissen überein, die einen Anstieg der Therapiewirksamkeit durch affektive Erlebnisse in psychodynamischen Psychotherapien nachweisen (Whelton 2004; Diener et al. 2007; Diener und Hilsenroth 2009; Salvadori 2010). Es wird darüber hinaus angenommen, dass ein starker emotionaler Durchbruch in der IS-TDP von der therapeutischen Fähigkeit, Widerstände während der Therapie systematisch herauszufordern, abhängt. Wir gehen davon aus, dass die Ergebnisse dieser Studie die neuen Forschungsergebnisse bestätigen, die eine Beziehung zwischen der Aktivie-





**Abb. 2** ▲ BSI- und IIP-Werte. Geschätzte Mittelwerte des Brief Symptom Inventory und des Interpersonal Problems vor der Behandlung (Baseline), nach der Probetherapie und nach Beenden der Therapie

nung von Affekten und vorangegangener aktiver Konfrontation des Therapeuten betonten (Town et al. 2012b).

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Erschließen des Unbewussten und dem Therapieerfolg fügten wir eine Reihe von Prädiktorvariablen hinzu, darunter auch die genannten Arten des Widerstands. Der Zusammenhang zwischen Widerstand und Therapieerfolg kann als getrennt auftretender Effekt betrachtet werden, nach der Beurteilung des Erschließens des Unbewussten als Hauptvariable. Fragile oder psychotische Patienten wiesen stärkere Symptombelastungen zu Anfang der Therapie auf als psychoneurotische Patienten. Dies macht Sinn, wenn von den Erklärungsansätzen der psychodynamischen Theorien ausgegangen wird. Demnach weisen Individuen mit primitiven Abwehrmechanismen (fragil oder psychotisch) diese deshalb auf, weil sie in ihrer Kindheit stärkeren und/oder kontinuierlichen traumatischen Kindheitserlebnissen ausgesetzt waren, die wiederum bestätigtermaßen belastende Symptomausprägungen in der folgenden Entwicklung bedingen (Felitti et al. 1998; Edwards et al. 2003). Die fragilen Patienten unserer Untersuchungen zeig-

ten rapidere Veränderungen ihrer BSI-Werte als die psychoneurotischen Patienten. Hinsichtlich der Veränderungen der IIP-Werte fanden sich diese Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht. Um zu verstehen, wie es bei den fragilen Patienten zu dem größeren Ausmaß an Veränderung, sichtbar an den reduzierten Symptomen kommt, könnte es notwendig sein, über das Konzept des Erschließens des Unbewussten hinaus auch andere therapeutische Variablen zu betrachten. Wie zu Anfang beschrieben, beinhaltet die Behandlung von fragilen Patienten in der IS-TDP auch die verbesserte Fähigkeit, Emotionen zu tolerieren (Davanloo 1990; Whittemore 1996; Abbass und Bechard 2007). Demnach könnten unsere Ergebnisse darauf hinweisen, dass die Herangehensweise, dem Patienten zu einer verbesserten Fähigkeit der Emotionstoleranz zu verhelfen, zukünftig zum wesentlichen Interventionsbestand für Patienten mit primitiven Abwehrmechanismen, Persönlichkeitspathologien und Symptombelastungen zählen könnte. Replizierbar waren frühere Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Veränderungen der IIP-Werte und dem Erschließen des Unbewussten, aber

mit keinen anderen untersuchten prädiktiven Faktoren (Town et al. 2013). Wenn man annimmt, Veränderungen im IIP seien eher auf Charakter- als auf Symptomveränderungen zurückzuführen, muss bei einer durchschnittlichen Behandlung von 10,2 Sitzungen (Median 5) eingeräumt werden, dass die Therapie u. U. zu kurz war, um eine Verbesserung im IIP bewirken zu können. Die Frage bleibt also offen, ob sich bei längerer Behandlungszeit eine größere Varianz der IIP-Veränderung ergeben hätte, die dann durch weitere Prädiktoren neben dem Erschließen des Unbewussten erklärbar wären. Wie von Davanloo bereits hervorgehoben, könnten diese Befunde als Empfehlung dienen, dass es einer Therapiedauer von 20 bis 40 Sitzungen bedarf, wenn eine deutliche Charakteränderung bei psychoneurotisch bzw. 60 bis 80 Sitzungen bei fragil strukturierten Patienten gelingen soll (Davanloo 2005).

Ob erfahrene Therapeuten bessere Leistungen erbringen als Unerfahrene, ist in der Psychotherapieforschung ein viel diskutiertes Thema, mit bislang wenigen Nachweisen in der Literatur, die für einen Erfahrungsbonus sprechen (Hattie et al. 1984; Wampold und Brown 2005). Ähnlich verhält es sich auch

mit den Befunden aus unserer Studie, in der die professionellen Therapeuten (im Vergleich zu den Auszubildenden) trotz vielfach höherer Zahl von Ausbildungsstunden keinen deutlich besseren Therapieerfolg erzielen konnten. Ebenso spiegelt dieses Ergebnis Aussagen vorausgegangener Studien wider, in denen die Wirksamkeit der IS-TDP, die von Ärzten in Psychiatriebildung durchgeführt wurde, untersucht wurde und sich eine Verbesserung der Symptomatik sowie eine Senkung der Gesundheitskosten ergaben (Abbass 2004; Abbass et al. 2013). Jedoch deutlich besser als bei den anderen Therapeuten waren die Therapieergebnisse eines einzelnen Therapeuten, der als ausgewiesener Experte gilt. Dies ist in der Tat interessant, da die Bedeutung der Expertise in der Psychotherapie bisher größtenteils unerforscht ist (Tracey et al. 2014). Gründe für weiterführende Forschungen zur Expertenarbeit in der IS-TDP sind also hiermit gegeben. Beispielsweise könnte ergänzend die Art des Erschließens des Unbewussten als Qualitätsmaß für therapeutische Expertise untersucht werden.

Die Stärken der Studie lagen in der Stichprobengröße von 412 Patienten, in der Ausbildung und Schulung der IS-TDP-Therapeuten durch einen sehr erfahrenen IS-TDP-Experten sowie in der Wahl der Datenanalyse, die fortgeschrittene statistische Überprüfungen erlaubt und alle vorhandenen Daten nutzen kann. Ein weiterer Vorteil ist die Tatsache, dass mehrere Elemente dieser Studie eine hohe Generalisierung zulassen: Die Studie wurde in einem klinischen Rahmen durchgeführt, von Therapeuten mit großen Unterschieden in ihrer Erfahrung; sämtliche Patienten wurden durch ärztliche Empfehlung an die Spezialklinik weitergeleitet; zudem erlaubten die Aufnahmekriterien eine möglichst unterschiedlich beschaffene Stichprobe.

Allerdings sind auch in dieser Untersuchung vorhandene Limitationen anzusprechen. Erstens fehlte bei einer erheblichen Anzahl an Patienten die Befindlichkeitsbeurteilung im Anschluss an die Behandlung (wegen Abbruch o. Ä., 39,1 % beim BSI, 48,1 % beim IIP). Wir haben uns dem Problem genähert, in dem

wir auf Auswertungsverfahren zurückgriffen, die eine hohe Aussagekraft unter Annahme randomisierter fehlender Daten (MAR) nachgewiesen haben. Diese Annahme lässt zu, dass fehlende Daten gleichermaßen von den abhängigen Variablen (z. B. Symptombelastung) bzw. den Prädiktoren (Little und Rubin 2002) beeinflusst sein können. Dazu haben wir uns Modelle zunutze gemacht, die nach Mustern in den Datenlücken Ausschau halten (Little und Wang 1996; Hedeker und Gibbons 1997). Dennoch können wir, trotz der zuvor beschriebenen Berücksichtigung, nicht ausschließen, dass fehlende Daten sich auf die Ergebnisse auswirkten. Die eigentliche Abbruchrate war zudem ohnehin schwer zu beurteilen, da viele Patienten, die aus der Ferne angereist kamen, aus distanztechnischen Gründen nur einige Sitzungen in Anspruch nehmen konnten. An dieser Stelle ist anzumerken, dass Metastudien zu Therapieabbrüchen ähnliche Zahlen vorweisen. Bei 125 Psychotherapieerfolgswirksamkeitsstudien betrug die geschätzte durchschnittliche Abbruchquote 46,9 % (Wierzbicki und Pekarik 1993). Auch neuerdings hat eine Metaanalyse von 34 nichtrandomisierten systematischen Wirksamkeitsstudien zur kognitiv-behavioralen Therapie bei Depressionen ergeben, dass 40,0 % der Patienten die Therapie abbrachen (Hans und Hiller 2013). Unsere Zahlen ähneln auch den Ergebnissen einer Studie zur Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie bei Patienten mit Depression, in der 45,2 % der Studienteilnehmer herausfielen oder keine endgültige Bewertung möglich war (Driessen et al. 2013). Die zweite Limitation dieser Studie lag an der Tatsache, dass weder der Anstieg an komplexen Übertragungsgefühlen noch Grad bzw. Art des Widerstands mit validierten Instrumenten erfasst wurden. Die Messungen wurden von einem IS-TDP-Therapeuten und -Ausbilder durchgeführt, der über ein hohes Maß an Erfahrung verfügt. Wegen seiner Expertise gehen wir von einer guten Validierung und von einer Reliabilität der Messungen aus. Allerdings ist es möglich, dass durch die theoretische Ausrichtung des IS-TDP-Experten eine Kategorisierungspräferenz stattgefunden hat. Also

lässt sich zusammenfassend resümieren, dass Bedarf an der Entwicklung einheitlicher und replizierbarer psychometrischer Messinstrumente besteht, um die Konstrukte, die von Davanloo (1990, 2000, 2001, 2005) postuliert werden, besser zu erfassen. Drittens ist das Verhältnis zwischen *Erschließen* und Ergebnis korrelativ und nicht kausal. Daher können wir auch keinen Umkehrerfolg ausschließen, nämlich, dass die Symptomverbesserung einen emotionalen Durchbruch bewirkt haben könnte. Obwohl wir dies stark bezweifeln, da wir annehmen, einem emotionalen Durchbruch geht der Prozess des Zusammenbruchs des Widerstands durch systematische Herausforderung während der Behandlung voraus, erkennen wir die Notwendigkeit der Ursachenforschung bezüglich des Ergebnisses und der Ereignisse in den IS-TDP Sitzungen. An vierter Stelle ist zu bemängeln, dass die Selbstangabefragebogen nur an insgesamt 3 Zeitpunkten der Therapie, anstatt wöchentlich, erhoben wurden. Auch wenn eine wöchentliche Befragung der Befindlichkeit in der Praxis schwierig umzusetzen gewesen wäre, hätte sie doch zu einer besseren Schätzung des Therapieverlaufs beigetragen. Daran schließt sich die Problematik an, dass die genauen Zeiten von Therapiebeginn, -verlauf und -beendigung, nicht mitaufgenommen wurden und stattdessen eine grobe Schätzung für alle Patienten vorgenommen werden musste. Zuletzt hat auch das Design der Studie, das sich nicht durch eine Kontrollgruppe oder eine randomisierte Zuweisung der Patienten ergänzen lässt, keine Aussagen über die Wirkung aufgrund der Zeit zugelassen (z. B. spontane Verbesserungen oder Besserungen durch andere Behandlungen). Dies konnte auch nicht durch die Befragungsdaten vor Therapiebeginn ausgeglichen werden, da an dieser Stelle eine umfangreichere Befragung hätte durchgeführt werden müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass andere unbekannte Faktoren zu der Verbesserung der Symptome beigetragen haben und nicht die durchgeführte Therapie, auch wenn die kurze Behandlungsdauer und die chronische Symptombelastung

der Patienten dies unwahrscheinlich erscheinen lassen.

Wenn man von den Ergebnissen dieser Studie ausgeht, ist die weitere Erforschung der IS-TDP notwendig, insbesondere die weitere systematische Wirksamkeitsprüfung bei spezifischen Patientengruppen in randomisierten kontrollierten Studien. Ein möglicher Forschungsansatz wären Untersuchungen z. B. des Anstiegs der komplexen Übertragungsfühle während der Therapie, um detailliertere Untersuchungen zu den Auswirkungen auf das Erschließen des Unbewussten und auf den Behandlungserfolg durchzuführen. Zukünftig erforderlich bei Untersuchungen zur IS-TDP sind standardisierte Rating-Verfahren für den Anstieg der komplexen Übertragungsfühle sowie Art und Ausmaß des Widerstands. Somit wäre ein größeres Wissen über die Mechanismen der Veränderung durch IS-TDP möglich. Ein Leitfadensolch ein Rating ist in Entwicklung (Town und Abbass 2014, unveröffentlichte Daten).

## Fazit für die Praxis

**Diese Studie zeigt die Wirksamkeit von Davanloos IS-TDP in einer Hochschulklinik, ausgeführt durch Therapeuten unterschiedlichster Erfahrung. Auch bietet sie der Grundannahme der IS-TDP Unterstützung, dass das Erschließen des Unbewussten im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg steht. Weitere Forschung zur Wirksamkeit der IS-TDP und den zugrunde liegenden Mechanismen ist erforderlich.**

## Korrespondenzadresse

### R. Johansson

Centre for Emotions and Health, Dalhousie University  
Halifax, Nova Scotia, Canada  
robert.johansson@gmail.com

**Finanzierung.** Unterstützt wurde diese Forschung durch das Department of Psychiatry der Dalhousie University sowie dem Department of Health and Wellness der kanadischen Provinz Nova Scotia. Die Unterstützer waren nicht an dem Entwurf dieser Studie, der Datenherhebung oder Analyse, Publikationsangelegenheiten oder Gestaltung des Manuskripts beteiligt.

**Offenlegung der Zuschüsse.** Folgende Informationen über den finanziellen Zuschuss wurden durch die Autoren bekanntgegeben: Department of Psychiatry, Dalhousie University, Department of Health and Wellness for the province of Nova Scotia.

**Registration.** Die folgenden Informationen zur Anmeldung klinischer Studien wurden angegeben: ClinicalTrials.gov: NCT01924715.

**Danksagung.** Dieser Beitrag ist Dr. Habib Davanloo gewidmet, der unserer Überzeugung nach das Gebiet der Psychotherapie durch seine Forschung und Gestaltung des IS-TDP maßgeblich bereichert hat. Des Weiteren möchten wir unseren Dank erweitern auf Professor Gerhard Andersson der Linköping-Universität in Schweden, der dem Erstautor dieser Studie (R.J.) finanzielle Unterstützung während der Vollendungsphase des Projekts zukommen ließ.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Die Autoren geben an, keine in Konkurrenz stehenden Interessen zu verfolgen.

Die folgenden Informationen zur Ethikkommissionsakkreditierung wurden angegeben: The Capital District Health Authority Research Ethics Boards (Halifax, Nova Scotia) Genehmigung: 2007-050. Diese Studie ist eine Evaluation der Wirksamkeit einer Behandlung, die in einer Spezialklinik durchgeführt wird und nutzt anonymisierte Daten aus den Behandlungsunterlagen der Patienten.

## Literatur

- Abbass A (2002) Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder—preliminary report of a case series. *Can Child Psychiatry* 11:19–22
- Abbass A (2004) Small-group videotape training for psychotherapy skills development. *Acad Psychiatry* 28:151–155. doi:10.1176/appi.ap.28.2.151
- Abbass A (2006) Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depress Anxiety* 23:449–452. doi:10.1002/da.20203
- Abbass A, Becharad D (2007) Bringing character changes with Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Ad Hoc Bull Short Term Dyn Psychother* 11:26–40
- Abbass A, Lovas D, Purdy A (2008a) Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia* 28:1305–1314. doi:10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x
- Abbass A, Joffres MR, Ogrodniczuk JS (2008b) A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treat Crisis Interv* 8:164–170. doi:10.1093/brief-treatment/mhn001
- Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R (2009) Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM* 11:529–534
- Abbass A, Town JM, Driessen E (2012) Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harv Rev Psychiatry* 20:97–108. doi:10.3109/10673229.2012.677347
- Abbass A, Kisely S, Rasic D, Katzman JW (2013) Residency training in intensive short-term dynamic psychotherapy: methods and cost-effectiveness. *Psychiatr Ann* 43:508–512. doi:10.3928/00485713-20131105-06
- Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH (2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256:174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
- Baldoni F, Baldaro B, Trombini G (1995) Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Med* 11:79–84. doi:10.1002/smi.2460110115
- Borenstein M, Hedges LV, Higgins JP, Rothstein HR (2011) *Introduction to meta-analysis*. Wiley-Blackwell, Oxford
- Chartier MJ, Walker JR, Naimark B (2010) Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse Negl* 34:454–464. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.020
- CONSORT Group, Schulz KF, Altman DG, Moher D (2010) CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *PLoS Med* 7:e1000251 doi:10.1371/journal.pmed.1000251
- Davanloo H (1990) *Unlocking the unconscious: selected papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley, New York
- Davanloo H (2000) *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. Wiley, Chichester
- Davanloo H (2001) Intensive short-term dynamic psychotherapy: extended major direct access to the unconscious. *Eur Psychother* 2:25–70
- Davanloo H (2005) Intensive short-term dynamic psychotherapy. In: Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 52628–2652
- Derogatis LR, Melisaratos N (1983) The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychol Med* 13:595–605. doi:10.1017/S0033291700048017
- Diener MJ, Hilsenroth MJ (2009) Affect-focused techniques in psychodynamic psychotherapy. In: *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Springer, New York, 5227–247
- Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J (2007) Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 164:936–941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936
- Driessen E, Van HL, Don FJ, Peen J, Kool S, Westra D, Hendriksen M, Schoevers RA, Cuijpers P, Twisk JWR, Dekker JJM (2013) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 170:1041–1050. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12070899
- Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF (2003) Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry* 160:1453–1460. doi:10.1176/appi.ajp.160.8.1453
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of

- death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14:245–258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Hans E, Hiller W (2013) A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 33:954–964. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.003
- Hattie JA, Sharples CF, Rogers HJ (1984) Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychol Bull* 95:534–541. doi:10.1037/0033-2909.95.3.534
- Hedeker D, Gibbons RD (1997) Application of random-effects pattern-mixture models for missing data in longitudinal studies. *Psychol Methods* 2:64–78. doi:10.1037/1082-989X.2.1.64
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS (1988) Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 56:885–892. doi:10.1037/0022-006X.56.6.885
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, De Girolamo G, Gluzman S, Gureje O, Haro JM, Kawakami N, Karam A, Levinson D, Medina-Mora ME, Oakley Browne MA, Posada-Villa J, Stein DJ, Adley Tsang CH, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Berglund P, Gruber MJ, Petukhova M, Chatterji S, Ustün TB (2007) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 6:168–176
- Little RJ, Rubin DB (2002) *Statistical analysis with missing data*. Wiley, Hoboken
- Little RJ, Wang Y (1996) Pattern-mixture models for multivariate incomplete data with covariates. *Biometrics* 52:98–111. doi:10.2307/2533148
- Mallinckrodt CH, Clark WS, David SR (2001) Accounting for dropout bias using mixed-effects models. *J Biopharm Stat* 11:9–21. doi:10.1081/BIP-100104194
- Minami T, Wampold BE, Serlin RC, Hamilton EG, Brown GSJ, Kircher JC (2008) Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: a preliminary study. *J Consult Clin Psychol* 76:116–124. doi:10.1037/0022-006X.76.1.116
- Nanni V, Uher R, Danese A (2012) Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 169:141–151
- Salvadori A (2010) Is the experiencing of affect therapeutic? An investigation into the relationship between affect experiencing, degree of inhibition and distress in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. DClInPsy thesis, University of Sheffield
- Schore AN (2001) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J* 22:201–269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:13.0.CO;2-9
- Schore AN (2002) Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 36:9–30. doi:10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x
- Singer JD, Willett JB (2003) *Applied longitudinal data analysis: modeling change and event occurrence*. Oxford University Press, New York
- Town JM, Driessen E (2013) Emerging evidence for Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatr Ann* 43:502–507. doi:10.3928/00485713-20131105-05
- Town JM, Diener MJ, Abbas A, Leichsenring F, Driessen E, Rabung S (2012a) A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy* 49:276–290. doi:10.1037/a0029564
- Town JM, Hardy GE, Mc Cullough L, Stride C (2012b) Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychother Res* 22:208–219. doi:10.1080/10503307.2011.637243
- Town JM, Abbas A, Bernier D (2013) Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: Does unlocking the unconscious make a difference? *Am J Psychother* 67:89–108
- Tracey TJG, Wampold BE, Lichtenberg JW, Goodyear RK (2014) Expertise in psychotherapy: an elusive goal? *Am Psychol* 69:218–229. doi:10.1037/a0035099
- Ustün TB (1999) The global burden of mental disorders. *Am J Public Health* 89:1315–1318. doi:10.2105/AJPH.89.9.1315
- Wampold BE, Brown GSJ (2005) Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consult Clin Psychol* 73:914–923. doi:10.1037/0022-006X.73.5.914
- Whelton WJ (2004) Emotional processes in psychotherapy: evidence across therapeutic modalities. *Clin Psychol Psychother* 11:58–71. doi:10.1002/cpp.392
- Whittemore JW (1996) Paving the royal road: an overview of conceptual and technical features in the graded format of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *Int J Short Term Psychother* 11:21–39. doi:10.1002/(SICI)1522-7170(199603)11:13.0.CO;2-Q
- Wierzbicki M, Pekarik G (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pr* 24:190–195. doi:10.1037/0735-7028.24.2.190