



**Dokumentation
zur
Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie**

Anlage zum Antrag an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

|

November 2001

1. Name des Verfahrens

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

2. Definition bzw. Kurzbeschreibung des Verfahrens

„Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt wird“ (Psychotherapie-Richtlinien; Faber, Dahm, & Kallinke, 1999, S. 109). Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gehört zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren und „wurde der analytischen Psychotherapie als Sammelbegriff für Behandlungen mit enger begrenzten, modifizierten oder alternativen Konzepten gegenübergestellt“ (Faber et al., 1999, S. 31).

Die Bezeichnung „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ ist eine auf das deutsche Gesundheitssystem beschränkte, auch wenn Bezeichnungen wie „Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie“ oder „Psychodynamische Psychotherapie“ geläufiger werden. Dies geschieht in Anlehnung an den internationalen Sprachgebrauch, wo „psychodynamic“, „psychodynamique“, „psicodinamico“ etc. für die tiefenpsychologischen Methoden und Techniken, und auch dort in Abgrenzung zur Psychoanalyse, verwendet werden.

3. Einzelverfahren oder Gruppe von Verfahren?

„Als Sonderformen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können folgende Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen: Kurztherapie, Fokalthherapie, Dynamische Psychotherapie, niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung (Psychotherapie-Richtlinien; Faber et al., 1999, S. 109 und auch 32 ff).

4. Detaillierte Beschreibung des Verfahrens bzw. der Verfahren

Das Verfahren, seine Methoden und Techniken sind ausführlich im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien beschrieben. Darüber hinaus gibt es in nahezu jedem Lehrbuch der Psychotherapie ausführliche, mehr oder weniger übereinstimmende Beschreibungen, sodass hier auf eine Darstellung verzichtet werden soll (vgl. etwa Heigl-Evers, Heigl, Ott, & Rüger, 1997 (3.Auflg); Mertens, 1990; Reimer, Eckert, Hautzinger, & Wilke, 2001; Wöller & Kruse, 2001).

Zur Frage der Abgrenzung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von der Psychoanalyse bzw. der analytischen Psychotherapie verweisen Faber et al., 1999) auf die unterschiedliche Förderung und Bedeutsamkeit der Regression sowie auf die differente Handhabung der Übertragung, die den jeweiligen Indikationsbereich und die Behandlungstechnik bestimmen. In Fortführung

der Begriffsbestimmung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in den Psychotherapie-Richtlinien (s.o.) als einem modifizierten psychoanalytischen Verfahren, das auch alternative Methoden und Techniken integriert hat, lassen sich – neben den klassischen psychoanalytischen Interventionen - folgende spezifische therapeutische Techniken und Konzepte beschreiben:

- gemeinsame Erarbeitung von intersubjektiven Zielen, Rahmen und Methode
- fokussierte Übertragungs- und Widerstandsanalyse
- gezielte, begrenzte Regression
- entwicklungsbezogene und entwicklungsfördernde Gestaltung der Interventionen und des therapeutischen Raumes; variables setting
- multimodaler Zugang zu unbewußten Prozessen auch über andere als verbale Kommunikationsformen; Nutzung von Inszenierungen
- Ressourcen-mobilisierende und handlungsaktivierende Interventionen
- Anregung und Förderung neuer emotionaler Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung durch Betonung des „therapeutischen Erlebnisses“.

5. Indikationsbereich des Verfahrens bzw. der Verfahren

Die Anwendungsbereiche der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sind in den Psychotherapie-Richtlinien (Faber et al., 1999, S. 112, und auch S. 41 ff) sowie in den einschlägigen Lehrbüchern (vgl. etwa Wöller & Kruse, 2001, S. 259-314) beschrieben. Auf die Systematik des Wissenschaftlichen Beirats übertragen bedeutet dieses, dass die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie grundsätzlich in allen 12 Bereichen angewendet werden kann, wobei in vielen Fällen nicht die eigentliche Störung behandelt wird, sondern „die psychodynamischen Faktoren, die einen wesentlichen Anteil an z.B. einer Behinderung oder an deren Auswirkung haben“ (Faber et al., 1999, S. 41 f).

Ebenfalls in den Psychotherapie-Richtlinien sind Ausschlusskriterien für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ausgeführt (Faber et al., 1999, S. 42f). Über Kontraindikationen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist – wie bei den anderen anerkannten Verfahren - wenig bekannt. Die Diskussion dieses Themas in einem der neueren Lehrbücher (Eckert, Hautzinger, Reimer, & Wilke, 2001) ist einer der ersten Schritte in diese Richtung.

6. Stand der Theorieentwicklung

Auch hier muss auf die einschlägigen Lehrbücher (s.o.) verwiesen werden. Die Diskussion um die theoretische Abgrenzung der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von der Psychoanalyse oder der analytischen Psychotherapie ist umfangreich. Sie ist seit Freud kontrovers und ist es – auch international – bis heute geblieben (vgl. z.B. Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994).

7. Diagnostik

Zu diesem Punkt gibt es zusätzlich zu den einschlägigen Lehr- und Handbüchern (s.o.) eine Fülle von empirischen Studien, in denen z.B. der psychotherapeutische Prozess und die therapeutische Beziehung, Fragen der differentiellen Indikation und die Prognose des outcome im Zentrum des Interesses stehen. Umfassendere Darstellungen der psychodynamischen Diagnostik finden sich bei Rudolf, 2000) und im Manual der OPD (Arbeitskreis-OPD, 2001).

8. Wirkungsforschung¹

Gemäß den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats wurden bei dieser Zusammenstellung nur (z.T. randomisierte) kontrollierte Studien mit einer Wartegruppe, einer unspezifischen Behandlungsbedingung oder einer anerkanntermaßen wirksamen Standardbehandlung berücksichtigt. Dieser begrenzten Zahl von Studien steht die um ein Vielfaches größere Zahl von Studien mit alternativen designs (Vergleich zu einer oder mehreren vermutlich ebenfalls wirksamen Behandlungen, naturalistische Verlaufs- und outcome-Studien etc) gegenüber, in denen z.B. der psychotherapeutische Prozess und die therapeutische Beziehung, Fragen der differentiellen Indikation und die Prognose des outcome im Zentrum des Interesses stehen. All diese Studien, von den berühmten Vanderbilt-Studien bis zu den Studien der kanadischen Forschergruppe um William Piper, wurden eben so wenig berücksichtigt wie die zahlreichen deutschen naturalistischen Studien, deren Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung ungleich größer ist als die RCT-Projekte.

Besonders deutlich werden die Konsequenzen einer restriktiv-experimentell definierten Wirksamkeit bei den Anwendungsbereichen „Affektive Störungen“, „Angststörungen“ und „Belastungsstörungen“. Der Eindruck, dass die Wirksamkeit der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für diese nach ihrem Selbstverständnis zentralen Anwendungsbereiche nicht nachgewiesen sei, ist falsch. Zahlreiche z.T. methodisch exzellente Studien, wie z.B. die Sheffield-2-Studie, konnten nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats aufgrund einer fehlenden Kontrollgruppe nicht berücksichtigt werden. Dabei ist es für den klinisch tätigen Psychotherapeuten unmittelbar nachvollziehbar, dass es gerade bei diesen Störungsbildern keine kontrollierten Studien gibt, in denen akut er-

¹ Eine ausführliches Review der Wirksamkeitsstudien zur Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie erscheint in Psychodynamische Psychotherapie 2002.

krankten Patienten eine wirksame Behandlung aus methodischen Gründen vor-
enthalten würde. Es sollte erneut diskutiert werden, ob dieses Kriterium, das
zumindest bei längeren Behandlungen mit der Helsinki Konvention unvereinbar
ist, aufrechterhalten werden kann.

*Die Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychothera-
pie bietet an, die Dokumentation, falls notwendig, um diese versorgungsrele-
vanten und ethisch vertretbaren Studien zu ergänzen.*

8.1. Wirksamkeitsnachweise, geordnet nach den wesentlichen Anwen- dungsbereichen der Psychotherapie bei Erwachsenen

1. Affektive Störungen

- a) Thompson, Gallagher, & Steinmetz-Breckenridge, 1987

2. Angststörungen

- a) Koch, 1983
- b) Tress, 1981

3. Belastungsstörungen

- a) Brom, Kleber, & Defares, 1989

4. Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen

- a) Baldoni, Baldaro, & Trombini, 1995
- b) Svedlund, 1983; Svedlund, Sjödin, Ottosson, & Dotevall, 1983
- c) Guthrie, 1991; Guthrie, 1993
- d) Hamilton et al., 2000
- e) Monsen & Monsen, 2000
- f) Basset & Pilowsky, 1985

5. Eßstörungen

- a) Crisp et al., 1991; Gowers, Norton, Halek, & Crisp, 1994
- b) Dare, Eisler, Russell, Treasure, & Dodge, 2001
- c) Garner et al., 1993
- d) Hall & Crisp, 1987
- e) Metaanalyse: Herzog & Hartmann, 1997

6. Andere Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen

7. Anpassungsstörungen, somatische Krankheiten

- a) Rosser et al., 1983
- b) Sjödin, 1983; Svedlund & Sjödin, 1985
- c) Deter, 1986

8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen

- a) Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2001
- b) Winston et al., 1994
- c) Munroe-Blum & Marziali, 1995

9. Abhängigkeiten und Missbrauch

- a) Kissin, Platz, & Su, 1970
- b) Willett, 1973
- c) Ends & Page, 1957
- d) Woody, McLellan, Luborsky, & O'Brien, 1987

10. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen

- a) Karon & Vandenbos, 1972
- b) Gorham, Pokorny, & Moseley, 1964
- c) Fairweather et al., 1960
- d) Hartwich & Schumacher, 1985
- e) Sjöström, 1985
- f) Metaanalyse: Wunderlich, 1996

11. Anpassungsstörungen bei Intelligenzminderung

12. Hirnorganische Störungen

Störungsunspezifische, aber methodisch adäquate Studien

- a) Siegel, Rootes, & Traub, 1977
- b) Brill, Koegler, Epstein, & Forgy, 1964
- c) Wächter & Pudel, 1980
- d) Meyer, 1981
- e) Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, & Whipple, 1975
- f) Holm Hadulla, Kiefer, & Sessar, 1997
- g) Tritt, Loew, Meyer, Werner, & Peseschkian, 1999

Metaanalysen

Svartberg & Stiles, 1991
Crits-Christoph, 1992
Grawe, Donati, & Bernauer, 1994
Leichsenring, 2001

8.2. Unerwünschte Wirkungen der Therapie

Hierzu sind uns keine empirischen Studien bekannt.

8.3. Verhältnis von Kosten und Nutzen

Es liegen mehrere Übersichtsarbeiten (z.B. Miller & Magruder, 1999) zum Verhältnis von Kosten und Nutzen bzw. Effektivität von Psychotherapie, allerdings in der Regel auf Störungsbilder bezogen, vor. Eine gesonderte Zusammenstellung für die Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wurde wegen des erheblichen Aufwands hier nicht vorgenommen.

8.4. Vergleich zu anderen Verfahren

Auch hier wurde, auch aufgrund der bekannten methodischen Kritik an ex-post-hoc Vergleichen (vgl. etwa Hager, Leichsenring, & Schiffler, 2000) auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. Die wenigen Studien, in denen Fragestellung und Design auf den direkten Vergleich zwischen der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und einem anderen Verfahren abzielten, zeigen keineswegs die oft behauptete Überlegenheit der Verhaltenstherapie; so etwa die Sheffield-2-Studie für die Depression (Hardy, Shapiro, Stiles, & Barkham, 1998; Metaanalyse bei Leichsenring, 2001). Eine vergleichende Übersicht über publizierte Effektstärken bei weiteren Störungsbildern ist geplant.

9. Versorgungsrelevanz

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist seit 1967 Pflichtleistung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist nach den Zahlen der KBV das am meisten angewendete Verfahren in der ambulanten Psychotherapie.

10. Ausbildung

Das Verfahren wird in mehr als 50 Aus- und Weiterbildungseinrichtungen gelehrt, die entweder von den zuständigen Länderbehörden oder den Landesärztekammern anerkannt und beaufsichtigt werden. Genauere Zahlen hierzu sind uns nicht bekannt.

11. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind psychotherapeutische Langzeitbehandlungen gutachterpflichtig. Das sog. Gutachter-Verfahren, das als Maßnahme zur Qualitätssicherung gilt, ist in der Psychotherapievereinbarung (Faber et al., 1999, S. 130) beschrieben.

12. Literaturhinweise

- Arbeitskreis-OPD (Ed.). (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. Ber Göttingen Toronto: Verlag Hans Huber.
- Baldoni, F., Baldaro, B., & Trombini, G. (1995). Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Medicine, 11*, 79-84.
- Basset, D., & Pilowsky, I. (1985). A study of brief psychotherapy for chronic pain. *Journal of psychosomatic research, 29*(3), 259-264.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Amer. J. Psychiatry, 158*(1), 36-42.
- Brill, N. Q., Koegler, R. R., Epstein, L. J., & Forgy, E. W. (1964). Controlled Study of Psychiatric Outpatient Treatment. *Archives of General Psychiatry, 10*, 581-594.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol, 57*, 607-612.
- Crisp, A. H., Norton, K., Gowers, S., Bowyer, C., Yeldham, D., Levett, G., & Bhat, A. (1991). A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br. J. Psychiatry, 159*, 325-333.
- Crits-Christoph, P. (1992). The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry, 149*, 151-158.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry, 178*, 216-221.
- Deter, H. C. (1986). Cost-benefit analysis of psychosomatic therapy in asthma. *Journal Of Psychosomatic Research, 30*(2), 173-182.
- Eckert, J., Hautzinger, M., Reimer, C., & Wilke, E. (2001). Grenzen der Psychotherapie. In C. Reimer & J. Eckert & M. Hautzinger & E. Wilke (Eds.), *Psychotherapie - Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (pp. 641-651). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Ends, E. J., & Page, C. W. (1957). A Study of Three Types of Group Psychotherapy with Hospitalized Male Inebriates. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 2*, 263-277.
- Faber, F. R., Dahm, A., & Kallinke, D. (1999). *Faber/Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München: Urban & Fischer.
- Fairweather, G. W., Simon, R., Gebhard, M. E., Weingarten, E., Holland, J. L., Sanders, R., Stone, G. B., & Reahl, J. E. (1960). Relative Effectiveness Of Psychotherapeutic Programs: A Multicriteria Comparison Of Four Programs For Three Different Patient Groups. *Psychological Monographs: General and Applied, 74*, 1-25.
- Garner, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmsted, M. P., & Eagle, M. N. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry, 150*, 37-46.

- Gorham, D. R., Pokorny, A. D., & Moseley, E. C. (1964). Effects of a Phenothiazine and/or Group Psychotherapy With Schizophrenics. *Diseases of the Nervous System*, 25, 77-86.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C., & Crisp, A. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International J. of eating disorders*, 15, 165-177.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Guthrie, E. e. a. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrom. *Gastroenterology*, 100, 450-457.
- Guthrie, E. e. a. (1993). a randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowle syndrome. *British journal of psychiatry*, 163, 315-321.
- Hager, W., Leichsenring, F., & Schiffler, A. (2000). Wann ermöglicht eine Therapiestudie direkte Wirksamkeitsvergleiche zwischen verschiedenen Therapieformen? *PPmP*, 50(2), 51-62.
- Hall, A., & Crisp, A. H. (1987). Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa. Outcome at one year. *British journal of psychiatry*, 151, 185-191.
- Hamilton, G., Guthrie, E., Creed, F., Thompson, D., B., T., Bennett, R., Moriarty, K., Stephens, W., & Liston, R. (2000). A randomizes controlled trial of psychotherapy in patients with chronic functional dyspepsia. *Gastroenterology*, 119, 661-669.
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Barkham, M. (1998). When and why does cognitive-behavioural treatment appear more effective than psychodynamic-interpersonal treatment? Discussion of the findings from the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Mental Health*, 7(2), 179-190.
- Hartwich, P., & Schumacher, E. (1985). Zum Stellenwert der Gruppenpsychotherapie in der Nachsorge Schizophrener. *Nervenarzt*, 56, 365-372.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., & Rüger, U. (1997 (3.Auflg)). *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: G. Fischer.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & sons.
- Herzog, T., & Hartmann, A. (1997). Psychoanalytisch orientierte Behandlung der Anorexia nervosa; Eine methodenkritische Literaturübersicht unter Verwendung meta-analytischer Methoden. *PPmP*, 47(9-10), 299-315.
- Holm Hadulla, R., Kiefer, L., & Sessar, W. (1997). Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 47(8), 271-278.
- Karon, B. P., & Vandenbos, G. R. (1972). The Consequences of Psychotherapy for Schizophrenic Patients. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 9, 111-119.
- Kissin, B., Platz, A., & Su, W. H. (1970). Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *J. psychiat. Res.*, 8, 13-27.
- Koch, H. C. H. (1983). Changes in personal construing in three psychotherapy groups and a control group. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 245-254.

- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Mertens, W. (1990). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.
- Meyer, A. E. (1981). The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom*, 35, 81-207.
- Miller, N. E., & Magruder, K. M. (1999). *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Monsen, K., & Monsen, J. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapy*, 37(3), 257-269.
- Munroe-Blum, H., & Marziali, E. (1995). A controlled trial of short term group treatment for borderline personality disorder. *J Personality Disorders*, 9, 190-198.
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (2001). *Psychotherapie - Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin Heidelberg NewYork: Springer.
- Rosser, R., Denford, J., Heslop, A., Kinston, W., Macklin, D., Minty, K., Moynihan, C., Muir, B., Rein, L., & Guz, A. (1983). Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management. *Psychological Medicine*, 13, 93-110.
- Rudolf, G. (Ed.). (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik; Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme.
- Siegel, S. M., Rootes, M. D., & Traub, A. (1977). Symptom Change and Prognosis in Clinic Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 34, 321-329.
- Sjödín, I. (1983). Psychotherapy in peptic ulcer disease. *Acta psychiatr. scand.*, 67, Suppl. 307, 10-90.
- Sjöström, R. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 71, 513-522.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., & Whipple, K.-. (1975). Short-term-analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *Amer. J. Psychiatry*, 132, 373-377.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 59(5), 704-714.
- Svedlund, J. (1983). Psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(suppl. 306), 8-86.
- Svedlund, J., & Sjödín, I. (1985). A psychosomatic approach to treatment in the irritable bowle syndrom and peptic ulcer disease with aspects of the design of clinical trials. *Scand J of Gastroenterology Supplementum*, 20(Supplementum 109), 147-151.
- Svedlund, J., Sjödín, I., Ottosson, J.-O., & Dotevall, G. (1983). Controlled study of psychotherapy in irritable bowle syndrome. *Lancet*, 589-591.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., & Steinmetz-Breckenridge, J. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55, 386-390.

- Tress, W. (1981). Emotionales Erleben und Angstbewältigung: Zwei psychotherapeutische Wirkfaktoren im Vergleich. *Psychother. med. Psychol.*, 31, 156-161.
- Tritt, K., Loew, T. H., Meyer, M., Werner, B., & Peseschkian, N. (1999). Positive Psychotherapie: effectiveness of an interdisciplinary approach. *Eur. J Psychiat.*, 13(4), 231-241.
- Wächter, H.-M., & Pudiel, V. (1980). Kontrollierte Untersuchung einer extremen Kurzpsychotherapie (15 Stunden) mit dem Katathymen Bilderleben. *Psychother. med. Psychol.*, 30, 193-205.
- Willett, E. A. (1973). Group Therapy in a Methadone Treatment Program: An Evaluation of Changes in Interpersonal Behavior. *The International Journal of the Addictions*, 8, 33-39.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry*, 151(2), 190-194.
- Wöller, W., & Kruse, J. (2001). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Amer. J. Psychiat.*, 144, 590-596.
- Wunderlich, U. W. G. B. G. (1996). Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*, 6(1), 4-13.